

## Vil du vide mere?

Du kan se Kræftens Bekæmpelses tilbud på [www.cancer.dk](http://www.cancer.dk).

På [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) kan du læse om tilbud i din kommune og på sygehusene.

På [www.regionsyddanmark.dk/patientvejledning](http://www.regionsyddanmark.dk/patientvejledning) kan du læse om patientrettigheder.

KRÆFTFORLØB

## Vejledning af patienter med kræft

- for personale tilknyttet sygehus, almen praksis og kommuner



12531-2 - Grafisk Service, Region Syddanmark - 10.2013

Samarbejde mellem  
de praktiserende læger,  
de 22 kommuner og  
Region Syddanmark



Behovsvurdering,  
uddybende udredning  
og fælles plan for  
rehabilitering og palliation

Samarbejde mellem kommuner,  
praktiserende læger og sygehusene  
i Region Syddanmark



# Behovsvurdering, udredning og fælles plan

## – et redskab til at hjælpe patienter med kræft

At blive ramt af kræft er ofte et forløb med både op- og nedture. Humøret kan skifte fra dag til dag, og det daglige overskud kan også svinge meget. Det enkelte menneske kan have stor brug for hjælp i en periode, mens der andre gange er energi til selv at ordne tingene.

Denne folder er tænkt som et redskab til at gennemføre **behovsvurderinger** med patienter, der får en kræftsygdom. **Behovsvurderingen** skal foregå i alle tre sektorer og de nye retningslinjer skal sikre samarbejde på tværs af sektorerne om de initiativer, der igangsættes for den enkelte patient/borger og de pårørende.

At blive ramt af en kræftsygdom føles som en eksistentiel trussel for de fleste. Det bliver derfor vigtigt at opretholde så meget af den normale hverdag som muligt – både undervejs i behandlingen men også bagefter, hvor man måske er mærket af følgevirkninger.

Små tiltag kan gøre en stor forskel for den enkelte til enten selv at kunne få det bedre, eller f.eks. at de pårørende kan yde en bedre støtte. Alt sammen kan hjælpe patienten til et bedre behandlings- og rehabiliteringsforløb.

### Din samtale med patienten

Som en del af det nye arbejde med **behovsvurderinger** er der produceret en folder til patienterne. Den gennemgår de forskellige emner, som din samtale med patienten omkring vedkommendes behov kan handle om. Folderen er skrevet i en form, som gerne skal få patienten til at tænke over sin egen situation og hvad vedkommende har brug for af hjælp og rådgivning lige nu, som forberedelse til jeres samtale.

Bagerst i patientens folder er der indsat linjerede sider til patientens noter. Fordi **behovsvurderinger** skal omhandle de samme emner på sygehus, i kommunen eller hos egen læge, er det tanken at patienten tager folderen med sig i forløbet og bruger den som en støtte undervejs.

### Behovsvurdering, uddybende udredning og fælles plan – trin for trin

Det nye forløbsprogram indeholder tre elementer:

- **Behovsvurdering**
- **Uddybende udredning**
- **Fælles plan**

Arbejdsgangen fra en **behovsvurdering** (identificering) til **uddybende udredning** og sidst en **fælles plan** (overblik over indsatsen) gennemgås nedenfor, hvor også de enkelte sektors ansvar forklares.

### Behovsvurdering

#### Hvordan skal behovsvurderingen benyttes?

Alle kræftpatienter skal tilbydes en **behovsvurdering**:

- når de starter på behandling på sygehuset
- ved afslutning af behandlingsforløbet på sygehuset
- evt. ved opfølgende vurdering i almen praksis og kommunen
- ved starten på et samarbejde med kommunen

Der bør være opmærksomhed på ændrede behov, hvis der f.eks. sker ændringer i behandlingsforløbet, for patienter i sen og terminal palliativ fase samt ved sektorovergange – bl.a. ved afslutning af behandling på sygehuset, hvor patienten overgår til egen læge og har kontakt til kommunen.

Hvis patienten har forskellige behov, er en del af **behovsvurderingen** at afklare, om patienten kan klare sig med støtte og vejledning til selv at håndtere problemerne, eller om der er behov for en **uddybende udredning** mhp. afklaring deraf.

Herunder hvorvidt indsatsen bedst ydes på det pågældende sted i sundhedsvæsenet eller ved inddragelse af andre fagprofessionelle. Hvis det besluttet at yde en indsats, skal der lægges en plan for det.

### Dokumentation af udført behovsvurdering

Resultatet af **behovsvurderingen** kan være "ja, der er identificeret et behov" eller "nej – der er foretaget **behovsvurdering**, men der vurderes ikke at være et behov på nuværende tidspunkt", og det dokumenteres i patientens/borgerens journal.

Samarbejdsparter orienteres via korrespondancemeddelelsen med overskriften "**Behovsvurdering**". Heri beskrives det identificerede behov og begrundelse.

#### Hvilken status har behovsvurderingen?

**Behovsvurderingen** er alene en identifikation af, om der er et rehabiliterings- eller palliationsbehov, samt en kort beskrivelse af det identificerede behov – hvori består det? Kan patient/borger selv varetage opgaven evt. i samarbejde med pårørende eller vurderes det, at der er behov for fagprofessionel støtte/vejledning til opgaven.

### Uddybende udredning

#### Hvordan skal uddybende udredning benyttes?

**Behovsvurderingen** kan efterfølges af en **uddybende udredning**, når det vurderes relevant. Det vil sige, hvis ikke **behovsvurderingen** i tilstrækkelig grad giver klarhed over, hvilken indsats der evt. skal iværksættes.

# Behovsvurdering, udredning og plan

På baggrund af en **udbyggende udredning** skal det besluttes, hvilken konkret indsats der skal ydes, som afstemmes med patientens og evt. de pårørendes forventninger.

## Hvad skal udbyggende udredning omfatte?

Detaljeret vurdering af f.eks. funktionsevne, kognitive tests, udredning af økonomiske problemer eller indsats for at fastholde borgeren i sit job.

Den **udbyggende udredning** foretages af den relevante sektor/indsats (sygehus, almen praksis, kommune) og fagpersonale (socialrådgiver, psykolog, læge, fysio-/ergoterapeut, sygeplejersker m.fl.).

## Hvilken status har en udbyggende udredning?

Faglig vurdering af identificerede behov, der kan give grundlag for at sætte indsatser i gang. Der udarbejdes en **fælles plan** på baggrund af den **udbyggende udredning**.

Den faglige vurdering dokumenteres i patienten/borgerens journal.

## Fælles plan for indsatsen Hvordan skal en fælles plan benyttes?

**Fælles plan** udarbejdes på baggrund af **behovsvurdering** og/eller udbyggende udredning.

En **fælles plan**, der giver et samlet overblik over indsatsen, bliver ofte påbegyndt i sygehusregi, men den skal også omfatte overblik over indsatser hos kommunen og/eller almen praksis, og også vise kommunikation på tværs af sektorerne om emnet.

Planen skal generelt være tværfaglig, når der er flere fagprofessionelle involveret, og koordineres mellem de involverede parter.

## Hvad skal en fælles plan omfatte?

Det skal fremgå af planen, hvilke aktiviteter der allerede foregår, og patientens egne ressourcer beskrives. I fælles planen indgår en beskrivelse af de problemområder, som indsatsen skal rette sig imod efter aftale med borger/patient og evt. pårørende. Ligeledes kan fælles planen synliggøre de aktiviteter patienten og evt. pårørende selv ønsker at tage ansvar for f.eks. brug af aktiviteter/tilbud i det lokale foreningsliv.

Følgende overskrifter indgår i Korrespondancemeddelelsen "**fælles plan**":

- Hvad patientens vanskeligheder og behov består i
- Hvad skal indsatsten bestå i?
- Hvor indsatsen skal foregå, og hvem der er ansvarlig
- Hvad er næste skridt?

## Hvilken status har en fælles plan?

Fælles planen er afstemt i forhold til behandlingsplanen og forventningsafstemt med patienten og de pårørende.

Alle involverede instanser (sygehuse, almen praksis og kommunen) er ansvarlig for de indsatser, de iværksætter, herunder også at sikre koordinering af indsatsen med andre involverede aktører.

I fælles planen fremgår, hvornår indsatsen skal evalueres og af hvem jf. ovenstående afsnit.


Fagpersoner, der har kontakt med borgeren/patienten har ansvaret for at forholde sig til den **fælles plan** og foretage ændringer ud fra en **behovsvurdering** med borgeren/patienten.

Den enkelte sektor er ansvarlig for den skriftlige opdatering af den **fælles plan**.

Aktuelt skal den planlagte indsats dokumenteres i den almindelige journalføring, sygepleje- og omsorgsjournaler og udskrivningsbrev/epikriser.

En genoptræningsplan kan indgå som del af en **fælles plan**. Det skal bemærkes, at genoptræningsplanen som minimum bl.a. skal indeholde en samlet beskrivelse af en persons funktionsevne, herunder kropsfunktion, aktivitet og deltagelse, der inddrager såvel personens ressourcer og begrænsninger.

Genoptræningsplanen rummer derfor mulighed for at udføre en bred beskrivelse af patientens funktionsevne, herunder genoptræningsbehov, der kan danne grundlag for det efterfølgende rehabiliterings- og palliationsforløb.



Det nye forløbsprogram med systematiske og regelmæssige **behovsvurderinger** i kommune, almen praksis og på sygehuse gælder for både palliation og rehabilitering i forbindelse med en kræftsygdom.

# Emner til samtale om behovsvurdering

Der er forskellige emner, det er vigtigt at komme omkring i samtalen med patienten. De gennemgås nedenfor fra det meget overordnede og ned til konkrete emner. Udgangspunktet for samtalen er patientens egen vurdering af sin situation lige nu med fokus på egne ressourcer, helbredstilstand, egenomsorgsevne og motivation. Overskrifterne og emnerne i **behovsvurderingen** er skabt på baggrund af anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen og forklares ud for hvert enkelt emne.

Når behandlingen går i gang, får patienten en folder om sygehus, kommune og egen læges samarbejde om **behovsvurdering** udleveret ved sit første besøg på sygehuset. Folderen er tænkt som en hjælp til at forberede sig til samtalerne, og med mulighed for at man kan skrive ønsker og behov ned. På den måde kan patienten få en aktiv rolle i sit eget behandlingsforløb, når behov og eventuel hjælp skal vurderes.

Emnerne i patientens folder er de praktiske behov, krop og helbred, hverdagen, familie og venner, humøret samt tanker og tro.

Det er vigtigt at komme omkring alle emnerne, men samtidig også give rum til at borgeren/patienten selv præger sin samtale og får talt om, hvad der er overskud til, og hvor der er brug for hjælp.

## Oplevelse af livssituationen

Vilkår eller elementer med særlig betydning.

Som en indledende start på samtalen kan en helt overordnet snak om, hvordan det går, være med til at få patienten til at kredse eventuelle udfordringer ind. Status på behandlingsforløb, nyeste resultater eller udfordringer, der ligger lige for kan alle være elementer, der fylder nu og her i patientens liv.

## Behov for støtte til håndtering af bivirkninger fra sygdom og/eller behandling

Behov for støtte til livsstilsændring fx kost, fysisk aktivitet, alkohol, rygning.

Der er bred evidens for at patienter kan opleve markant forbedringer i deres fysiske velbefindende, hvis de kommer i gang med at dyrke motion eller f.eks. stopper med at ryge, selv om de er syge. Mange patienter oplever problemer med at spise, og her kan hjælpe fra f.eks. en diætist være med til at få dem til at spise igen.

## Fysisk område

Smerter, åndenød, bevægelighed, nedsat muskelkraft, ernæring, ændret sensibilitet, træthed, seksualitet, diarre, forstoppelse samt disses betydning og indflydelse på aktivitet (Activities of Daily Living (ADL)) i hverdagslivet og deltagelse. Symptomer ved den specifikke kræftdiagnose/behandling, evt. komorbiditet.

Alt efter hvor i forløbet patienten befinder sig kan vedkommende være mere eller mindre plaget af fysiske problemer som resultat af sygdommen eller behandlingen. Andre diagnoser kan ligeledes påvirke patientens velbefindende. Ændringer i medicin, hjælp fra en fysioterapeut m.m. kan være en god hjælp til bedring hos patienten.

## Psykisk område

Angst, depression, ensomhed, overskud, bekymring for sygdommens udvikling/følger, evt. problemers betydning for aktivitet og deltagelse i hverdagslivet.

Bekymringer om helbredelse eller om sygdommen vender tilbage fylder meget for alle kræftpatienter og deres pårørende. Venner og familie kan være gode støtter undervejs, men patienten kan få mange fordele ud af f.eks. at mødes med andre, der også har kræft. Ligeledes kan de pårørende også have brug for hjælp til at tale om sygdommen og deres bekymringer.

## Kognitivt område

Nedsat koncentration, hukommelse, opmærksomhed og arbejdstempo.

Både undervejs i behandlingen og i rehabiliteringsfasen kan der være brug for



hjælp til at skabe struktur og overblik over hverdagen. Der kan være brug for træning af de kognitive evner, hjælpemidler eller ændringer i boligen, hvor f.eks. en ergoterapeut kan være en god hjælp for den enkelte og familien.

## Socialt område

Mulighed for støtte og nærvær, centrale pårørende, ændring af rolle ift. nære pårørende, arbejde, fritid, økonomi, bolig.

Når livet sættes på pause pga. en livstruende og meget behandlingskrævende sygdom, kommer bekymringer for det daglige liv til at fylde meget hos patienten. Behov for støtte til børn og resten af familien kan være en stor hjælp. Ligesom samtaler med f.eks. kommunen til at skabe klarhed over økonomien kan være en stor lettelse for patienten og de pårørende.

At få viden om de økonomiske muligheder for f.eks. at arbejde på nedsat tid imens, man er syg kan også være en stor hjælp for mange patienter.

Man melder til de andre sektorer, at der er foretaget en **behovsvurdering** samt hvad man i fællesskab enedes om med patienten. Dette sker via en via en korrespondancemeddelelse, der får titlen "Behovsvurdering".

## Emner til samtale om behovsvurdering

### **Eksistentielt/åndeligt område**

Oplevelse af nuværende situation og sygdom, mening med livet, hvad giver håb, hvilken rolle spiller religion, tanker om fremtiden, manglende anerkendelse fra omgivelserne.

Tanker om liv og død og meningen med det hele kommer til næsten alle patienter med en livstruende sygdom. Rådgivning om muligheden for samtale med en præst eller anden åndelig person kan være en stor hjælp for den enkelte.

### **Pårørende**

Undersøge hvilke ressourcer de pårørende har: Psykiske, fysiske og sociale.

Familie og venner har ofte en meget stor rolle i at støtte kræftpatienten undervejs i behandling for en livstruende sygdom, og mange vil meget gerne hjælpe. Det er vigtigt, de pårørende inddrages og orienteres godt undervejs om, hvordan det går, og hvilken støtte de kan yde patienten og samtidig tage vare på sig selv.

Omvendt er der også patienter som ikke har en stor omgangskreds, der kan hjælpe undervejs, og der skal hjælpen til de forskellige ting planlægges på anden vis.

### **Behov**

Praktisk og følelsesmæssig.

Denne sidste kategori er ment som en opsamling på samtalen. Her opsummeres patientens behov, og det opridses hvad der skrives i journalen og henvises til. Tilsvarende skrives det ned, hvis man i fællesskab er blevet enige om, at vedkommende selv skal sætte initiativer i værks.

### **It og korrespondancemeddelelse**

Al kommunikation i forbindelse med denne nye **behovsvurdering**, den **uddybende udredning** og den **fælles plan** sendes imellem parterne som en korrespondancemeddelelse med titlen "**behovsvurdering**" eller "**fælles plan**".

En **behovsvurdering** skal som minimum foretages, når behandlingen starter. Og der skal også foretages en status ved afslutningen af forløbet på sygehuset og regelmæssigt i kontrolforløbet bagefter endt behandling. Men den kan foretages af alle tre sektorer, hvis det vurderes nødvendigt.

## Grundlaget for behovsvurdering

Nedenstående emner er grundlaget for Behovsvurdering i Region Syddanmark. Gennem Behovsvurderingen afdækkes patientens behov. Der bør altid tages udgangspunkt i den enkelte patients ressourcer, helbredstilstand, egenomsorgsevne og motivation. Behovsvurderingen fungerer ikke som en henvisning.

### **Oplevelse af livssituationen**

Vilkår eller elementer med særlig betydning

### **Behov for støtte til håndtering af bivirkninger fra sygdom og/eller behandling**

Behov for støtte til livsstilsændring f.eks. kost, fysisk aktivitet, alkohol, rygning.

### **Fysisk område**

Smerter, åndenød, bevægelighed, nedsat muskelkraft, ernæring, ændret sensibilitet, træthed, seksualitet, diarre, forstoppelse samt disses betydning og indflydelse på aktivitet i hverdagslivet og deltagelse.

Symptomer ved den specifikke kræftdiagnose/behandling, evt. komorbiditet.

### **Psykisk område**

Angst, depression, ensomhed, overskud, bekymring for sygdommens udvikling/følger, evt. problemers betydning for aktivitet og deltagelse i hverdagslivet.

### **Kognitivt område**

Nedsat koncentration, hukommelse, opmærksomhed og arbejdstempo.

### **Socialt område**

Mulighed for støtte og nærvær, centrale pårørende, ændring af rolle ift. nære pårørende, arbejde, fritid, økonomi, bolig.

### **Eksistentielt/åndeligt område**

Oplevelse af nuværende situation og sygdom, mening med livet, hvad giver håb, hvilken rolle spiller religion, tanker om fremtiden, manglende anerkendelse fra omgivelserne.

### **Pårørende**

Ressourcer: Psykiske, fysiske og sociale.

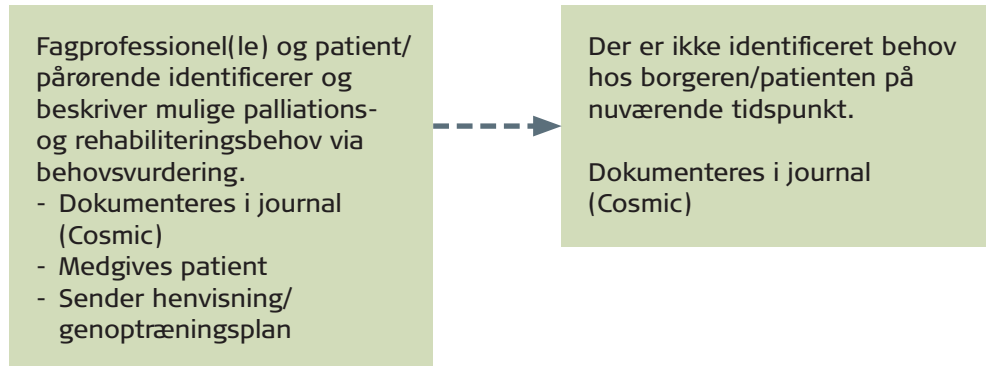
### **Behov**

Praktisk og følelsesmæssig.

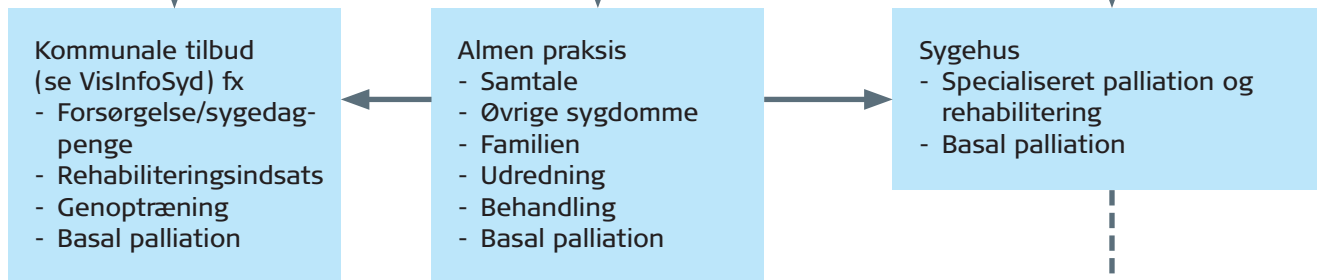
# Proces

Proces for behovsvurdering, henvisning, visitation, plan og igangsættelse

Udarbejdelse af behovsvurdering



Henvisningsmuligheder



Visitation/udarbejdelse af fælles plan

