

## Implementeringsplan for Kræftrehabilitering og palliation i Region Sjælland

### 1. Indledning

Cirka 50 procent af de borgere, som rammes af kræft (herefter kræftpatienter eller patienter), bliver i dag helbredt eller lever længe med deres sygdom. Derfor er det vigtigt, at de gennem en struktureret indsats opnår eller vedligeholder bedst mulig funktionsevne.

Sundhedsstyrelsen offentliggjorde i januar 2012 et nationalt forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. En tværsektoriel og tværfaglig arbejdsgruppe i Region Sjælland har arbejdet med den lokale bearbejdning af forløbsprogrammet, herunder behovsvurdering, og nærværende publikation er resultatet af gruppens arbejde. Publikationen henvender sig til personale, der arbejder med kræftpatienter og pårørende på sygehus, samt i almen praksis og kommuner i Region Sjælland.

Målgruppen for indsatserne er alle, som rammes af en kræftsygdom og har bopæl i Region Sjælland. Det vil sige både børn, unge, voksne og ældre, samt deres pårørende og efterladte. Der tages afsæt i et helhedsperspektiv på patienten, samt de pårørende, og behov i forbindelse med en kræftsygdom.

Den rehabiliterende og palliative indsats varetages allerede i nogen udstrækning i sundhedsvæsenet, herunder kommunerne. Indsatserne er integreret i almindelig forebyggelse, sygepleje, behandling, træning m.v. i sektorerne. Endvidere er der etableret muligheder for kontakt og eventuel indlæggelse med palliative teams, enheder og hospice. Endelig er der visse steder etableret centre med hovedfokus på rehabilitering af patienter med kræft – f.eks. Center for Kræft og Sundhed i København og Dallund på Fyn.

### 2. Behovsvurdering

Formålet med behovsvurdering er at afklare, om patienten kan klare sig med støtte og vejledning til selv at håndtere følgerne af sin kræftsygdom, eller om der er behov for en uddybende udredning med henblik på afklaring af konkrete behov.

#### Anbefaling

##### Initiativer i forbindelse med behovsvurdering:

- Behovsvurderingsskemaet, vedhæftet som bilag sammen med vejledning til anvendelse af skemaet, anvendes som en overordnet samtaleguide af sygehuse, kommuner og almen praksis med udgangspunkt i den enkelte borgers ressourcer, helbredstilstand, egenomsorgsevne og motivation. Formålet med vurderingen er at belyse alle relevante områder, samt identificere eventuelle behov for rehabiliteringsindsats.
- Behovsvurderingen gennemføres som minimum i forbindelse med kræftpatientens første behandling, samt ved overgange mellem sektorerne.

Vurderingen foretages typisk som en samtale mellem patienten og den fagprofessionelle (ofte sygeplejersken) – evt. på baggrund af borgerens udfyldelse af et behovsvurderingsskema.

Den systematiske behovsvurdering skal også foretages i kommunerne med henblik på en generel rehabiliteringsindsats. Borgeren kan gennem sit forløb have kontakter til flere sagsbehandlere på samme tid i f.eks. Jobcenter, Myndighedsservice, Træningsafsnit og Sundhedscenter. Ved udarbejdelse af systematisk behovsvurdering er det derfor vigtigt, at der internt i kommunen arbejdes frem mod en samarbejdsmodel for, hvem der gør hvad og hvornår. Der skal særligt være opmærksomhed omkring identifikation af nye behov for fysisk træning i rehabiliterings-/palliationsindsatsen, herunder indhentning af lægefaglig vurdering, før en eventuel indsats sættes i gang.

Behovsvurdering skal resultere i en konklusion om, hvilke behov patienten har. På denne baggrund iværksættes forskellige initiativer (fx træning, kostvejledning eller andet), herunder lægges en plan for det videre forløb, som planlægges af den relevante fagperson - en praktiserende læge, fysioterapeut eller sygeplejerske. Ligeledes nævnes de aktiviteter, som patienten og evt. pårørende, selv ønsker at tage ansvar for, f.eks. brug af aktiviteter/tilbud i det lokale foreningsliv, herunder patientforeninger.

### **3. Fælles plan for indsats på baggrund af behovsvurdering**

Hvis der skal iværksættes indsats, udarbejdes en plan (Fælles Plan) for patientens videre forløb med afsæt i den foretagne behovsvurdering. Formålet med Fælles Plan er at give et samlet overblik over indsatsen, der oftest påbegyndes i sygehusregi. Planen bør tage afsæt i allerede eksisterende aktiviteter (patientens fritidsaktiviteter og andet) og patientens ressourcer, og følgende bør fremgå:

- Hvilke vanskeligheder og behov har patienten?
- Hvad er formålet med indsatsen, og hvad skal den overordnet bestå i?
- Hvor skal indsatsen foregå?
- Hvem er ansvarlig for de enkelte dele af indsatsen?

#### **Initiativer i forbindelse med Fælles Plan**

- På baggrund af behovsvurderingen udarbejdes en fælles plan for patientens videre forløb – den konkrete planlagte indsats.
- Den planlagte indsats (Fælles Plan) dokumenteres i den almindelige journalføring.
- Sygehus, almen praksis og kommuner i Region Sjælland anvender den MedCom baserede elektroniske henvisning (REF01), korrespondancemeddelelse eller epikrise til formidling til samarbejdspartnere om udarbejdelse af Fælles Plan og informationerne heri. Der sendes kun meddelelse, når der er behov for en Fælles Plan.

Den planlagte indsats skal dokumenteres i den almindelige journalføring, elektronisk sygeplejedomokumentation (ESD) og omsorgsjournaler, udskrivningsbreve, epikriser og eventuelle statusrapporter. En genoptræningsplan kan indgå som en del af Fælles Plan, idet genoptræningsplanen alene beskriver patientens fysiske funktionsevne, herunder genoptræningsbehov. Fælles Plan har derimod et

brede sigte, og den kan indeholde beskrivelse af psykosociale indsatser, diætist, stomisygeplejerske, tale-/hørekonsulent, kost- og motionsvejledning m.v.

Fælles Plan sendes som en henvisning (REF01) eller korrespondancemeddelelse ved brug af Med-Com-standarder.

#### **4. Sygehusenes ansvar og opgaver i forbindelse med rehabilitering og palliation**

##### **Initiativer på sygehusene:**

- Behovsvurderingsskemaet anvendes som en overordnet samtaleguide med udgangspunkt i den enkelte patients ressourcer, helbredstilstand, egenomsorgsevne og motivation.
- Behovsvurdering indarbejdes i arbejdsgangen i forbindelse med kræftpakkeforløb og i overgangene mellem sektorer, samt i kontakt med patienter og pårørende – der udarbejdes lokale retningslinjer for udmøntningen af behovsvurdering, senest i tredje kvartal 2014.
- Sygehusene beskriver deres rehabiliteringstilbud på SOFT, senest i tredje kvartal 2014.

Sygehuset har det fulde ansvar for patientforløbet, herunder også for indsatsen ved rehabilitering og palliation, så længe patienten er indlagt. Ved ambulante forløb har sygehuset ansvaret for behandlingen af den specifikke kræftsygdom, mens opgaven med behandlingen af patientens eventuelle komorbiditet kan være delt mellem almen praksis og sygehus.

Implementeringen af de faglige anbefalinger i forløbsprogrammet forankres lokalt hos de enkelte sygehusledelser og afdelingsledelserne på de specifikke afdelinger.

Nogle patienter ønsker erfaringsmæssigt ikke at deltage i en rehabiliteringssamtale ved kontakten på sygehuset. Det er i så fald vigtigt, både at forholde sig til patientens konkrete behov, og at dokumentere, at patienten har modtaget tilbud om rehabiliteringssamtale, samt hvornår tilbuddet skal gentages, herunder hvem der er ansvarlig.

Sygehuset skal videregive meddelelse om det videre forløb til kommunen og patientens egen læge, samt dokumentere, at der er sket videregivelse.

#### **5. Almen praksis' ansvar og opgaver i forbindelse med rehabilitering og palliation.**

##### **Initiativer i almen praksis:**

- Behovsvurdering anvendes i relevant omfang af praktiserende læger i forbindelse med udredning, behandling, og i overgangene mellem sektorer, samt i kontakt med patienten og pårørende.
- Der etableres samarbejde i de kommunalt-lægelige udvalg og med praksiskonsulenter om implementering af forløbsprogrammet.

Almen praksis varetager generelle opgaver inden for det almene medicinske område og er gatekeeper i forhold til det øvrige sundhedsvæsen. Desuden varetager almen praksis tovholderrollen, som gør

den praktiserende læge ansvarlig for overblik og kontinuitet i patientforløbet defineret ud fra patientens behov.

Der er i alle landets kommuner nedsat et kommunalt-lægeligt udvalg. Det vil være hensigtsmæssigt at bruge dette forum til dels at udbrede kendskabet til forløbsprogrammet og implementeringen heraf, dels drøfte problemstillinger i overgangen mellem de to sektorer, samt forankre opfølgning og lokale indsatser i udvalget.

I de kommuner, som har praksiskonsulenter, vil det være relevant at inddrage disse konsulenter i forbindelse med implementering og opfølgning på forløbsprogrammet for at sikre, at den lokale proces er forankret på den mest smidige og hensigtsmæssige måde.

De regionalt ansatte praksiskonsulenter på sygehusafdelingerne kan også inddrages til at koordinere en samlet bedre indsats på området. Herigennem kvalitetssikrer man de mange forskellige behov, som patienterne kan ende op med afhængig af, hvilken kræftsygdom som skal behandles.

## **6. Kommunens ansvar og opgaver i forbindelse med rehabilitering og palliation**

Patienten kan gennem hele forløbet, fra henvisning til udredning og frem, have behov for en bred vifte af indsatser, der ydes i kommunalt regi. Dette kan involvere en række forvaltningsområder. Kommunerne skal løse en række rehabiliterings- og palliationsopgaver i henhold til forløbsprogrammet, herunder forestå kontakter m.v. i forhold til sygehus, pårørende og andre afdelinger i kommunen. Det forekommer i den henseende mest hensigtsmæssigt, at der er én indgang til kommunens rehabiliterings- og palliationstilbud.

### **Initiativer i kommunerne:**

- Behovsvurdering anvendes systematisk og i relevant omfang af alle kommuner, senest i tredje kvartal 2014.
- Behovsvurdering indarbejdes i arbejdsgangen i forbindelse med udredning, behandling, og i overgangene mellem sektorer samt i kontakt med patienten og pårørende, senest i tredje kvartal 2014.
- Kommunerne beskriver deres rehabiliterings- og palliationstilbud på SOFT, senest i tredje kvartal 2014,

## **7. Koordination, kommunikation og samarbejde**

Sygehus, almen praksis og kommunerne har alle centrale opgaver, der skal koordineres. Og det er via Sundhedsaftalen, at de overordnede rammer for samarbejdet på tværs af sektorer etableres.

Ledelsen i de respektive sektorer har ansvaret for at beskrive, hvordan de enkelte enheder internt håndterer rehabiliterings- og palliationsforløb. Både sygehusvæsenet og kommunerne har ansvar for etablering af forløbskoordination. Desuden har almen praksis - i sin egenskab af tovholder og gatekeeper - ansvar for koordinering og systematisk opfølgning i sygdomsforløbet.

Videndeling om bl.a. de forskellige tilbud og indsatser, som kommuner, sygehuse m.fl. har, ved bl.a. at bruge de eksisterende elektroniske platforme, herunder sundhed.dk og SOFT. Det er vigtigt, at patienterne også har adgang til rehabiliteringsplanen via sundhed.dk.

### **Initiativer i forhold til koordination og samarbejde:**

- Forløbsprogrammet implementeres i regi af Sundhedsaftalen i Region Sjælland.
- Ansvar for kommunikation mellem sektorerne forankres i de 4 KSS – evt. ved etablering af relevante underarbejdsgrupper.

### **8. Uddannelse og kompetenceudvikling**

De respektive lokale ledelser har ansvaret for at sikre, at de nødvendige og relevante kompetencer er til stede og udvikles, såvel på afdelingsniveau, som hos de enkelte involverede fagprofessionelle.

Kompetenceudvikling foregår på to niveauer: Dels den konkrete håndtering af rehabilitering og palliation, dels samarbejde på tværs af sektorer vedrørende rehabilitering og palliation. Etablering af fælles undervisning på tværs af sektorer i forhold til rehabilitering og palliation, vil fremme kvaliteten i indsatsen og koordinationen. Kompetencer udvikles på tværs af specialer og sektorgrænser, og der etableres viden om de kompetencer, der findes på området.

Der afholdes endvidere halvårlige faglige temaeftermiddage på tværs af de tre sektorer. Indholdet bør være gennemgang af patient-cases, workshops f.eks. om forskellige diagnoser, samt netværksdannelse. Formålet med case baserede temadage er at styrke forståelsen af opgaveløsningen på tværs af sektorerne, samt styrke netværksdannelsen. Sigtet er at give de forskellige faggrupper en helhedsopfattelse af forløbet, og hvad de enkelte faggruppers specifikke indsats betyder. Det er vigtigt, at oplæggene indeholder relevante faglige oplæg om både rehabilitering og palliation.

### **Initiativer i forbindelse med uddannelse og kompetenceudvikling**

- Der afholdes en kick-off dag den 27. maj 2014 for nøglemedarbejdere i alle sektorer
- Initiativer vedr. kompetenceudvikling foregår inden for det enkelte ledelsesområde/ansvarsområde og tværfagligt i forhold til såvel faglige som samarbejds-mæssige (organisatoriske) emner. Videndeling, faglige oplæg, netværksdannelse og kompetenceudvikling foregår på halvårlige temadage.
- Der påbegyndes tværsektoriel kompetenceudvikling af frontpersonale i systematisk rehabilitering og palliation i Region Sjælland.
- Der udveksles viden mellem de tre sektorer om relevante kurser, bl.a. via de lokale samarbejdsfora.
- Der gennemføres en evaluering om anvendelse af behovsvurderingsskemaet senest 1 år efter skemaets ibrugtagning.