

Velkommen til webinar om en styrket palliativ indsats

Vi begynder kl. 15.00



Danish Comprehensive Cancer Center

DANSKE MULTIDISCIPLINÆRE CANCER GRUPPER



DMCG.dk

Kan vi med en styrket palliativ indsats gennem kræftforløbet forbedre patienternes livskvalitet?

Del 1:

'Det ideelle patientforløb' – hvor langt er vi nået?

Anette Hygum og Mogens Grønvold

Anette Hygum

Fagområdespecialist i palliativ medicin

Specialeansvarlig overlæge, Palliativt team, Sygehus Lillebælt

Formand for Dansk Selskab for Palliativ Medicin

Mogens Grønvold

Professor i palliativ indsats og patient-rapporterede outcomes, overlæge, dr.med.

Københavns Universitet og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Formand for Dansk Palliativ Database og DMCG.DK's Udvalg for Tværfagligt Palliativt Samarbejde

DMCG-PAL

Kan vi med en styrket palliativ indsats gennem kræftforløbet forbedre patienternes livskvalitet?

1. 'Det ideelle patientforløb' – hvor langt er vi nået?

2. Hvad ved vi virker – og hvad har vi af evidens?

3. Palliative indsatser – "what's in it for the patient"?

4. Ambitionerne er store – hvordan kommer vi i mål?

Palliativ indsats

1.4.1 Definition af palliation

I anbefalingerne anvendes WHO's definition af palliativ indsats og rehabilitering for voksne.

Palliativ indsats:

Den palliative indsats har til formål at fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som står over for de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig art (6).

- **Basal palliativ indsats**

- Sygehuse (kirurgi, medicin, onkologi, hjerte- og lungesygdomme, neurologi, etc.)
- Primærsektoren

- **Specialiseret palliativ indsats**

- Palliative teams/enheder på sygehuse
- Hospicer



Alle autoriteter er enig om, at

- Palliativ indsats bør tilbydes, når der er behov for det, **gennem hele sygdomsforløbet**
- For at vide om der er behov, er det **nødvendigt systematisk af afdække behov** for palliativ indsats
- Indsatsen er en **opgave for store dele af sundhedsvæsenet**, ikke blot palliative specialister
- Da palliative behov ikke blot er fysiske og psykiske symptomer, men også sociale, åndelige og eksistentielle problemer, bør palliativ indsats være **multidisciplinær**
 - WHO 2002
 - Sundhedsstyrelsen 2011, 2012, 2017, 2018
 - ASCO 2017
 - Lancet Oncology Commission, Kaasa et al. 2018
 - Dansk opfølgning på Lancet Oncology Commission: Sørensen et al. 2020

Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update

Romy E. Fryer, Jennifer S. Towe, Sarah Tonin, Erin E. Alesi, Tracy A. Balboni, Ehsan M. Bandi, Janice F. Fin, Judith A. Finkel, Jeffrey M. Zujewski, Tatsuyuki Phillips, Ellen L. Sznol, Camilla Zimmerman, and Thomas J. Smith

Author affiliation appears at end of this article.

DOI: 10.1200/JCO.2015.35.1

Published at www.jco.org on October 27, 2016.

Clinical Practice Guideline Commission approved August 15, 2016.

Objectives: To provide evidence-based recommendations to oncology clinicians, patients, family and caregivers, and palliative care specialists to update the 2012 American Society of Clinical Oncology (ASCO) provisional clinical opinion (PCO) on the integration of palliative care into standard oncology care for all patients diagnosed with cancer.

Methods: ASCO convened an Expert Panel of members of the ASCO Ad Hoc Palliative Care Expert Panel to develop an update. The 2012 PCO was based on a review of a randomized controlled trial (RCT) by the National Cancer Institute Physicians Data Query and additional trials. The panel conducted an updated systematic review seeking randomized clinical trials, systematic reviews, and meta-analyses, as well as secondary analyses of RCTs in the 2012 PCO, published from March 2010 to January 2016.

Results: The guideline update reflects changes in evidence since the previous guideline. Nine RCTs, one quasi-experimental trial, and five secondary analyses from RCTs in the 2012 PCO on providing palliative care services to patients with cancer and/or their caregivers, including family caregivers, were found to inform the update.

Recommendations: Inpatients and outpatients with advanced cancer should receive dedicated palliative care services, early in the disease course, concurrent with active treatment. Referral of patients to interdisciplinary palliative care teams is optimal, and services may complement existing programs. Providers may refer family and friend caregivers of patients with early or advanced cancer to palliative care services.

Supplemental materials: Additional information, including data supplement, clinical practice guideline, and patient information, is available at www.jco.org.

Copyright © 2016 by American Society of Clinical Oncology. All rights reserved.

ISSN: 0732-183X

ASCO is a not-for-profit organization.

ASCO's mission is to advance the science, practice, and delivery of cancer care.

ASCO is a 501(c)(3) organization.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.

ASCO is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer.



VIDENSKAB

Statusartikel
 Ugeskr Læger 2020;182:V06190343

Integration af specialiseret palliation og onkologi

Jonas Sørensen¹, Mette Asbjørn Neergaard², Mogens Grønwald³, Anders Bonde Jensen⁴, Per Sjægen⁵, Kristoffer Marsaa⁶ & Geana Paula Kurita⁶

Lancet Oncology Commission

Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission

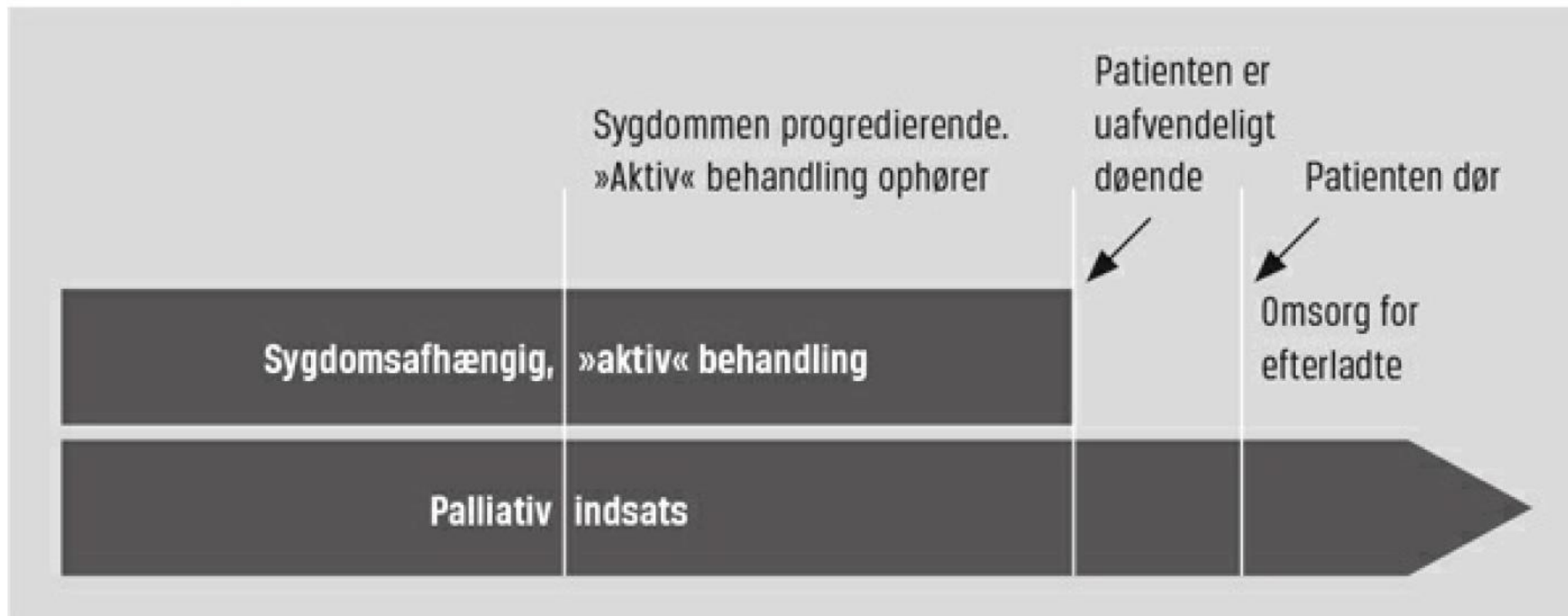
Stein Kaasa¹, Jon H Loge², Mari Alsos³, T E Ailaron, Rebecca Anderson, Eduardo Bovera, Cristina Brunelli, Augusta Carrasco, Andrés Cervantes, David C Corman, Luc Dallens, Maria Filipe, Xavier Gómez-Batista⁴, Geeta S Grover⁵, Brigid Harlow, Dagny F Hassager, Inez J Higginson, Marianne Hjerstad, David Hui, Karim Jordan, Geana P Kurita, Philip J Leslie, Guido Miccinesi, Friedemann Merz, Rade Pribickovic, Gary Rodin, Per Sjægen, Patrick Stone, Camilla Zimmermann, Torje Lundby

Full integration of oncology and palliative care relies on the specific knowledge and skills of two modes of care: the tumour-directed approach, the main focus of which is on treating the disease; and the hospice-directed approach, which focuses on the patient with the disease. This Commission addresses how to combine these two paradigms to achieve the best outcome of patient care. Randomised clinical trials on integration of oncology and palliative care points to health gains: improved survival and symptoms control, less anxiety and depression, reduced use of health care services.

Lowest Overall 2018
 Published Online October 26, 2018
[https://doi.org/10.1016/S1473-0165\(18\)30457-7](https://doi.org/10.1016/S1473-0165(18)30457-7)

Sygdomsrettet og palliativ indsats bør findes sted parallelt

FIGUR 1 / Palliative indsatser i et sygdomsforløb [3, 7].

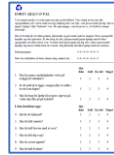


Det palliative forløb

- Alle med livstruende sygdom uanset diagnose og alder tilbydes en palliativ indsats med udgangspunkt i den enkeltes behov
- Det palliative forløb tilrettelægges og foregår individuelt og i samarbejde med patient og pårørende ud fra en faglig helhedstænkning og med størst mulig kontinuitet af tilknyttede fagpersoner
- Identifikation og vurdering af patientens behov for palliative indsatser tager udgangspunkt i en helhedstænkning og den enkelte patients forudsætninger; sker tidligst muligt - gerne på diagnosetidspunktet og systematisk ved brug af ens og validerede redskaber på tværs af sektorer og gentages ved behov



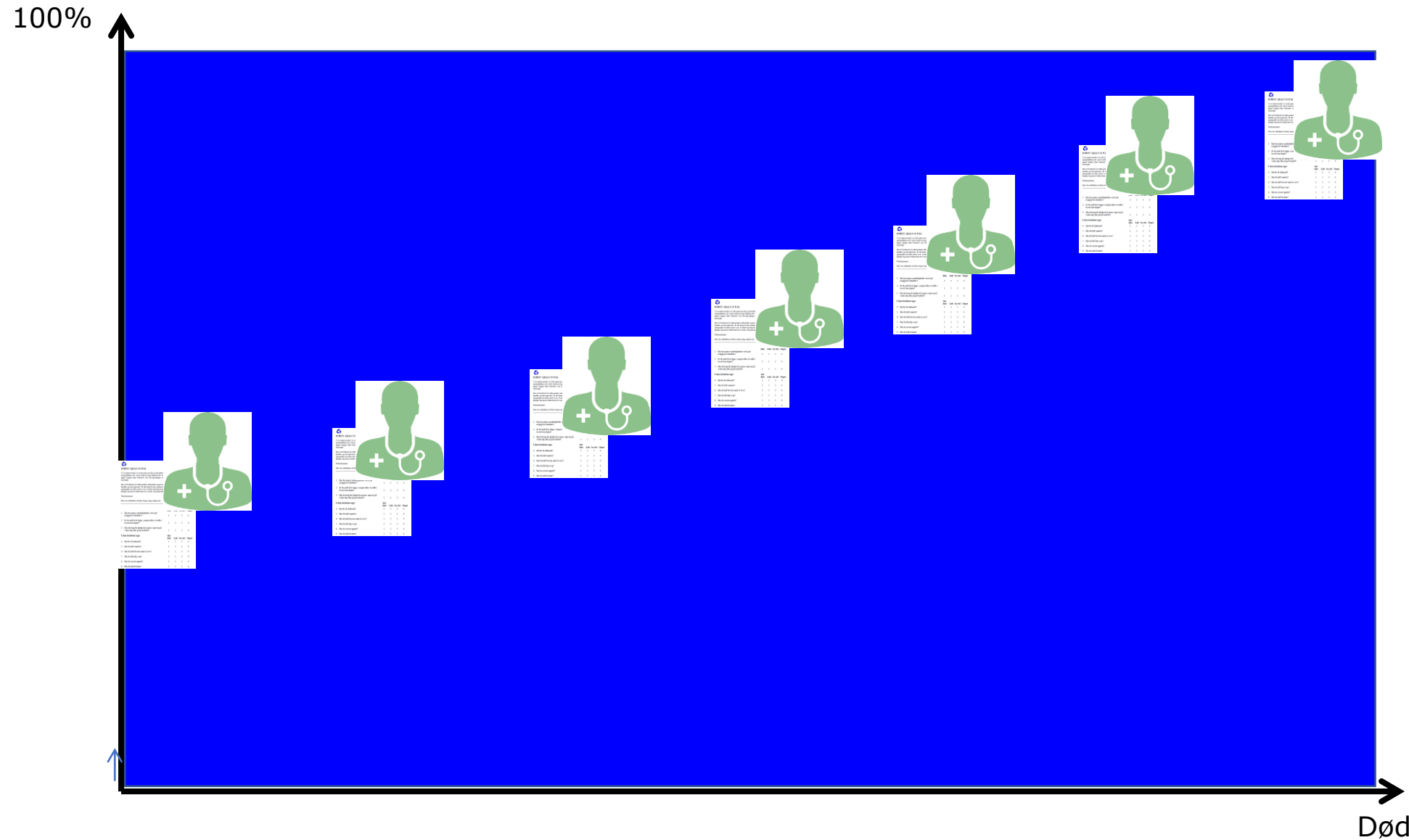
Regelmæssig behovsafdækning



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



med tilhørende palliativ indsats



Lever vi op til forventningen?

Udføres der systematisk vurdering af behov for palliativ indsats gennem kræftpatienters sygdomsforløb, så vi sikrer, at der bliver tilbudt den relevante indsats?

'Patienter med livstruende sygdomme får ikke systematisk identificeret deres behov for palliation'

- Rigsrevisionen og Statsrevisorerne, august 2020

Kortfortalt

Adgangen til specialiseret palliation

Konklusion
Regionerne har ikke i tilstrækkelig grad sikret, at patienter ved behov har adgang til specialiseret palliation.

Konsekvensen kan være, at patienter ikke lindres optimalt mod livets afslutning, hvilket forringer deres skårede levetid og lægger en unødigt byrde på de pårørende.

Undersøgelsen tager udgangspunkt i forebet, fra patientens behov for palliation identificeres, til patienten bliver modtaget i en specialiseret palliativ enhed på hospitalet eller på et hospice.

Undersøgelsen baserer sig på, at den palliative indsats bør påbegyndes tidligt ved at identificere patientens behov, så den enkelte patient sikres optimal lindring. Når patientens behov er identificeret, skal det være klart, hvilke kriterier der skal være opfyldt, for patienten kan henvises og efterfølgende visiteres til specialiseret palliation, så det så vidt muligt unngås, at patienten henvises forgæves. Det skal tilstræbes, at patienter, der er henviset og visiteret til specialiseret palliation, modtages i en specialiseret enhed på hospitalet eller på et hospice uden lang ventetid.

Statsrevisorerne udtaler
"Det er utilfredsstillende, at regionerne ikke har sikret, at patienter med behov har adgang til specialiseret palliation. Det betyder desværre, at ikke alle patienter, som er uafvendeligt døende, får den bedste smertelindring. Der er behov for, at regionerne på en mere systematisk og ensartet måde identificerer patienternes behov og yder optimal smertelindring ved livstruende sygdomme".

Væsentligste resultater af undersøgelsen

- Patienter med livstruende sygdomme får ikke systematisk identificeret deres behov for palliation, og der er risiko for, at patienter med behov ikke henvises til specialiseret palliation.
- Mange henviste patienter når ikke at blive modtaget, inden de bliver for dårlige eller der er mangel af de patienter, der når at blive modtaget, venter for længe på specialiseret palliation.

Baggrund og formål med undersøgelsen
I 2018 døde ca. 39.500 danskere af en livstruende sygdom. Sundheds- og Ældreministeriet antager, at en stor del af de patienter, der dør af et forløb med livstruende sygdom, fx kræft, hjerte- eller lungesygdom, vil have haft behov for palliation.

Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om regionerne sikrer, at patienter ved behov har adgang til specialiseret palliation. Det er patientens behov, og ikke hvilken bagvedliggende sygdom patienten har, der bør afgøre, om patienten har adgang.

Andet patienter, der modtages, inden de dør eller bliver for dårlige, fordelt på regioner i 2019

Region	Patienter med kræft	Patienter med andre livstruende sygdomme	Patienter med end-of-life care
Region Nordjylland	~85%	~75%	~80%
Region Midtjylland	~85%	~75%	~80%
Region Sønderjylland	~85%	~75%	~80%
Region Hovedstaden	~85%	~75%	~80%
Region Sjælland	~85%	~75%	~80%

Andet patienter, der modtages inden for 10 dage, fordelt på regioner i 2019

Region	Patienter med kræft	Patienter med andre livstruende sygdomme	Patienter med end-of-life care
Region Nordjylland	~85%	~75%	~80%
Region Midtjylland	~85%	~75%	~80%
Region Sønderjylland	~85%	~75%	~80%
Region Hovedstaden	~85%	~75%	~80%
Region Sjælland	~85%	~75%	~80%

Læs hele rapporten på www.rigsrevisionen.dk. Kontakt Rigsrevisorerne: presseschef Lisbeth Sørensen på tlf. 33 92 86. Odbud@rigsrevisionen.dk eller Statsrevisorerne@sundhedsstatistik@rksk.dk eller statsrevisorerne@rksk.dk for yderligere information.

FOLKETINGET
STATSREVISORERNE

FOLKETINGET
RIGSREVISIONEN

FOLKETINGET
STATSREVISORERNE

FOLKETINGET
RIGSREVISIONEN

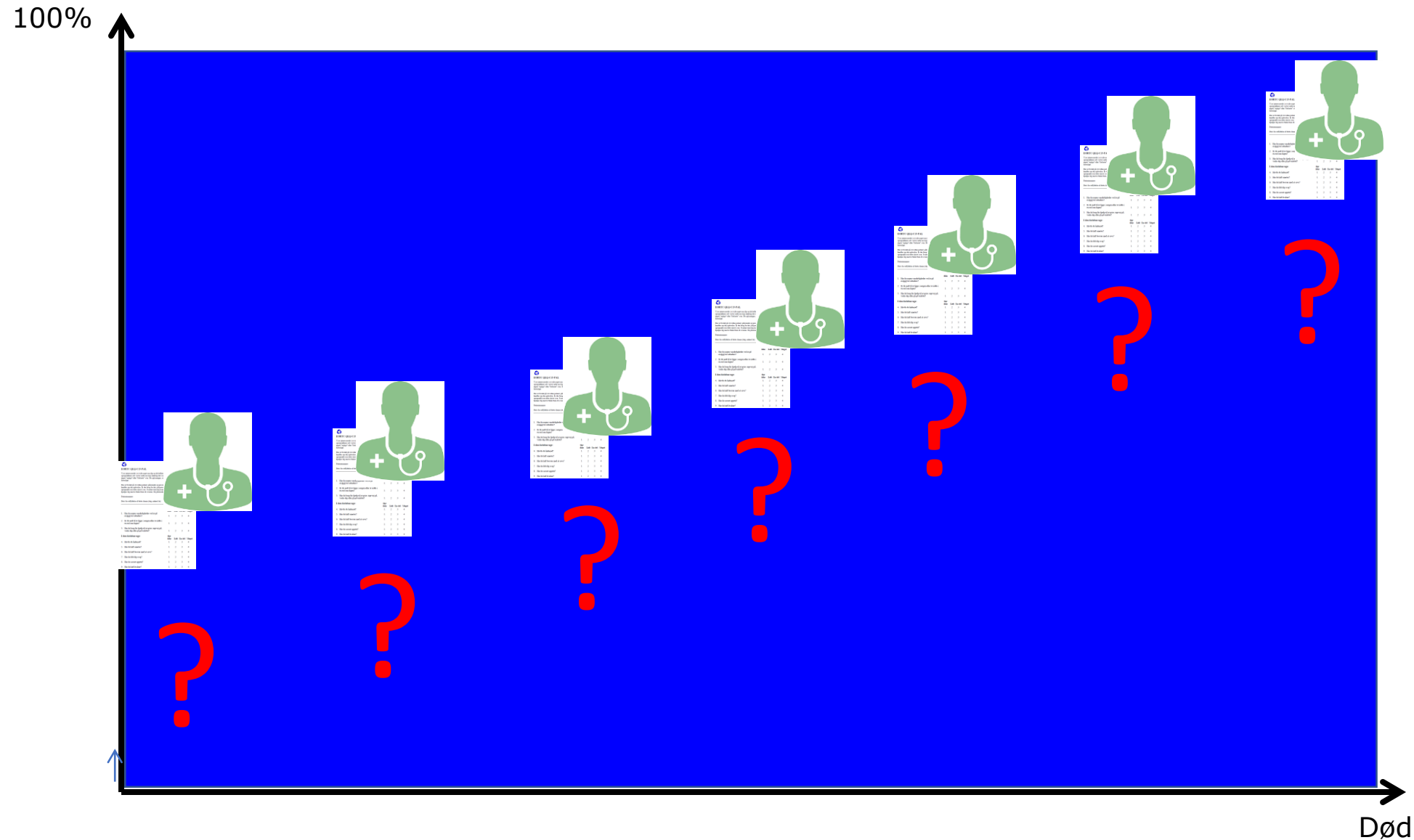
August 2020
– 18/2019

Rigsrevisionens beretning afgivet
til Folketinget med Statsrevisorerne
bemærkninger

Adgangen til specialiseret palliation

10

‘Patienter med livstruende sygdomme får ikke systematisk identificeret deres behov for palliation’ (Rigsrevisionen 2020)



Væsentligste resultater af undersøgelsen

- Patienter med livstruende sygdomme får ikke systematisk identificeret deres behov for palliation, og der er risiko for, at patienter med behov ikke henvises til specialiseret palliation.
- Mange henviste patienter når ikke at blive modtaget, inden de bliver for dårlige eller dør, og mange af de patienter, der når at blive modtaget, venter for længe på specialiseret palliation.

‘Problemet på basisniveau’

‘Problemet med adgang til specialistniveau’

Er det et problem, at der ikke udføres systematisk behovs vurdering?

- Ja – for det er klart dokumenteret, at kun en mindre del af patienternes palliative behov erkendes af personale

Hvad får man ud af spørge, hvordan patienten har det?

- *'Hvordan har du det?'*
- *'Hvilke symptomer har du?'*
- *'Er der noget andet?'*

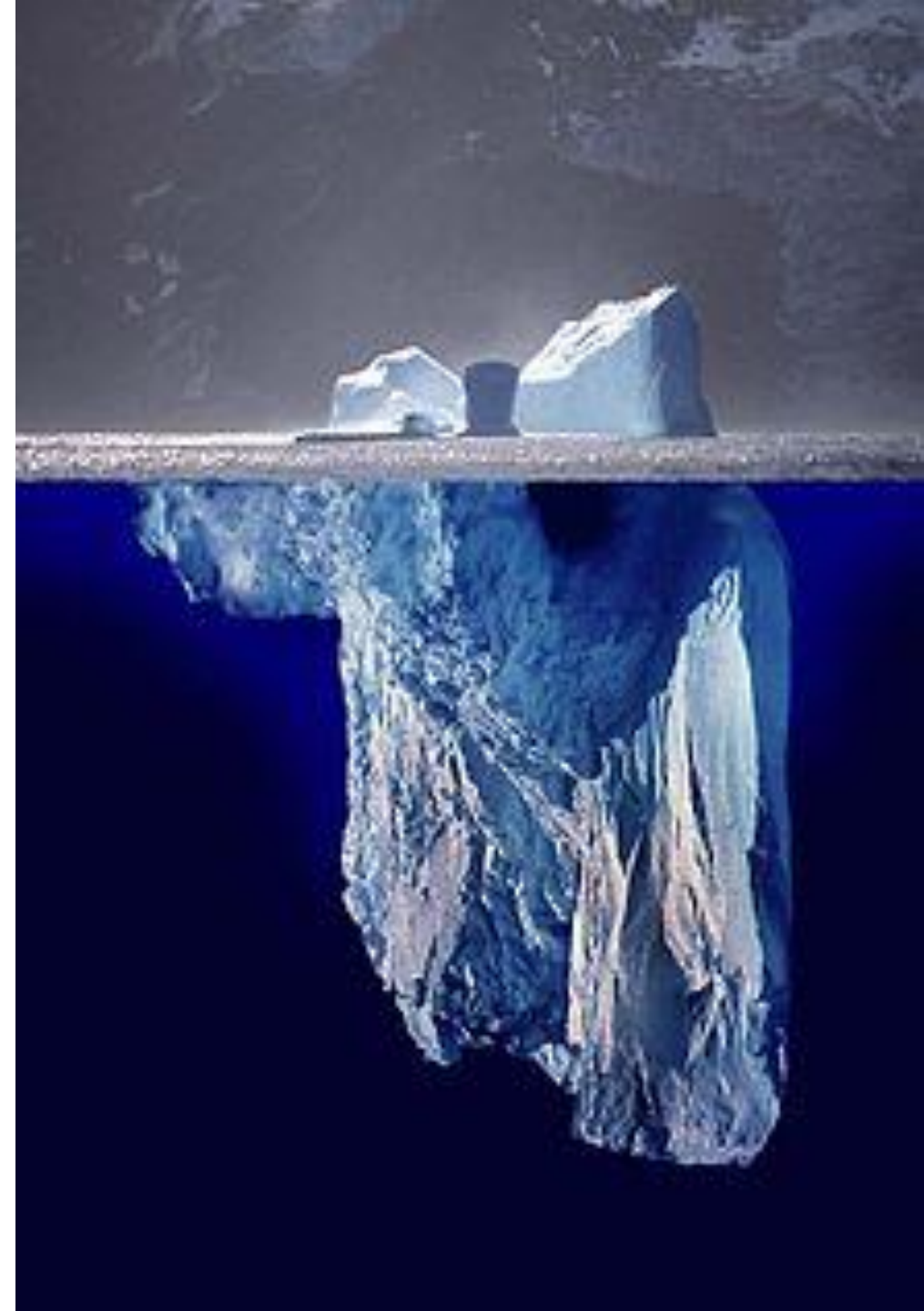
Resultat af ovenstående spørgsmål (N=265):

- 1 symptom per patient (median)

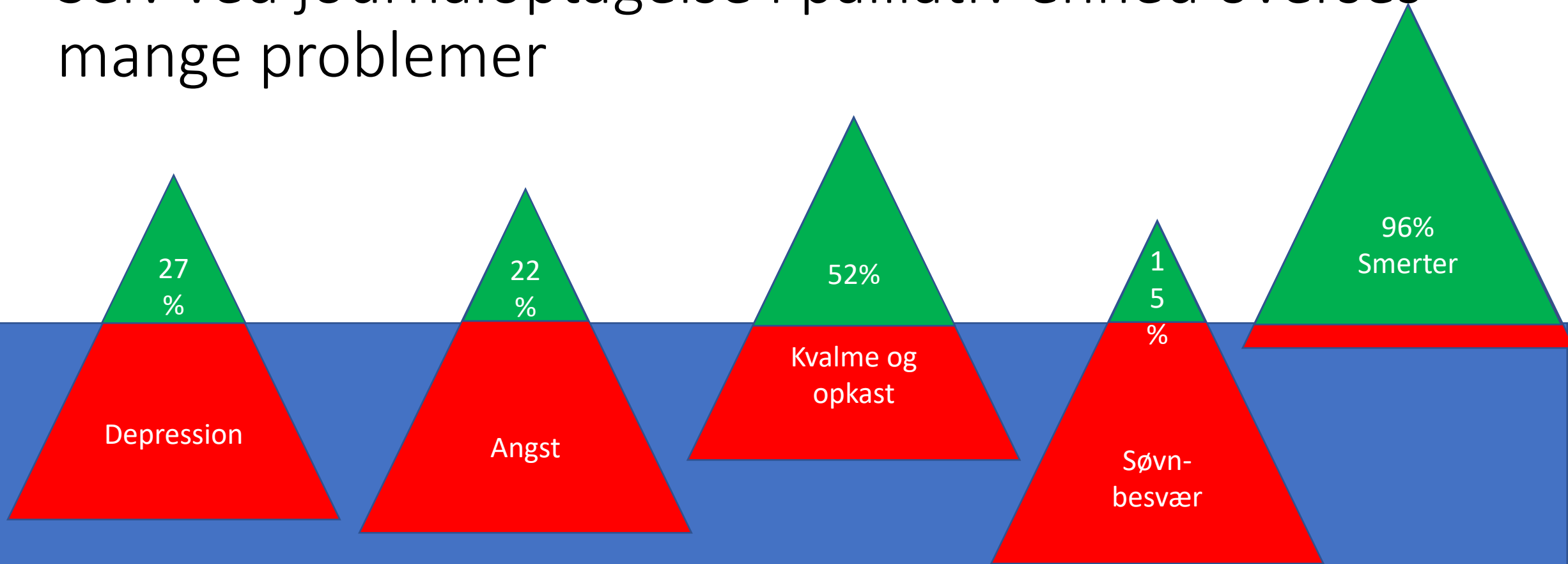
Systematisk udspørgen:

- 9 symptomer per patient (median)

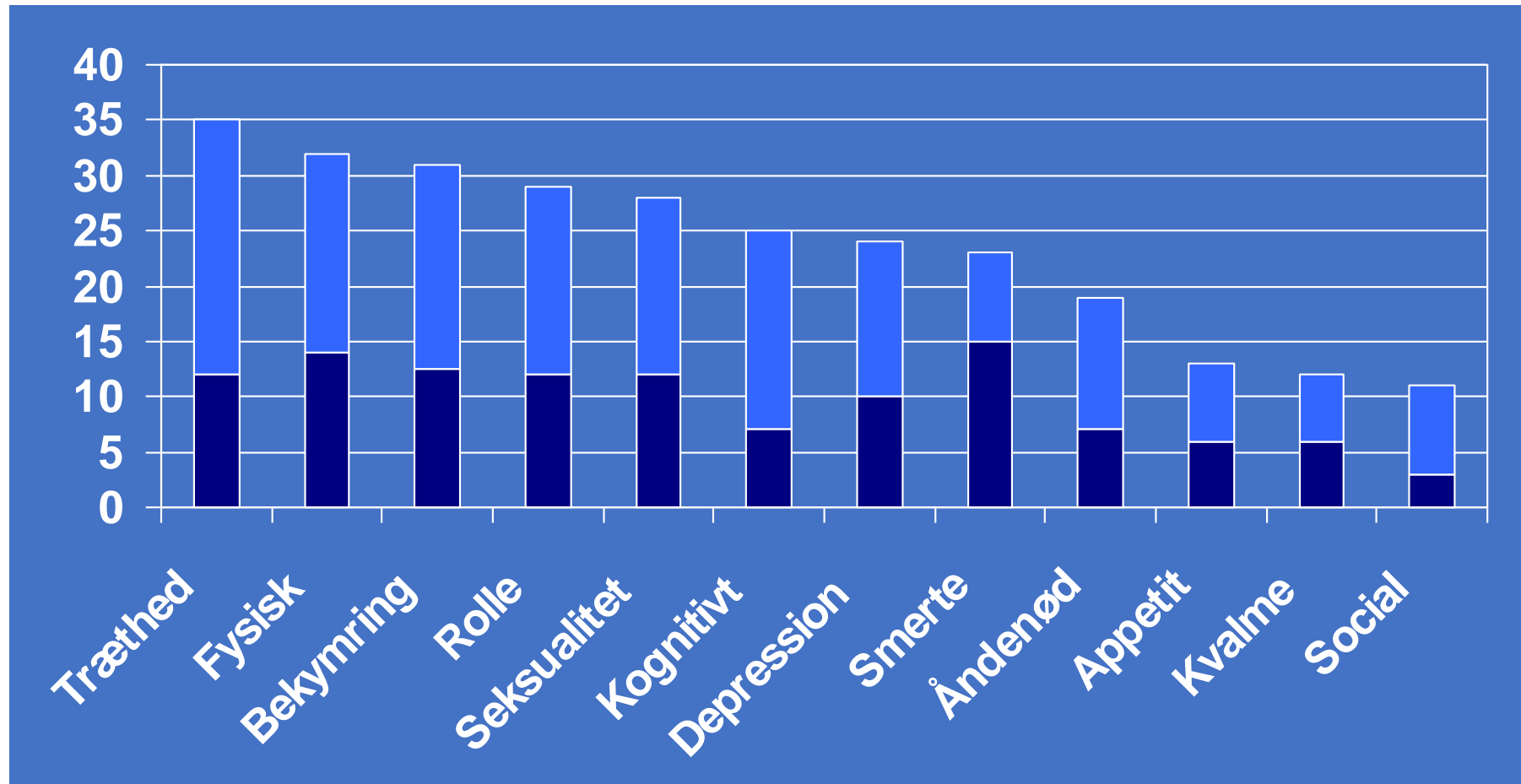
- *Homsí J et al. Support Care Cancer 2006: 14; 444-453*



Systematisk behovsafdækning er nødvendig:
Selv ved journaloptagelse i palliativ enhed overses
mange problemer



Oplevede behov blandt stikprøve af 45.000 kræftpatienter med stadium 3-4 iflg. et spørgeskema specielt udviklet til at måle palliative behov



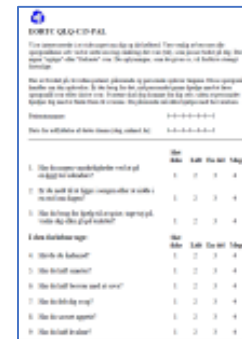
Hver patient havde typisk 2,5 udækkede behov ud af de 12, vi spurgte til. Johnsen AT et al. 2009-2013

Delkonklusion om palliative behov

Kræftpatienter har en høj forekomst af palliative behov – og de 'opdages' kun af sundhedsvæsenet hvis der systematisk kigges efter dem

Palliativ behovsafdækning kræver

- Systematik
 - Identifikation af patienter
 - Afdækning af mulige palliative behov
- En kyndig fagperson
 - Initiere processen
 - Afdække behov
 - Vurdere hvilke fagpersoner, der skal involveres (fag, sektorer)
 - Iværksætte palliativ indsats



DORT QOQ-PAL

For information: I forbindelse med en afklæret, i henhold til vejledningens anbefalinger, vil der blive foretaget en vurdering af patientens palliative behov. Dette sker ved hjælp af DORT QOQ-PAL, som er en del af DORT QOQ.

Den afklædte af DORT QOQ-PAL vil blive brugt til at vurdere patientens palliative behov og til at identificere mulige palliative behov. Dette kan bruges til at identificere mulige palliative behov og til at identificere mulige palliative behov.

Udviklet af: DORT QOQ-PAL

Den afklædte af DORT QOQ-PAL er:

	0	1	2	3	4
1. Der er en palliativ indsats i forhold til patientens behov	0	1	2	3	4
2. Der er en palliativ indsats i forhold til patientens behov	0	1	2	3	4
3. Der er en palliativ indsats i forhold til patientens behov	0	1	2	3	4

4. Der er en palliativ indsats i forhold til patientens behov

	0	1	2	3	4
4. Der er en palliativ indsats i forhold til patientens behov	0	1	2	3	4
5. Der er en palliativ indsats i forhold til patientens behov	0	1	2	3	4
6. Der er en palliativ indsats i forhold til patientens behov	0	1	2	3	4
7. Der er en palliativ indsats i forhold til patientens behov	0	1	2	3	4
8. Der er en palliativ indsats i forhold til patientens behov	0	1	2	3	4
9. Der er en palliativ indsats i forhold til patientens behov	0	1	2	3	4



Kan vi med en styrket palliativ indsats gennem kræftforløbet forbedre patienternes livskvalitet?

1. 'Det ideelle patientforløb' – hvor langt er vi nået?

2. Hvad ved vi virker – og hvad har vi af evidens?

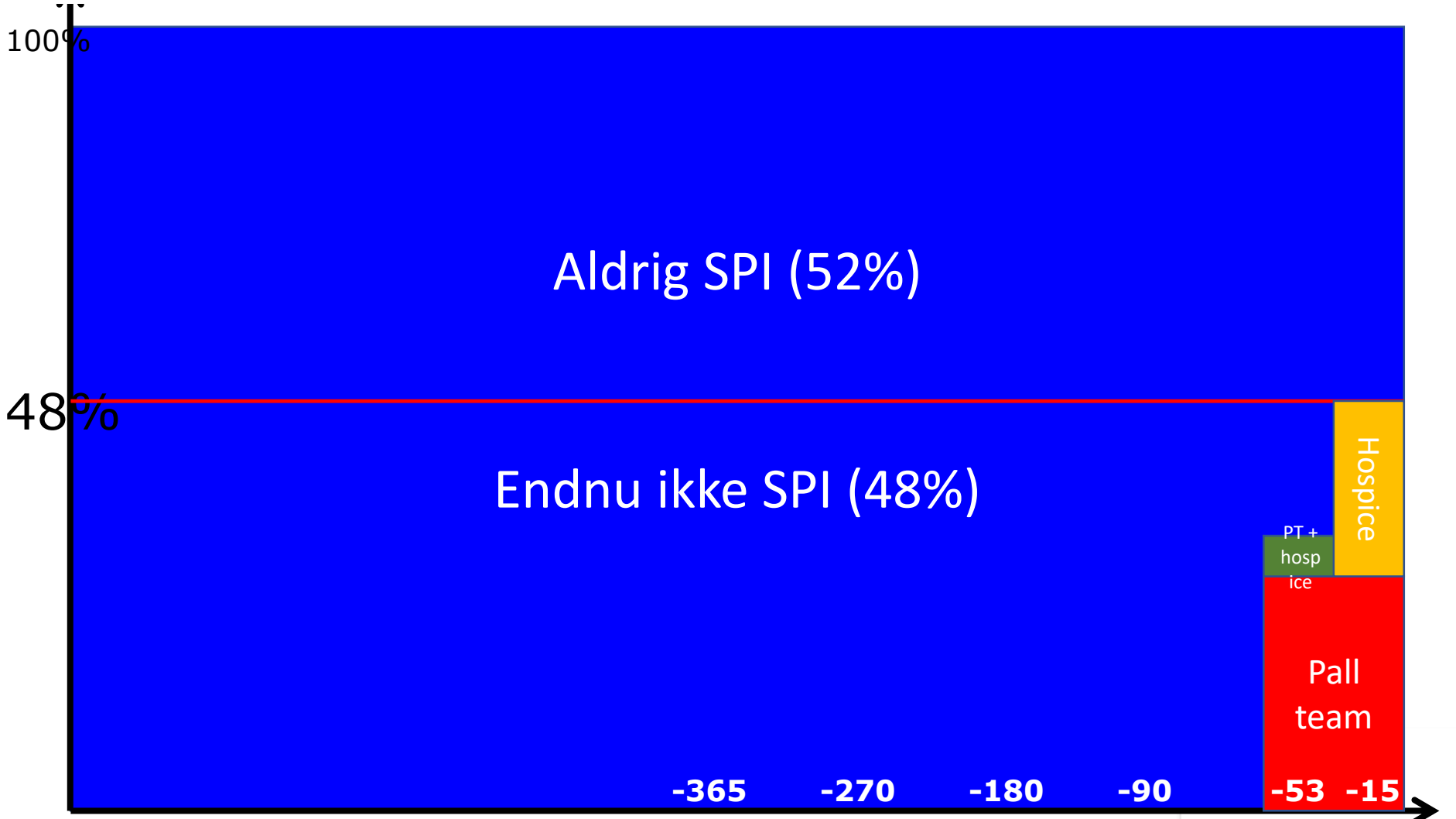
3. Palliative indsatser – "what's in it for the patient"?

4. Ambitionerne er store – hvordan kommer vi i mål?



Kan specialisterne stå for
behovsvurderingen?

Specialiseret palliativ indsats (SPI) for kræftpatienter (Dansk Palliativ Database 2020*)

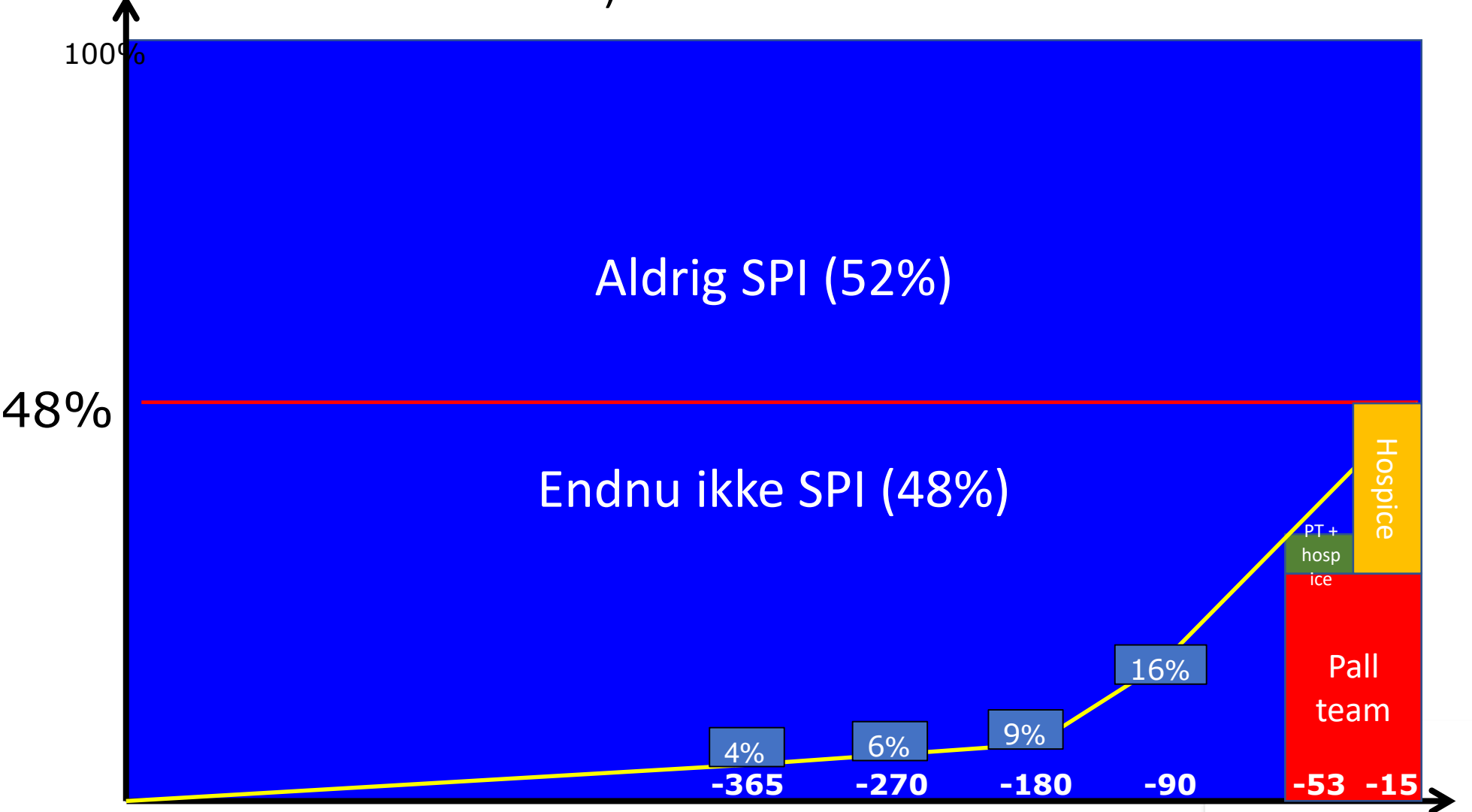


↑
Diagnose avanceret cancer, forventet overlevelse år

Hospice median 15 dage før død
Palliative teams/enheder median 53 dage før død
*) Foreløbige tal

Død

Specialiseret palliativ indsats (SPI) for kræftpatienter (Dansk Palliativ Database 2020*)



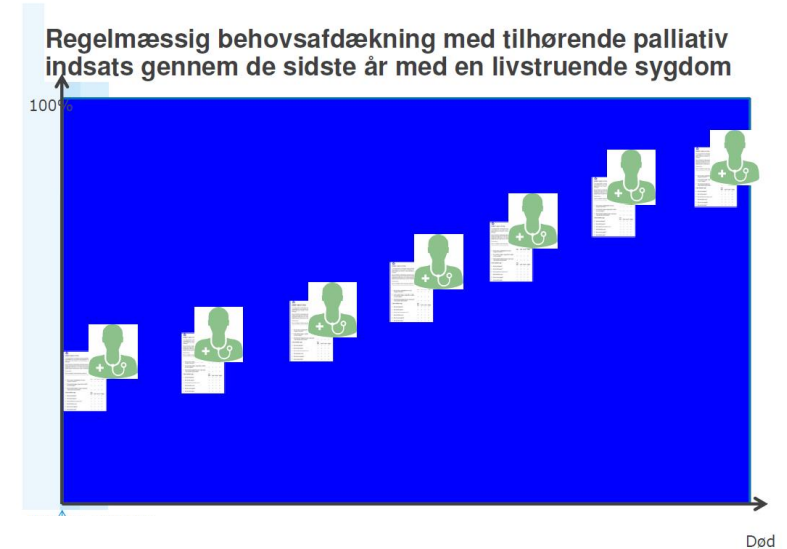
↑
Diagnose avanceret cancer, forventet overlevelse år

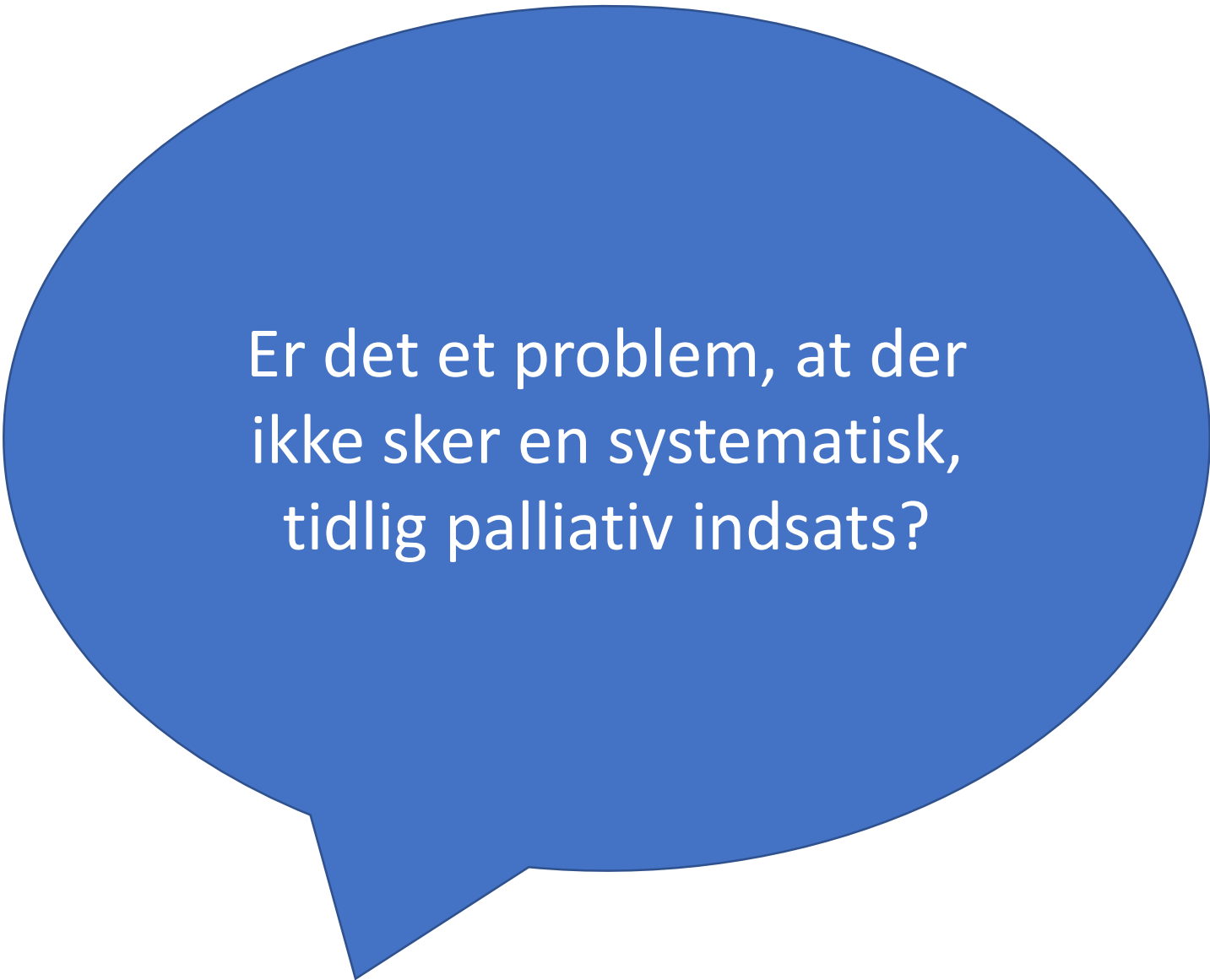
Hospice median 15 dage før død
 Palliative teams/enheder median 53 dage før død
 *) Foreløbige tal, april 2021, tidspunkt for kontakt 2018

Død

Kun en meget lille gruppe danske patienter får tidlig palliativ indsats fra palliative specialister (4% havde set en specialist et år før død)

- De palliative specialister bør tidligere ind i forløbet – men de vil aldrig kunne dække behovet for den løbende palliative behovsvurdering (se næste problemer...)



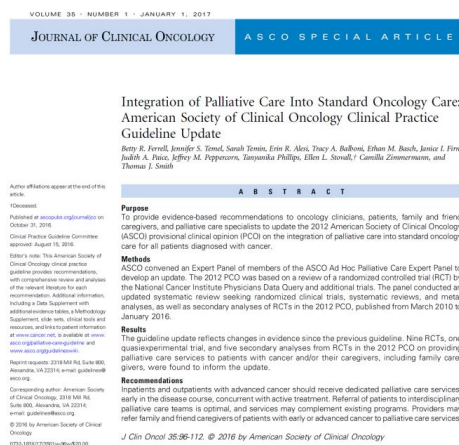
A large, blue speech bubble with a white outline, centered on a white background. The bubble has a tail pointing towards the bottom-left corner. Inside the bubble, the text is written in white, sans-serif font.

Er det et problem, at der
ikke sker en systematisk,
tidlig palliativ indsats?

Conclusions, integration of palliative care and oncology, Lancet Oncology Commission 2018

Grundigt arbejde, 578 referencer:

- 'There is now a strong consensus for integration of oncology and palliative care in contemporary cancer care.'
- The newly released ASCO guidelines on the topic were, for months, the most searched article in the Journal of Clinical Oncology.'



Væsentligste resultater af undersøgelsen

‘Problemet med adgang til specialistniveau’:

- Mange henviste patienter når ikke at blive modtaget, inden de bliver for dårlige eller dør, og mange af de patienter, der når at blive modtaget, venter for længe på specialiseret palliation.

Data til Rigsrevisionens beretning

- Beretningens data var et omfattende tabelmateriale fra Dansk Palliativ Database (DPD)
- Alle patienter henvist til og/eller modtaget af specialiserede enheder (teams/hospice) siden 2010

Problemet med adgang til specialistniveau

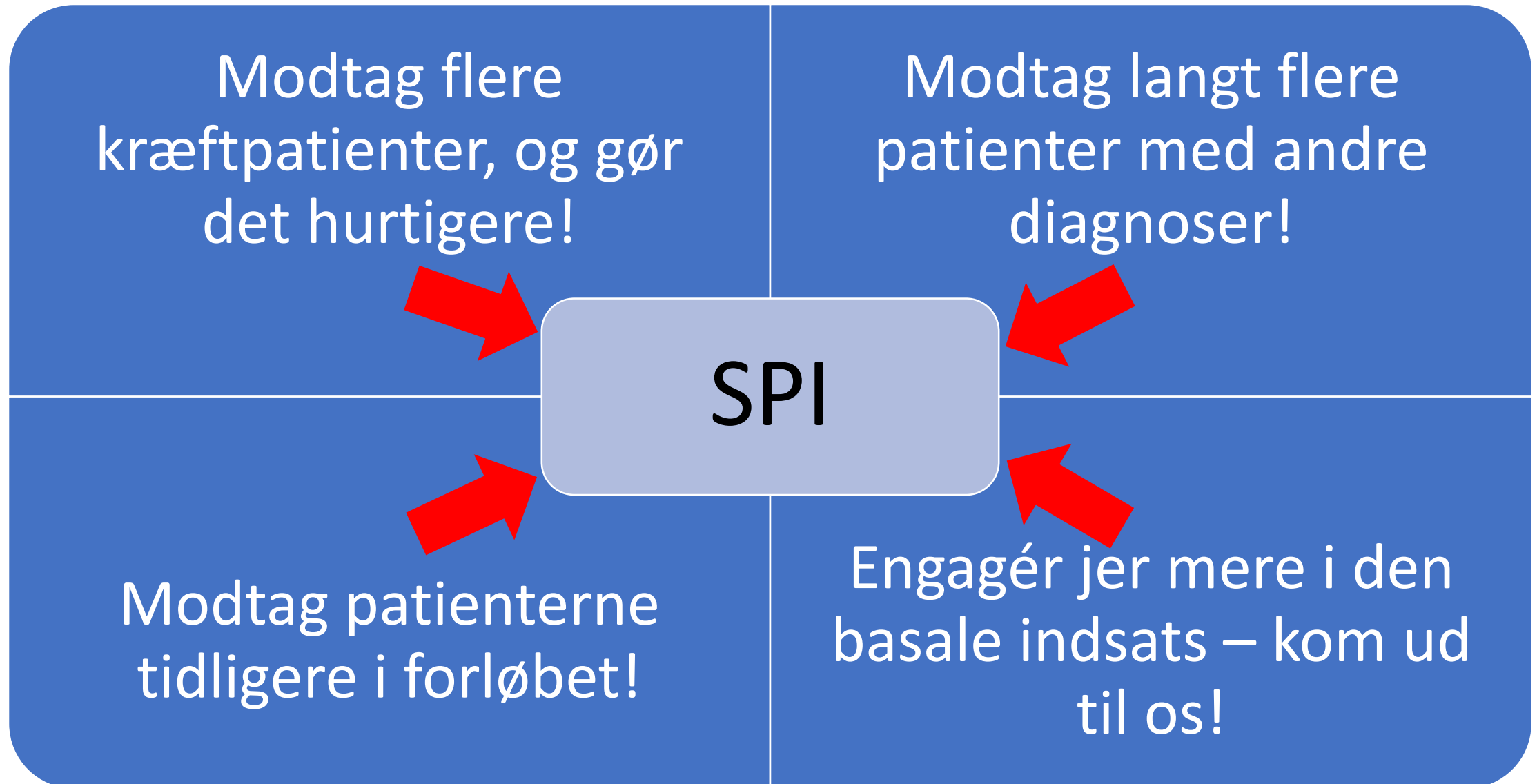
- Stort set status quo gennem de seneste 5 år
- Fortolkning: Udbygningen ophørte for tidligt

Indikator i Dansk Palliativ Database	2016	2017	2018	2019	2020*
Andel af henviste patienter, der ikke dør eller når at blive for dårlige inden de får kontakt med specialiseret palliativ indsats (standard 80%)	81	81	82	81	82
Andel af modtagne patienter, der har deres første behandlingskontakt senest 10 dage efter modtagelse af henvisning (standard 90%)	74	75	73	73	76

*) Foreløbige tal for 2020



Krydspres på den specialiserede indsats (SPI)



Ulighed i adgangen til SPI

- Mindre adgang for
 - Ældre
 - Enlige
 - Fattige
 - Dårligt uddannede
- Sammenlignet med en dårligt uddannet med lav indkomst, har den højt uddannede med høj indkomst næsten dobbelt så stor odds ratio for adgang

Adersen M et al. 2017a, 2017b, 2018, 2019



Sammenfattende

- Der er sket en stor og god udvikling i mange aspekter af den palliative indsats i hele sundhedsvæsenet, men vi er slet ikke i mål
- Ikke systematisk behovsvurdering gennem sygdomsforløbet
 - Kun istoppen af symptomer og problemer opdages af sundhedsvæsenet
- Ikke dokumentation for at danske patienter sikres en tidlig palliativ indsats
 - Selv om der er enighed om, at patienterne har gavn af det og krav på det
- Utilstrækkelig, for sen og for langsom adgang til palliative specialister – navnlig for de dårligst stillede
 - Patienter med behov får ikke den tilstrækkelige hjælp