

Samarbejdsaftale om kræftrehabilitering, Regional retningslinje

Fanebladet 'Egenskaber'

Titel	Samarbejdsaftale om kræftrehabilitering, Regional retningslinje
Tekstforfatter	
Forfatter	Morten Keller og Charlotte Jensen
Forfattergruppe	
Fagligt ansvarlig	Faglig ansvarlig: Morten Keller
Kvalitetsansvarlig	Kvalitetsansvarlig: Charlotte Jensen
Ledelsesansvarlig	Ledelsesansvarlig: Bente Lykke Bjerre Jensen
Høringsadministrator	Ikke relevant
Gældende for	Dokumentet gælder for alle hospitaler
Revision	Maks 3 år
Revisionsansvarlig	Charlotte Jensen
Dokumentbeskrivelse	Dokumentet beskriver retningslinjer for kræftrehabilitering og det tværfaglige samarbejde
Ændringskommentar	Ikke relevant
Nøgleord	Ikke relevant
Informationstype	Retningslinje

Formål

Dokumentet beskriver retningslinjer for kræftrehabilitering og det tværfaglige samarbejde om patienter med behov for kræftrehabilitering og deres pårørende.

Patientgruppe/Patientforløb/Anden målgruppe

Patienter uanset alder med behov for kræftrehabilitering og deres pårørende jf. Forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft, 2018.

Definition af begreber

Rehabilitering:

WHO's definition af rehabilitering anvendes i samarbejdsaftalen:

Rehabilitering kan defineres som en række indsatser, der støtter det enkelte menneske, som har eller er i risiko for at få nedsat funktionsevne, i at opnå og vedligeholde bedst mulig funktionsevne, herunder at fungere i samspil med det omgivende samfund.

Begrebet 'funktionsevne' anvendes i overensstemmelse med WHO's model for 'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF) (11). Modellen er en biopsykosocial model med et helhedsorienteret perspektiv på en borgers forhold. Funktionsevne, som det centrale element i modellen, indgår i et dynamisk samspil med helbred og kontekst (omgivelser og personlige faktorer).

Funktionsevne omfatter tre komponenter: kroppens funktioner og anatomi, aktiviteter samt deltagelse. Komponenterne påvirker hinanden gensidigt, ligesom den samlede funktionsevne påvirkes af omgivelsesfaktorer, personlige faktorer og helbredsmæssige forhold.

Habilitering:

Begrebet bruges i forhold til børn og unge op til 18 år.

Definition fra Helse Norge:

"Brukere og pasienter med behov for habilitering er barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse. Rehabilitering er vanligvis rettet mot tilstander som er ervervet senere i livet. Habilitering dreier seg om å lære nye ferdigheter, mens rehabilitering handler om å gjenvinne tapte ferdigheter." Kilde: Helse Norge,

<https://helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunen/habilitering-og-rehabilitering>

Fremgangsmåde

1. Behovsvurdering ved voksne patienter

Hospitalet og kommunerne forpligter sig til systematisk at vurdere patienternes behov for rehabilitering ved hjælp af behovsvurderingsskemaet.

Det vil forbedre patientens oplevelse af sammenhæng i forløbet på tværs af sektorerne, når patienten møder samme skema på hospitalet og i kommunen. Derudover giver det mulighed for, at patienten kan følge sin egen udvikling, når samme skema anvendes over tid.

Personalet identificerer, henviser til og igangsætter relevante indsatser, uanset hvornår i forløbet, behovene opstår. Identificerede behov hos patienterne danner grundlag for planlægningen af det videre forløb.

Se bilag med behovsvurderingsskema.

Hospitalernes ansvar:

Det er patienternes eget valg, om de ønsker en drøftelse af deres behov for rehabilitering. Hospitalet skal forsøge at motivere de patienter, som hospitalet vurderer, har gavn af kræftrehabilitering, til at få afdækket deres behov for rehabilitering. Hospitalet har til opgave at

- Tilbyde behovsvurdering til alle patienter tidligst muligt efter diagnostidspunktet
- Tilbyde behovsvurdering til patienter i opfølgingsprogram før den afsluttende lægesamtale og derefter efter behov i opfølgingsprogrammet

- Tilbyde løbende behovsvurdering til patienter i vedvarende behandlingsforløb
- Tilbyde behovsvurdering ved overgang mellem to hospitalsafdelinger, og ved overgang fra hospital til kommune

Behovsvurderingsskemaet består af en forside og en bagside. Forsiden er et afkrydsningsskema, som udfyldes af borgeren. Der er mulighed for at krydse af inden for en række hovedområder. For hvert emne kan der krydses af i "Brug for støtte?". Når borgeren har udfyldt forsiden, tager en sundhedsfaglig person en dialog med borgeren og gerne pårørende om de afdækkede behov. I dialogen bringer fagpersonen sine relevante observationer i spil. Personalet skal understrege overfor borgeren, at det er kommunen, der vurderer hvilke rehabiliteringsindsatser, borgeren i sidste ende kan tilbydes.

Hvis borger og fagperson vurderer, at der er behov for en indsats, udfyldes bagsiden af skemaet. I rubrikken "Hvilke områder er afdækket, som du ønsker støtte til?" beskrives de behov for rehabilitering, som borgeren ønsker hjælp til. I rubrikken "Handlinger" beskrives hvilke aktiviteter, det sundhedsfaglige personale sætter i gang på baggrund af behovsvurderingen, og hvilke aktiviteter, de vurderer, kan sættes i gang samt hvem, der kan være ansvarlig herfor.

Skemaet udleveres til borgeren, som opfordres til at bringe skemaet med videre til kommune og praktiserende læge. Fagpersonen dokumenterer afdækning af behov i SFI'en Rehabilitering, kræft. Henvisning til kræftrehabilitering sendes til kommunen.

2. Henvisning af voksne patienter til kommunal rehabilitering

Hvis patienten har behov for rehabilitering, informerer og vejleder hospitalet patienten og henviser patienten til kommunal rehabilitering. Hospitalet udfylder SFI'en (Sundhedsfagligt Indhold) "Rehabilitering, kræft" og sender den som henvisning fra SFI'en til kommunen. Se [Samarbejdsaftale om brug af elektroniske henvisninger fra hospitaler til kommunale sundhedsfremme- og forebyggelsestilbud i Region Midtjylland](https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/vaerktokjaskasse/it/samarbejdsaftale-om-brug-af-elektroniske-henvisninger-fra-hospitaler-til-kommunale-sundhedsfremme-og-forebyggelsestilbud-i-Region-Midtjylland) (<https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/vaerktokjaskasse/it/samarbejdsaftale-om-brug-af-elektroniske-henvisninger-fra-hospitaler-til....pdf>). Patienten skal give samtykke til, at henvisningen sendes til kommunen.

Hvis patienten ikke har behov for rehabilitering ved afsluttet behandling, men patienten gerne vil kontaktes af kommunen efter 3-4 uger for at høre om kommunens tilbud og spørge til eventuelle nyopståede behov, henviser hospitalet til kommunal telefonopringning. Patienten skal give samtykke til, at henvisningen sendes til kommunen. De patienter, der siger nej til henvisning, får information om, de kan ringe til kommunen, hvis behovet opstår eller tale med deres læge til opfølgning.

Hospitalet gør følgende:

- Opretter SFI Rehabilitering, kræft i EPJ -> Udfyld det relevante
- Opretter Henvisning i SFI'en
- Ved patienter, der ikke har konkrete behov for rehabilitering på samtale tidspunktet, men gerne vil ringes op efter 3-4 uger: ->Skriv i rubrikken "Ønsket undersøgelse": *"Patienten ønsker opringning, for at høre om mulighed for rehabilitering og gå dialog om eventuelle opståede behov"*

- Ved patienter, der har behov for rehabilitering på samtale tidspunktet, skrives behovene ind -> Skriv i rubrikken "Ønsket undersøgelse": "*Patienten har behov for rehabilitering og ønsker at blive kontaktet af kommunen (opringning)*" og -> Angiv hvilke behov
- Ved alle henvisninger: Udfylder relevante rubrikker i henvisningen
 - Andre særlige forhold: Hvis relevant
 - Ønsket undersøgelse: Se ovenfor
 - Søg og tilføj: Vælg diagnose og tilføj
 - Yderligere patientoplysninger: Vælg "Rediger aktivitet" og tilføj patientens telefonnummer
 - Anamnese: Hentes automatisk fra SFI'en
 - Afsender: Hentes automatisk med den, der udfylder henvisningen
- Husk: At klikke patientens telefonnummer ind i rubrikken: Yderligere patientoplysninger
- Husk: At skrive særlige forhold om patienten ind i henvisningen (eksempelvis sprogkunderskaber, manglende netværk, handicap, misbrug, psykisk sygdom og intet ønske om holdtræning)
- Sender henvisningen til kommunen

3. Hospitalernes øvrige opgaver ved voksne patienter

Hospitalerne har udover behovsvurdering og henvisning til opgave at:

- Udarbejde en genoptræningsplan til de patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for almen genoptræning eller genoptræning på specialiseret niveau jf. Sundhedslovens § 84
- Sikre, at de rette kompetencer er til stede

4. Hospitalernes opgaver vedr. børn og unge (op til 18 år)

Hospitalerne har til opgave at:

- Diagnosticere, behandle og følge op ambulant
- Udføre fysioterapi i forbindelse med behandling og sygdomsspecifik rehabilitering
- Sende skrivelse til kommunen ved forløbets opstart. Skrivelsen indeholder oplysninger om den hjælp, familien har behov for, eksempelvis orlov og afholdelse af medicinudgifter
- Vurdere barnets/den unges behov for rehabilitering ved hjælp af et særligt behovsvurderingsskema, som anvendes internt på hospitalet. Behovsvurderingen sker som en tværfaglig indsats mellem plejepersonale, læger, skolelærere, psykologer, fysio- og ergoterapeuter samt eventuelle andre fagprofessionelle. Hvis det vurderes at være relevant, videregives resultatet af behovsvurderingen til kommunen
- Afholde netværksmøder ved alle forløb, hvor relevante parter deltager, eksempelvis barnet/ den unge med kræft, dennes nærmeste familie og evt. venner, egen læge,

familiens sagsbehandler i kommunen, repræsentanter fra daginstitutionen/skolen/SFO, sygeplejerske fra behandlende hospitalsafdeling og behandlende læge på hospitalet

- Kontakte kommunen, når hospitalet vurderer, at kommunen bør iværksætte neuropsykologiske tests
- Sende statusrapporter til kommunen ved behov
- Udarbejde en genoptræningsplan til de patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for almen genoptræning eller genoptræning på specialiseret niveau jf. Sundhedslovens § 84

5. Pårørende

Pårørende kan være en ressource for patienten. Det skal afklares sammen med patienten, hvilke pårørende, der kan inddrages i forløbet. Fagpersonerne bør opfordre til, at de pårørende er med til behovsvurderingen og, at de pårørende inkluderes i forløbet. Det er dog altid patientens eget valg, om de pårørende skal inkluderes.

De fagprofessionelle er ansvarlige for at vurdere, om de pårørende har behov for en indsats og skal i den forbindelse understøtte de pårørende til at søge hjælp og støtte.

6. Supplerende indsatser

Praktiserende læger, hospitaler og kommuner kan informere borgerne om supplerende indsatser til de kommunale rehabiliteringsindsatser. Tilbuddene kan benyttes under og efter et kommunalt rehabiliteringsforløb. Tilbuddene findes i f.eks. Kræftens Bekæmpelse, andre patientforeninger og lokale idrætsforeninger. Kommunerne samarbejder nogle gange med disse tilbud.

7. Senfølger

Der er generel opmærksomhed på senfølger i opfølgingsprogrammerne for kræft. Desuden skal alle fagpersoner være opmærksomme på patientens eventuelle senfølger. Almen praksis er ansvarlig for at henvise patienterne til udredning og behandling på hospitalerne, til kommunal rehabilitering eller til en tredje relevant behandling.

8. Kommunernes og almen praksis' opgaver

Kommunernes og almen praksis' opgaver er beskrevet i samarbejdsaftalen [\(link\)](#)

Dokumentation

Vurdering af patientens behov for rehabilitering dokumenteres i "SFI Rehabilitering, kræft" i EPJ.

Ansvar

Hospitalsledelser og afdelingsledelser har ansvar for at følge denne retningslinje.

Referencer

Samarbejdsaftale om kræftrehabilitering ([LINK](#))

Forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft, 2018
<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/forloepsprogram-for-rehabilitering-og-palliation-i-forbindelse-med-kræft>

Sundhedsaftalen i Region Midtjylland <https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/>