

Tværkommunalt og tværsektorielt samarbejde om rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft

Marts 2015

Udarbejdet af: Projektleder Anne Ganner Bech

Indholdsfortegnelse

1. Formål	4
2. Indledning.....	4
3. Målsætninger for samarbejdet	4
4. Rehabilitering af borgere med kræft.....	5
5. Forløbsprogram og implementeringsplan	5
5.1 Definitioner af rehabilitering og palliation	6
5.2 Ansvars- og opgavefordeling	7
5.3 Minimumsstandarder for indsatser i kommunerne.....	7
5.4 Økonomi.....	8
6. Sundhedsaftalen	8
7. Lovgivning.....	9
8. Det tværkommunale samarbejde	9
8.1 Begrebsafklaring	9
8.2 Om de seks kommuner	10
8.3 Generelle principper for det tværkommunale samarbejde.....	11
8.4 Målgruppe for det tværkommunale samarbejde	11
8.5 Karakteristik af målgruppen	11
8.6 Tværkommunale indsatser	12
8.7 Geografisk placering af de tværkommunale indsatser.....	13
8.8 Oversigt over det tværkommunale forløb for borgere med kræft	16
8.9 Forløbsbeskrivelse for tværkommunalt rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft	16
8.10 Overordnet indsatsbeskrivelse	21
8.11 Faglige standarder, forløbsbeskrivelser, vejledninger, procedurer og arbejdsredskaber	21
8.12 Personalets kompetencer.....	21
8.13 Plan for implementeringen af det tværkommunale samarbejde	21
8.14 Pilotundersøgelse	22
9. Det tværsektorielle samarbejde.....	23
9.1 Opgave- og ansvarsfordeling mellem sektorerne	24
9.2 Tværsektoriel kommunikation og koordination	24
10. Organisering af det tværkommunale og tværsektorielle samarbejde	24
11. Plan for monitorering af det tværkommunale og tværsektorielle samarbejde.....	25
12. Indsatsområder	26
12.1 Tidlig opsporing	26
12.2 Socialt udsatte borgere	26
12.3 Tværkommunal og tværsektoriel kompetenceudvikling.....	27

12.4 Befordring til rehabilitering	27
Bilag A: Sammensætning af styregruppen for det tværkommunale samarbejde om rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft	28
Bilag B: Forløbsprogrammets minimumsstandards	29
Bilag C: Generelle principper for tværkommunalt samarbejde om rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft	30
Bilag D: Beskrivelse af de sundhedsfaglige indsatsområder i det tværkommunale samarbejde.....	33
Referencer	36
Bilag E: Indsatser i det tværkommunale samarbejde	37
Bilag F: SWOT analyse for den overordnede model for det tværkommunale samarbejde	39
Bilag G: Udkast til modeller for den geografiske placering af de tværkommunale indsatser	40
Bilag H: Udkast til overordnet indsatsbeskrivelse for et tværkommunalt samarbejde om rehabilitering og palliation.	43
Bilag I: Faglige standarder.....	46
Bilag J: Kompetenceprofiler	47
Bilag K: Regler om befordring til kræftrehabilitering	48

1. Formål

Dette notat har som formål at give en detaljeret beskrivelse af det tværkommunale og tværsektorielle samarbejde mellem Ballerup, Gladsaxe, Herlev, Rødovre, Furesø og Egedal Kommune og Herlev hospital om rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. Notatet danner således baggrund for de politiske drøftelser og eventuelle beslutninger om implementering af samarbejdet i de involverede kommuner.

2. Indledning

I januar 2012 udkom ”Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft”. Med forløbsprogrammet har kommunerne fået til opgave at varetage borgerens almene rehabiliteringsbehov efter en kræftsygdom. Desuden har kommunerne ansvar for at varetage dele af den palliative indsats på et basalt niveau i samarbejde med hospitaler og almen praksis.

En fagligt velkvalificeret opgaveløsning forudsætter, at kommunerne tilegner sig nye kompetencer og viden, da kræftområdet for de fleste kommuner er en relativt ny opgave. Med det relativt begrænsede volumen af borgere i målgruppen i hver kommune og opgavens specialiserede natur, kan det være vanskeligt for den enkelte kommune at opøve og opretholde den rette faglighed.

Ballerup, Gladsaxe, Herlev, Rødovre, Furesø og Egedal Kommune har derfor igangsat et tværkommunalt samarbejde om rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. Ved at ”samle kræfterne” ønsker de seks kommuner i fællesskab at tilbyde deres borgere fagligt velkvalificerede rehabiliterende og palliative indsatser. På den baggrund blev der i juni 2013 nedsat en tværkommunal arbejdsgruppe med repræsentanter fra alle seks kommuner, som havde til opgave at påbegynde udviklingen af en model for det tværkommunale samarbejde.

I januar 2014 blev det tværkommunale samarbejde udvidet til et tværsektorielt samarbejde om rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft mellem de seks kommuner og Herlev Hospital. Dette skete i erkendelse af, at et forløb i sundhedsvæsenet ofte er sammensat af forskellige behandlingsydelser, der involverer forskellige fagpersoner og sektorer. Fx vil en borger i forbindelse med en kræftsygdom ofte modtage behandling hos egen læge, udredning og indlæggelse på hospital og efterfølgende pleje og rehabilitering i kommunalt regi. For at sikre sammenhængende patientforløb, hvor borgeren oplever kvalitet, tryghed og samarbejde mellem fagpersoner på tværs af sektorerne, er det derfor centralt at opbygge et stærkt tværsektorielt samarbejde.

Det tværsektorielle projekt modtog en bevilling fra Forebyggelsespuljen 2014, hvorefter der blev nedsat en tværsektoriel styregruppe med repræsentanter fra alle seks kommuner samt Herlev Hospital (jf. Bilag A). Desuden blev der ansat en projektleder, som i perioden april 2014 til marts 2016 er ansvarlig for den overordnede koordinering og styring af det tværkommunale og tværsektorielle samarbejde.

3. Målsætninger for samarbejdet

Det overordnede formål med det tværkommunale samarbejde om rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft er at sikre, at borgere med kræft i Ballerup, Gladsaxe, Herlev, Rødovre, Furesø og Egedal Kommune får tilbudt målrettede rehabiliterende og palliative indsatser af høj faglig kvalitet. Det er centralt, at de involverede kommuners ressourcer udnyttes mest effektivt, således at det er muligt at have flere forskellige og differentierede tilbud til gavn for forskellige typer borgere, herunder også borgere med komplekse behov, som efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt behov for genoptræning.

Endvidere er et vigtigt formål at sikre sammenhængende rehabiliteringsforløb på tværs af sektorer og ikke mindst sikre, at borgerne tilbydes en rehabiliterende og/eller palliativ indsats, der tager udgangspunkt i de behov, den enkelte borger har. Sammenhængende rehabiliteringsforløb gør borgerne mere selvhjulpne,

hvorfor sammenhængende rehabiliteringsforløb kan være med til at forebygge, udskyde og reducere borgernes behov for hjælp og støtte.

4. Rehabilitering af borgere med kræft

I Danmark såvel som internationalt er der i de senere år kommet øget fokus på rehabilitering af borgere med kræftsygdomme. Det skyldes, at antallet af personer, som får en kræftsygdom er stadig stigende samtidig med at behandlingsresultaterne nu er så gode, at mange kræftpatienter bliver helbredt eller lever med kræft i en årrække.

Vi ved i dag, at sygdomsforløbet og behandlingen kan have alvorlige konsekvenser for den enkelte kræftpatient. Mange kræftpatienter får specifikke problemer og symptomer, som har indflydelse på kræftpatienters helbred og mulighed for at genoptage arbejde og deltagelse i familieliv efter den primære behandling. Det kan dreje sig om psykiske problemer som angst og depression eller om kropslige problemer i form af smerter, føleforstyrrelser, hævelse og en række andre problemer relateret til den enkelte kræftsygdom. Konsekvenserne af en kræftsygdom er således mange, og det kan tage lang tid at genetablere et hverdagsliv, som almindeligvis ikke er muligt umiddelbart efter afsluttet sygehusbehandling. Der er derfor et stigende behov for at udvikle indsatser, der kan støtte mennesker med en kræftsygdom i at leve et så godt liv som muligt under og efter sygdommen.

Rehabilitering af borgere med en kræftsygdom handler om at give borgere med nedsat fysisk, psykisk og social funktionsevne, herunder nedsat arbejdsevne, mulighed for at opnå samme grad af funktionsevne som tidligere eller den bedst mulige funktionsevne samt mulighed for at leve et meningsfuldt og selvstændigt liv.¹

Rehabilitering har derfor til formål at bedre den samlede funktionsevne og at understøtte borgerens ressourcer, personlige autonomi og muligheder for fx at være forælder, ægtefælle, for at have en hel eller delvis tilknytning til arbejdsmarkedet, for at være aktiv deltager i en fritidsaktivitet eller for at være aktiv i andre sociale sammenhænge.

Behovet for rehabilitering i forbindelse med en kræftsygdom og -behandling er individuel og karakteriseret ved at variere i kompleksitet afhængig af diagnose, sygdomsudbredelse, bivirkninger, senfølger, livsstil, komorbiditet, fysisk-, psykisk- og social funktionsevne, arbejdsmarkedstilknytning, økonomiske situation samt individuelle ønsker og mål.

Nogle borgere vil allerede ved diagnosetidspunktet have et tab af funktionsevne, mens andre i forbindelse med behandlingen og eventuel progression af sygdommen er i risiko for at udvikle dette. Sigtet med rehabiliteringsindsatsen kan derfor være såvel forebyggende som genoptræning og behandlende. Afhængig af behovet kan rehabiliteringsindsatsen iværksættes i forbindelse med diagnosticering og/eller behandling med det formål at fremme borgerens mulighed for at bevare et selvstændigt og meningsfuldt hverdags- og arbejdsliv trods de forandringer, som kræftsygdom og behandling medfører. Dette gælder både hvis behandlingen har et kurativt sigte og i forbindelse med livsforlængende behandling (tidlig palliativ fase).

5. Forløbsprogram og implementeringsplan

Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft² blev offentliggjort af Sundhedsstyrelsen i januar 2012. Forløbsprogrammet er et led i Kræftplan III. Det overordnede formål med forløbsprogrammet er at sikre kvalitet og sammenhæng i den samlede rehabiliterende og palliative indsats i forbindelse med kræft for borgere og pårørende.

I Region Hovedstaden er implementeringen af forløbsprogrammet forankret i Sundhedsaftalerne under Sundhedskoordinationsudvalget, der har det overordnede ansvar for implementeringen på hospitalerne, i

¹ Vejledning om kommunal rehabilitering, Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2011.

² <http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2012/SYB/Kraeft/RehabPalliationForloebprog.pdf>

kommunerne og i almen praksis. En tværsektoriel arbejdsgruppe, nedsat af Sundhedskoordinationsudvalget, har udarbejdet en plan for implementeringen af forløbsprogrammet, som blev godkendt af Den Administrative Styregruppe i november 2014.

5.1 Definitioner af rehabilitering og palliation

I 'Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft' anvendes WHO's definitioner af rehabilitering og palliation. Det betyder, at der tages afsæt i et helhedsperspektiv på borgeren og pårørendes problemer og behov i forbindelse med en kræftsygdom.

Rehabilitering

WHO's definerer rehabilitering således:

"Rehabilitering af mennesker med nedsat funktionsevne er en række indsatser, som har til formål at sætte den enkelte i stand til at opnå og vedligeholde den bedst mulige fysiske, sansemæssige, intellektuelle, psykologiske og sociale funktionsevne. Rehabilitering giver mennesker med nedsat funktionsevne de redskaber, der er nødvendige for at opnå uafhængighed og selvbestemmelse"

Denne definition suppleres med Hvidbogens definition af rehabilitering. Denne definition understreger i tillæg til ovenstående definition, at formålet med rehabilitering er at bidrage til, at borgeren opnår et meningsfuldt liv, at indsatsen er målrettet og tidsafgrænset, samt at rehabilitering er baseret på en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats.

Palliation

Palliation defineres af WHO's således:

"Den palliative indsats har til formål at fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som står overfor 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."

Derudover beskriver WHO, at den palliative indsats:

- *"Anvender en tværfaglig, teambaseret tilnærmelse for at imødekomme behovene hos patienterne og deres familier, inklusiv støtte i sorgen om nødvendigt."*
- *"Palliation kan indsættes tidligt i sygdomsforløbet, i sammenhæng med andre behandlinger, som udføres med henblik på livsforlængelse, som for eksempel kemo- og stråleterapi, og inkluderer de undersøgelser, som er nødvendige for bedre at forstå og håndtere lidelsesfyldte kliniske komplikationer."*

Overlap mellem rehabilitering og palliation

I 'Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft' bliver der lagt vægt på, at rehabilitering og palliation ikke nødvendigvis skal ses som to adskilte indsatser. Derimod kan indsatserne i konkrete sygdomssituationer være overlappende og omfatte mange af de samme indsatser. I den tidlige fase er der særligt stort overlap mellem palliativ og rehabiliterende indsats, idet sigtet med begge typer af indsatser er at vedligeholde eller forbedre nedsat funktionsevne samt forebygge reduktion af denne med henblik på, at patienten beholder størst mulig uafhængighed og livskvalitet. Dette opnås blandt andet ved at lindre evt. symptomer/problemer.³

³ Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft, Sundhedsstyrelsen 2012.

5.2 Ansvars- og opgavefordeling

Det fremgår tydeligt af Sundhedsstyrelsens forløbsprogram og Region Hovedstadens implementeringsplan, at rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft er et delt ansvarsområde mellem hospitaler, kommuner og almen praksis.

Hospitalerne

Hospitalerne har det fulde ansvar for patientforløbet, herunder også for indsatsen ved rehabilitering og palliation, så længe patienten er indlagt. Derudover skal den behandlende afdeling tilbyde at afdække borgerens behov for rehabilitering og palliation. Dette skal se i forbindelse med den initiale behandling og evt. ved afslutning af behandlingen. Det er endvidere hospitalets opgave at henvise til rehabilitering og palliation, hvis der er behov for en indsats i kommunal regi, i almen praksis, på en anden hospitalsafdeling eller på hospice.

Kommunen

Kommunen har hovedopgaven og ansvaret for at tilbyde borgere ydelser og indsatser med et rehabiliterende sigte. Dette kan ske, mens borgerne modtager ambulant behandling for deres kræftsygdom eller, når de har afsluttet deres behandlingsforløb. Kommunernes opgaver og ansvar i forbindelse med kræftrehabilitering fordeler sig på en bred vifte af forvaltningsområder. Det er primært indenfor sundheds-, social-, beskæftigelses- og undervisningsområdet, at kommunerne har ansvar for at tilbyde borgeren rehabilitering. Hertil kommer, at kommunerne har ansvar for at varetage palliation på det basale niveau.

Det er kommunes opgave at udarbejde en *plan* for den rehabiliterende og evt. palliative indsats i samarbejde med borgeren. Dette sker på baggrund af en *behovsvurdering* med afsæt i det regionale samtaleredskab 'Støtte til livet med kræft'.

Kommunerne har ansvar for at *koordinere* den kommunale rehabiliterende og palliative indsats. Kommunen skal således sørge for at samordne indsatserne indenfor sundheds-, social-, beskæftigelses- og undervisningsområdet, som borgerne får i forbindelse med deres kræftrehabilitering og/eller palliative forløb. Endvidere har kommunerne ansvar for at informere hospital og den praktiserende læge om planen for indsatsen.

Almen praksis

Almen praksis' rolle og ansvar i forhold til den rehabiliterende indsats overfor borgere med kræft er, at varetage generelle opgaver der ligger indenfor det alment medicinske område. Almen praksis er endvidere gatekeeper i forhold til det øvrige sundhedsvæsen. Den praktiserende læge har også ansvar for at henvise borgeren til rehabilitering og palliation i kommunalt og regionalt regi, og den praktiserende læge skal derfor kende til kommunale og regionale indsatser.

5.3 Minimumsstandarder for indsatser i kommunerne

Som et led i Region Hovedstadens implementeringsplan er der udarbejdet minimumsstandarder for indsatserne i kommunerne såvel som indsatserne på hospitaler og i almen praksis. Minimumsstandarderne er præsenteret i Bilag B.

Langt de fleste indsatser, som kommunerne som minimum skal tilbyde, når forløbsprogrammet igangsættes, er indarbejdet i det tværkommunale samarbejde. Dette gælder:

- Vurdering af behov for rehabilitering og palliation
- Uddybende udredning ved relevant fagperson samt evt. udarbejdelse af plan
- Forløbskoordination til borgere med specielle eller komplekse behov for rehabilitering eller palliation.

- Tildeling af sundhedsfaglig kontaktperson
- Kræftspecifik patientuddannelse
- Fysisk træning
- Vejledning i forhold til daglig aktivitet (bl.a. ergoterapi)
- Kostvejledning/diætvejledning vedr. kræft
- Information om og psykosociale og eksistentielle/åndelige støttetilbud
- Palliativ omsorg, pleje og behandling
- Omsorg og medinddragelse af pårørende inklusive børn.

5.4 Økonomi

I udmøntningsplanen for Kræftplan III er der afsat 30 mio. kr. i 2012 og 40 mio. kr. årligt fra 2013 og frem til at understøtte implementeringen af 'Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft' i kommunerne og i regionerne. De afsatte midler fordeles med 80 % til kommunerne og 20 % til regionerne. I Region Hovedstaden er midlerne fordelt, som anført i Tabel 1:

Tabel 1: Fordeling af midler til implementering af Forløbsprogram

	Beløb på landsplan	Kommunerne i Region Hovedstaden (80 %)	Region Hovedstaden (20 %)
2012	30 mio. kr.	7,536 mio. kr.	1,884 mio. kr.
2013 og frem	40 mio. kr.	10,048 mio. kr.	2,512 mio. kr.

6. Sundhedsaftalen

Det tværkommunale og tværsektorielle samarbejde om rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft er i høj grad i overensstemmelse med visionerne i 'Sundhedsaftale 2015–2018.

For det første har projekter fokus på, at borgerne skal være en aktiv samarbejdspartner i eget rehabiliteringsforløb. Dette er især tydeligt i den del af samarbejdet, som omhandler behovsvurdering med udgangspunkt i borgerens oplevelse af sin situation samt udarbejdelse af en individuel handleplan (jf. afsnit 7.3). Disse initiativer skal sikre, at indsatsen i højere grad bliver målrettet borgerens samlede situation og ressourcer.

For det andet er det ønske med projektet, at de eksisterende tværsektorielle samarbejdsformer styrkes, samtidig med at der arbejdes med at afprøve nye tværkommunale organisationsformer. I projektperioden bliver der arbejdet målrettet på at etablerer overordnede rammer for og aftaler om samarbejdet på tværs af hospitaler og kommuner men også aftaler om den interne kommunikation mellem hospitalsafdelinger og mellem forvaltninger i kommunerne. Desuden er det et centralt element i det tværkommunale samarbejde, at der udvikles og implementeres en ny organisatorisk model for fælles drift, mål og samfinansiering på tværs af kommunerne.

Yderligere er det tværkommunale og tværsektorielle samarbejde i overensstemmelse med visionen om at skabe mere lighed i sundhed. Det tværkommunale samarbejde vil gøre det muligt at have flere forskellige og differentierede indsatser samt en højere frekvens i udbud af indsatserne, hvilket vil sikre, at den enkelte borger i langt højere grad end tidligere kan tilbydes den rehabiliterende og evt. palliative indsats, der giver bedst mulighed for, at borgeren bliver i stand til at mestre sin sygdom og livssituation. Desuden understøtter

det tværkommunale samarbejde, at der bruges flere ressourcer på de borgere, der har mest brug for det og færre på dem, der i højere grad selv kan navigere systemet. Det skal bl.a. sikres gennem udarbejdelsen af en fælles vejledning om, hvordan særligt sårbare patienter sikres en udvidet form for forløbskoordination.

7. Lovgivning

Kommunerne er som nævnt hovedaktør på rehabiliteringsområdet, idet ansvaret for ydelser og tilbud med et rehabiliterende sigte hovedsageligt er forankret i kommunerne. Indsatser til rehabilitering af borgere med kræft er reguleret i forskellige lovgivninger. Det er primært sundheds-, social-, beskæftigelses- og undervisningslovgivningen, som anvendes i forbindelse med kræftrehabilitering. I *'Vejledning om kommunale rehabilitering'*⁴ er det fremhævet hvilke paragraffer fra Sundhedsloven og Lov om Social Service, den rehabiliterende indsats tager udgangspunkt i, samt hvilke områder fra indenfor beskæftigelses- og undervisningsområdet, der kan anvendes.

Det skal bemærkes, at det tværkommunale samarbejde om rehabilitering og palliation ikke omfatter samtlige relevante paragraffer fra de ovenstående lovgivninger. Som udgangspunkt omfatter det tværkommunale samarbejde:

- Sundhedsloven § 119 og 140.
- Lov om Social Service § 86.1 og 86.2.

8. Det tværkommunale samarbejde

8.1 Begrebsafklaring

Genoptræning

Genoptræning efter sundhedsloven og serviceloven defineres som en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces mellem en borger, eventuelt pårørende og personale. Formålet med genoptræningen er, at borgeren opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne.⁵

Genoptræning omfatter træning af kroppens funktioner og træning af aktiviteter, dvs. træning af funktionsnedsættelser i relation til fx bevægeapparat, mentale funktioner, sanser m.fl. samt træning af aktivitetsbegrænsninger i relations til fx bevægelse og færden, omsorg for sig selv, kommunikation m.v.

I sundhedsloven omfatter genoptræning indsatser, som primært varetages af autoriserede sundhedspersoner.

I det tværkommunale samarbejde anvendes genoptræning jf. definitionen i Vejledning om træning i kommuner og regioner. Ligesom formålet med genoptræning følger indholdet i samme vejledning.

Det skal bemærkes, at genoptræning er en del af den samlede rehabilitering på linje med andre ydelser og indsatser, der sigter på at forbedre eller vedligeholde funktionsevnen. Det tværkommunale samarbejde omfatter således også indsatser på genoptræningsområdet. Samarbejdet på dette område skal sikre, at der kan gives relevante tilbud til alle typer borgere, herunder også borgere med komplekse behov, som efter udskrivning fra hospital har et lægefagligt vurderet behov for genoptræning.

⁴ Vejledning om kommunal rehabilitering, Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2011.
http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2011/Kommunal%20rehab/rehab.ashx

⁵ Vejledning om træning i kommuner og regioner, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Indenrigs- og Socialministeriet, december 2009.

Rehabilitering og palliation

Det tværkommunale samarbejde om rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft tager afsæt i WHO's definition af rehabilitering og palliation (jf. afsnit 5.1), hvilket er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens forløbsprogram og Region Hovedstadens Implementeringsplan.

I det tværkommunale samarbejde accepteres det således, at rehabilitering og palliation ikke nødvendigvis er to adskilte indsatser, men at de i den konkrete sygdomssituation kan være overlappende og omfatte mange af de samme indsatser. Det vil sige, at de tværkommunale indsatser kan både have et rehabiliterende eller palliativt sigte alt efter borgerens situation. Den enkelte borgeres prognose vil have stor betydning for den konkrete indsats sigte. F.eks. kan fysisk træning have til formål, at borgeren genvinder sine kræfter for at mestre sit hverdagsliv, men kan også have det formål at lindre symptomer/problemer og øge borgerens livskvalitet i den sene og terminale palliative fase.

Det skal bemærkes, at det tværkommunale samarbejde på nuværende tidspunkt ikke omfatter den palliative pleje af og omsorg for borgere, som varetages af hjemmesygeplejersken/den palliative hjemmesygeplejerske i samarbejde med de praktiserende læger.

8.2 Om de seks kommuner

De seks kommuner – Ballerup, Gladsaxe, Herlev, Rødovre, Furesø og Egedal - har et samlet befolkningsgrundlag på cirka 256.000 borgere. I de seks kommuner vil der efter en beregning for 2012 være ca. 1.700 borgere, der vil få konstateret en kræftsygdom, heraf vil ca. 614 borgere være i den erhvervsaktive alder. I forhold til borgere der lever med kræft, vil der være cirka 11.000 borgere, heraf vil 4.088 være i den erhvervsaktive alder.

Som nævnt forpligter 'Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft' kommunerne til at have rehabiliterende og palliative indsatser til borgere med kræft. Implementeringen af forløbsprogrammet i regioner og kommunerne skulle være påbegyndt i starten af 2012, hvorfor kommunerne på nuværende tidspunkt gerne skulle have tilbud til borgere med kræft.

Tabel 2 viser indholdet af de seks involverede kommuners rehabiliteringstilbud. Det skal bemærkes, at alle kommunerne tilbyder borgere med kræft mulighed for fysisk træning. I de fleste kommuner foregår træningen på hold for blandende kræftdiagnoser. Derudover har flere af kommunerne et særligt træningstilbud målrettet brystopererede kvinder.

Tabel 2: Indhold i kommunernes kræftrehabiliteringstilbud

	Ballerup	Gladsaxe	Herlev	Rødovre	Furesø	Egedal
Fysisk træning	X	X	X	X	X	X
Ergoterapeutisk vejledning		X		X	X	X
Kostvejledning ved diætist	X	X		X		
Patientundervisning	X					
Samvær med ligestillede	X	X				
Patientrettet forebyggelse	X	X	X	X	X	X
Kræftkoordinator	X	X		X	X	X

8.3 Generelle principper for det tværkommunale samarbejde

Følgende overordnede principper ligger til grund for det tværkommunale samarbejde:

- Øget faglig kvalitet
- Fælles kvalitetsstandarder og ensartede tilbud
- Inddragelse af eksterne samarbejdspartnere
- Mellemkommunal udgiftsneutralitet
- Borgerens mobilitet på tværs af kommunegrænser
- Højere grad af organisatorisk robusthed

En detaljeret beskrivelse af de overordnede principper for samarbejdet findes i Bilag C. Principperne blev godkendt i alle seks kommuner i september/oktober 2013.

8.4 Målgruppe for det tværkommunale samarbejde

Målgruppen for det tværkommunale samarbejde om rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft er borgere i Ballerup, Gladsaxe, Herlev, Rødovre, Furesø og Egedal Kommune, som:

- Er under behandling for en kræftsygdom eller som har afsluttet behandlingen inden for de seneste 2 år.
- Er i risiko for eller har fået betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne som følge af en kræftsygdom eller behandlingen heraf.
- Har senfølger konstateret og diagnosticeret op til 5 år efter endt behandling.

8.5 Karakteristik af målgruppen

Hvert år bliver omkring 1.700 borgere i Ballerup, Gladsaxe, Herlev, Rødovre, Furesø og Egedal Kommune diagnosticeret med kræft, og omkring 750 dør som følge af deres kræftsygdom. Derudover lever omkring 11.000 borgere i disse seks kommuner med kræft (Tabel 3).

Det er dog langt fra alle borgere med kræft, der har behov for kræftrehabilitering, og borgernes behov varierer typisk meget. Engelske estimater anslår, at indsatsen vedrørende rehabilitering af borgere med kræft kan differentieres som nedenfor. Disse estimater er omregnet til forholdene i de seks kommuner.

- 70 % af borgere med kræft vil have problemer, som borgerne og deres pårørende selv kan håndtere med støtte fra fagprofessionelle. Dette svarer til omkring 7.700 borgere ud af i alt 11.000 borgere, der lever med kræft i de seks samarbejdskommuner.
- 25 % af borgere med kræft vil have problemer, der kræver en fagprofessionelt ledet indsats. Det svarer til 2.750 borgere i de seks kommuner.
- 5 % af borgere med kræft vil have komplekse problemer og dermed behov for en særlig tværfaglig indsats. Det svarer til 550 borgere i de involverede kommuner.

Problemet med ovenstående estimater er dog, at det ikke fortæller noget om, hvordan borgerne fordeles i forhold til rehabilitering i henholdsvis kommune og hospitalsregi. Det er derfor vigtigt at fremhæve, at der er stor usikkerhed forbundet med at overføre estimaterne til danske sammenhæng.

Kræftens Bekæmpelse skønner med udgangspunkt i de engelske estimer og danske brugerundersøgelser, at ca. 40 % af alle nydiagnosticerede borgere med kræft vil have behov for rehabilitering i kommunalt regi.⁶ Det svarer til omkring 650 borgere om året i de seks kommuner. Det samlede rehabiliteringsbehov hos borgere med kræft er dog potentielt større end angivet her, da borgere, som ikke er nydiagnosticerede (dvs. borgere, der har fået en kræftdiagnose for mere end et år siden), også kan have behov for en rehabiliterende indsats.

Med hensyn til palliation, skønner Sundhedsstyrelsen, at hovedparten af de alle døende borgere med kræft vil have behov for en palliativ indsats på enten basalt eller specialiseret niveau. Dette svarer til ca. 739 borgere om året i de seks kommuner. Ifølge Sundhedsstyrelsen henvises omkring en tredjedel heraf til det specialiserede niveau, som foregår på de specialiserede palliative enheder på hospitaler samt på hospice. Herudover vil en del af borgerne have behov for en palliativ indsats tidligere i deres sygdomsforløb.

Tabel 3: Kræft i kommunerne, 2012

Kommune	Forventede tilfælde	Forventet døde af kræft	Forventede prevalente	forventet behov rehabilitering
Ballerup	322	143	2.132	128
Gladsaxe	394	182	2.668	157
Herlev	179	82	1.197	71
Rødovre	244	114	1.643	97
Furesø	264	118	1.741	105
Egedal	249	100	1.619	99
Total	1.652	739	11.000	657

Kræftens Bekæmpelse 2014. Kommunale kræfttal 2012

8.6 Tværkommunale indsatser

De følgende sundhedsfaglige indsatsområder indgår i det tværkommunale samarbejde om rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft:

- Behovsvurdering og udarbejdelse af handleplan
- Fysisk træning
- Ergoterapeutisk vejledning
- Kostvejledning/diætvejledning
- Patientundervisning
- Øvrige indsatser (f.eks. mindfulness, afspænding og hukommelsestræning)

Disse indsatsområder er valgt, dels fordi de bliver fremhævet som centrale sundhedsfaglige indsatser i "Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft" og dels fordi, at der er evidens for virkningen af disse typer indsatser. En mere detaljeret beskrivelse af indsatsområderne er i Bilag D.

Der er udarbejdet en række målgruppespecifikke indsatser, som tager udgangspunkt i et eller flere af de sundhedsfaglige indsatsområder. De målgruppespecifikke indsatser er udvalgt på baggrund af en detaljeret analyse af den samlede målgruppe i de seks kommuner med udgangspunkt i Kræftens Bekæmpelses estimer (jf. afsnit 8.5), herunder antal borgere med kræft, fordelingen på diagnoser samt rehabiliteringsbehov hos målgruppen. Indsatserne er præsenteret i Tabel 4. En mere detaljeret beskrivelse af de enkelte indsatser er i Bilag E.

⁶ Kræftens Bekæmpelse 2014. Kræft i tal i din kommune.

<http://www.cancer.dk/dyn/resources/File/file/2/3592/1399893200/kommunetal.pdf>

I forbindelse med udviklingen af de konkrete indsatser har det været en stor udfordring, at der kun findes en sparsom viden om rehabilitering og palliation i forbindelse med kræftsygdomme. Forskning og udviklingen er igangsat i dansk sammenhæng og internationalt, men den manglende viden betyder, at de tværkommunale indsatser på en del områder ikke er baseret på faglige retningslinjer, idet de ikke er tilstrækkeligt udbyggede eller er under udarbejdelse. I stedet er nogle af indsatserne udviklet på baggrund af lokale erfaringer fra de seks kommuner. Det er derfor vigtigt, at indsatserne udvikles løbende i takt med, at der på daglig basis indhøstes nye lokale erfaringer og i takt med, at det generelle evidensgrundlag for effekten af rehabilitering af borgere med kræft øges nationalt og internationalt.

Tabel 4: Indsatser i det tværkommunale samarbejde

Indsats	Forventede antal borgere med rehabiliteringsbehov
Fysisk aktivitet til blandede diagnoser (hold)	677
Fysisk aktivitet til mænd (hold)	344
Bækkenbundstræning til mænd med prostatakræft (hold)	72
Fysisk aktivitet til brystopererede (hold)	100
Fysisk aktivitet til unge (hold)	34
Tværfaglig indsats overfor borgere med lungekræft.	86
Tværfaglig indsats overfor borgere med hjernekræft.	17
Tværfaglig indsats overfor borgere med hoved-halskræft	49
Patientundervisning (Livskraft - hverdagen med kræft)	677
Hukommelsestræning	677
Mindfulness	677
Afspænding	677

(a) Baseret på estimer fra Kræften Bekæmpelse

8.7 Geografisk placering af de tværkommunale indsatser

Den overordnede model for den geografiske placering af indsatserne i det tværkommunale samarbejde om rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft er vist nedenfor (Figur 1). Udgangspunktet for modellen er, at:

- Alle seks kommuner skal tilbyde 'fysisk træning til blandede diagnoser' til kommunens egne borgere.
- Alle seks kommuner skal varetage en eller flere af de målgruppespecifikke indsatser, som tilgodeser særlig behov hos en mere præcist defineret gruppe.
- Alle seks kommuner skal bidrage og på skift være ansvarlige for afholdelsen af patientundervisning.

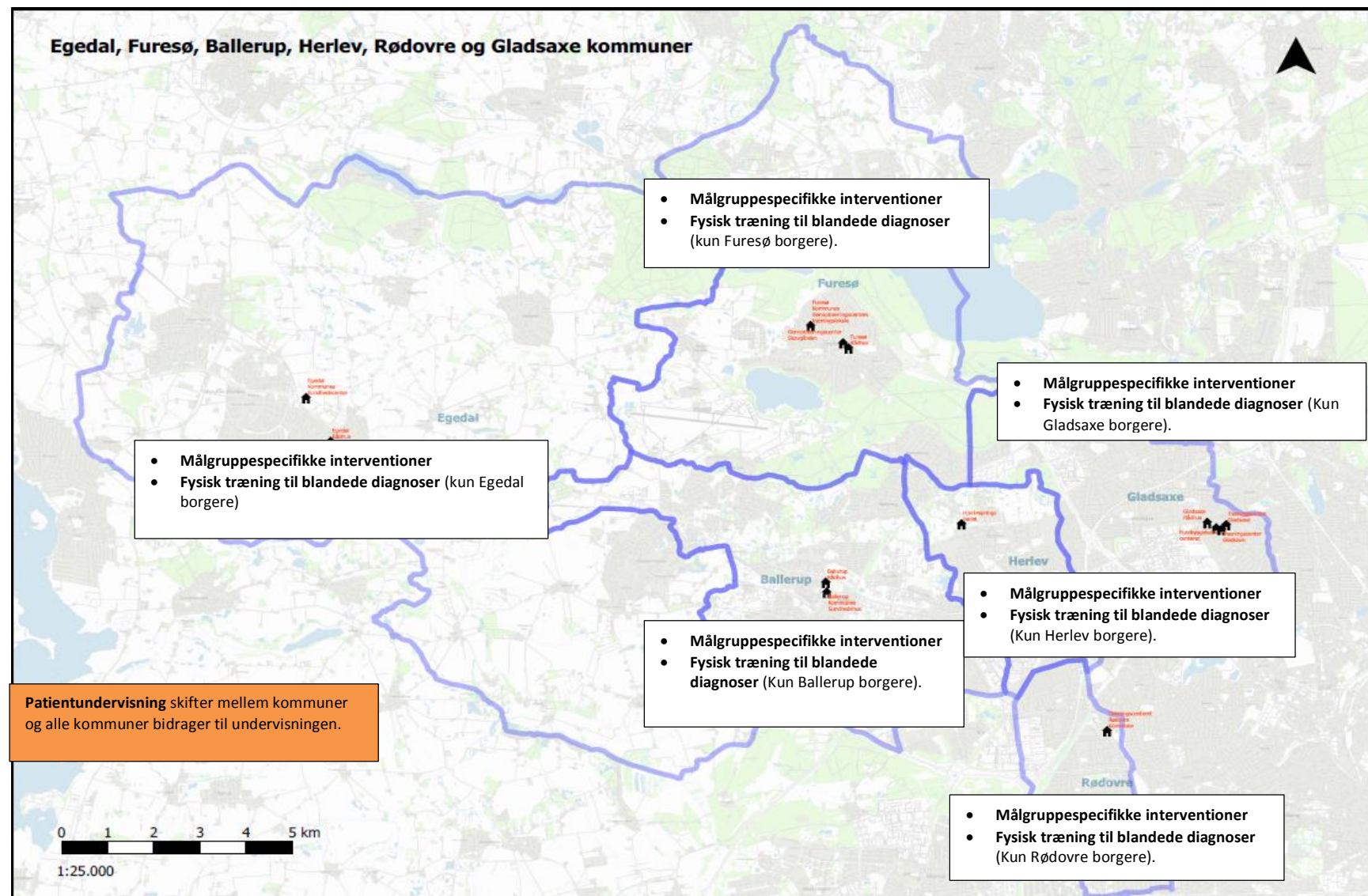
I forbindelse med udviklingen af modellen blev der udarbejdet en SWOT analyse, som er vist i Bilag F. Analysen viser, at modellens styrker er i overensstemmelse med de generelle principper for det tværkommunale samarbejde (jf. afsnit 8.3).

Bemærk at styregruppen for det tværsektorielle samarbejde har drøftet andre mulige modeller for den geografiske placering af de tværkommunale indsatser. Disse modeller er i Bilag G.

På nuværende tidspunkt er det ikke blevet besluttet, hvorledes de tværkommunale indsatser skal fordeles mellem de seks kommuner med udgangspunkt i den overordnede model. I forbindelse med placeringen af de enkelte indsatser skal der ligges vægt på:

- At sikre lighed i sundhed
- At skabe sammenhængende forløb for borgere med kræft.
- At skabe de bedst mulige forudsætninger for tværkommunal sparring og supervision.
- At minimere afstanden til indsatserne for flest mulige borgere.
- At udnytte de eksisterende faglige ressourcer og kompetencer bedst muligt.
- At opnå mellemkommunal udgiftsneutralitet.

Figur 1: Model for den geografiske placering af indsatser i det tværkommunale samarbejde



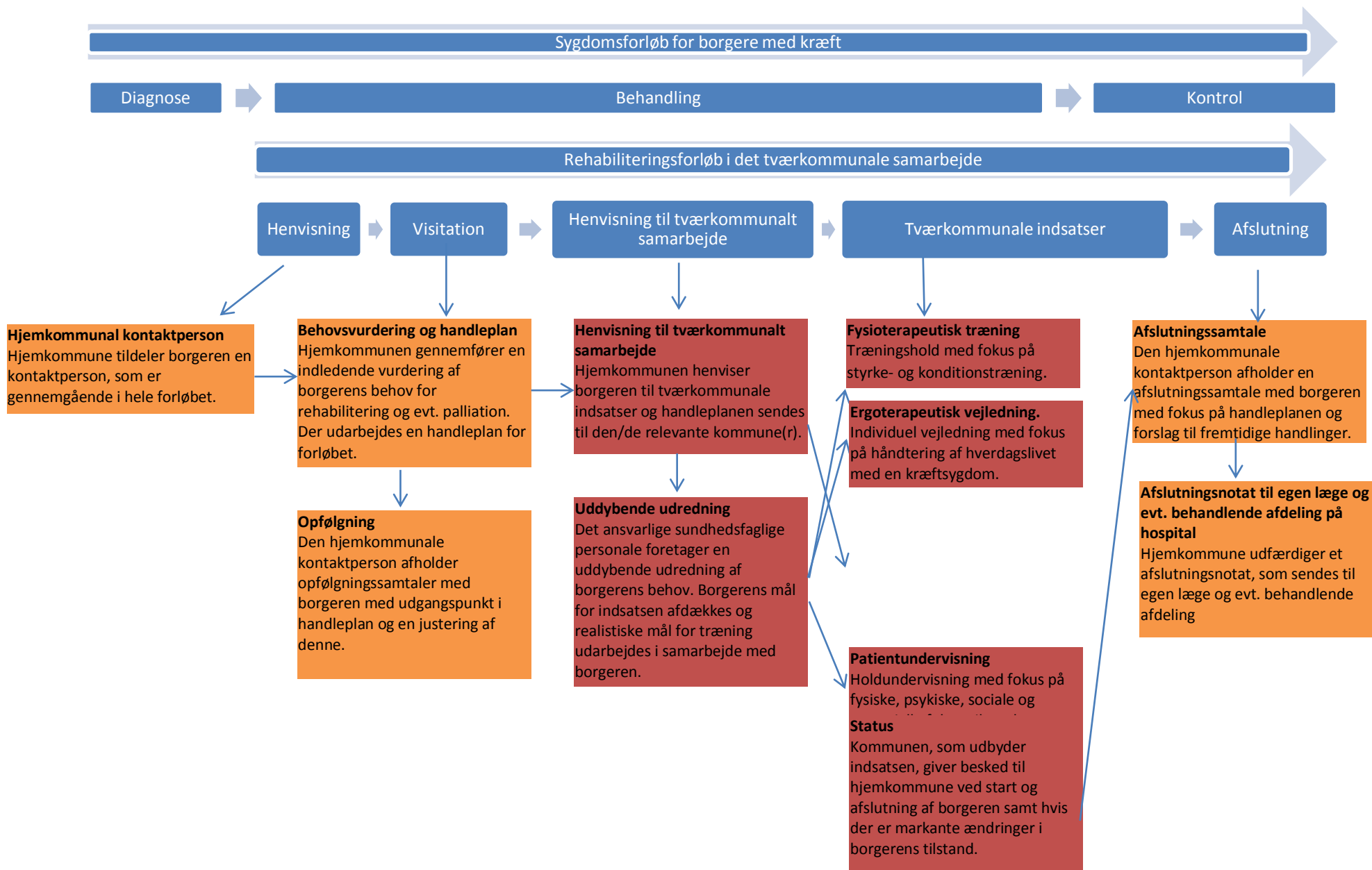
8.8 Oversigt over det tværkommunale forløb for borgere med kræft

Figur 2 viser en oversigt over det tværkommunale rehabiliterende og evt. palliative forløb for borgere med kræft. Rehabilitering og palliation skal ideelt set iværksættes tidligt i sygdomsforløbet – evt. allerede ved diagnosetidspunktet – og forsætter sideløbende med behandlingen og/eller opfølgningen efter endt behandling. Længden og indholdet af det rehabiliterende og evt. palliative forløb vil variere fra den ene til den anden borger. Den enkelte borger tilbydes rehabiliterende og evt. palliative ydelser, indtil den tidligere funktionsevne eller bedst mulige funktionsevne er opnået.

8.9 Forløbsbeskrivelse for tværkommunalt rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft

Tabel 5 viser det generelle tværkommunale forløb for borgere, som har behov for rehabilitering og palliation i forbindelse med en kræftsygdom. En detaljeret beskrivelse af de enkelte elementer er nedenfor.

Figur 2: Oversigt over det tværkommunale rehabiliteringsforløb til borgere med kræft



Tabel 5: Forløbsbeskrivelse for tværkommunalt rehabilitering i forbindelse med kræft

Henvisning og første kontakt	Visitation	Henvisning til tværkommunale indsatser	Individuelt tilrettelagt rehabiliteringsforløb	Opfølgning
Henvisning fra behandlende afdeling på hospital (GOP/REF01), almen praktiserende læge (REF01), kommunale aktører eller personlig kontakt fra borgeren eller pårørende. Første kontakt med borgeren sker indenfor 5 hverdage, hvor der aftales tidspunkt for den indledende behovsvurdering	Indledende vurdering af borgerens behov for rehabilitering og evt. palliation gennemføres af kontaktpersonen fra hjemkommune. Der tages afsæt i redskabet "støtte til livet med kræft". Handleplan udarbejdes af den hjemkommunale kontaktperson i samarbejde med borgeren. Planen skal indeholde konkrete mål samt en plan for indsatsen. Dato for første opfølgning planlægges også med borgeren.	Henvisning til tværkommunale indsatser foretages af den hjemkommunale kontaktperson. Kontaktpersonen anvender de aftalte kommunikationsredskaber. Udførende kommune kontakter borgeren indenfor 5 hverdage efter modtagelse af henvisning fra hjemkommune. Der aftales et tidspunkt for opstart af indsatsen eller tidspunkt for en uddybende udredning. Uddybende udredning i henhold til borgerens konkrete problemstillinger foretages af en sundhedsprofessionel med afsæt i oplysningerne fra hjemkommunen. Borgerens mål for indsatsen afdækkes og der sættes realistiske mål. Udførende Kommune kontakter hjemkommunen ved opstart og afslutning på tværkommunal indsats samt hvis der er markante ændringer i borgerens tilstand.	Fysioterapeutisk træning - Teoretisk og praktisk introduktion til fysisk træning. - Træning 1-2 gange ugentligt på relevant hold. Ergoterapeutisk vejledning - Individuel vejledning en eller flere gange om ugen. Kostvejledning/diættevejledning - Individuel vejledning en eller flere gange om ugen. - Holdundervisning og/eller foredrag om specifikke problemstillinger relateret til kost og diæt. Patientundervisning - Holdundervisning 1 gang om ugen i 6 uger med opfølgning efter 2 måneder. Foredrag Motionsrådgivning Mindfulness Afspænding Hukommelsestræning Light-træningshold	Status på tværkommunal indsats sendes af udførende kommune til borgerens hjemkommune ved afslutning af indsats. Opfølgningssamtaler med kontaktpersonen i hjemkommunen sker efter en individuel vurdering og tager udgangspunkt i handleplan og en justering af denne. Afsluttende samtale/evaluering foretages af den hjemkommunale kontaktperson og skal give en samlet vurdering af forløbet med udgangspunkt i handleplanen. Forslag til fremtidige handlinger skal drøftes med borgeren. Der udfærdiges en afslutningsnotat, som sendes til egen læge og evt. behandlende afdeling på hospital.

Henvisning til hjemkommune

Henvisningen til rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft modtages af borgerens hjemkommune og kan komme fra den behandlende afdeling på hospital (genoptræningsplan eller REF01), almen praktiserende læge (REF01), kommunale aktører eller personlig kontakt fra borgeren eller pårørende.

Borgeren kontaktes inden for 5 hverdage efter modtagelse af henvisningen, hvor der aftales tid til en indledende vurdering af borgerens behov for en rehabiliterende og evt. palliativ indsats. Hjemkommunen sender forberedelsesskemaet 'Støtte til livet med kræft' til borgeren forud for den indledende behovsvurdering. Borgeren kan vælge at anvende skemaet som forberedelse til samtale med den hjemkommunale kontaktperson.

Det tilstræbes at den indledende samtale finder sted indenfor 10 hverdage efter modtagelsen af henvisningen i hjemkommunen.

Kontaktperson i hjemkommune

For at sikre det bedst mulige sammenhængende forløb i forhold til rehabilitering og evt. palliation tilknyttes borgeren en fast sundhedsprofessionel kontaktperson i hjemkommunen. Kontaktpersonen er ansvarlig for at skabe og styrke koordinationen mellem de kommunale forvaltninger samt mellem kommune, hospital og almen praksis.

Kontaktpersonen varetager den formelle kontakt til borgeren i relation til rehabilitering og palliation – telefonisk og/eller per mail. Kontaktpersonen står for den indledende vurdering, der skal identificere borgerens eventuelle problemer og udfordringer, som kan medføre behov for en rehabiliterende og palliativ indsats. Desuden varetager kontaktpersonen opfølgningssamtaler og den afsluttende samtale/evaluering.

Behovsvurdering i hjemkommune

Behovsvurderingen er den indledende vurdering, der skal afklare den enkelte borgeres behov for rehabilitering og/eller palliation. Der tages afsæt i forberedelsesredskabet "Støtte til livet med kræft", som sendes til borgeren forud for samtalen. Omdrejningspunktet for samtalen er borgerens oplevelse af sin situation og mulige behov for støtte under og efter behandlingsforløbet.

Handleplan

Den hjemkommunale kontaktperson beslutter sammen med borgeren, hvilken indsats der skal iværksættes. Herefter udarbejdes en plan for indsatsen, som tager afsæt i borgerens ressourcer og livssituation. Det skal fremgå af handleplanen:

- Hvad borgerens vanskeligheder og behov består i
- Formålet med indsatsen, og hvad den overordnet skal bestå i
- Hvor indsatsen skal foregå.
- Hvem der er ansvarlige for enkelte dele af indsatsen
- Om der er andre forvaltninger/centre involveret i borgerens samlede rehabilitering og evt. tilbagevendende til arbejdsmarkedet.
- Hvornår indsatsen skal evalueres og af hvem.

Henvisning til tværkommunalt samarbejde

Hvis der vurderes et behov for en tværkommunal rehabiliterende eller palliativ indsats, henviser den hjemkommunale kontaktperson til den relevante indsats. Dette skal ske indenfor 10 hverdage efter henvisningen er modtaget af hjemkommunen.

Kontaktpersonen benytter de aftalte kommunikationskanaler til den tværkommunale henvisning. Det anbefales også, at hjemkommunen tager kontakt til den rehabiliterende kommune via mail eller telefon for at afkorte den samlede arbejdsgang.

Efter modtagelse af henvisningen fra hjemkommunen (via mail, telefon eller brev) tager den udførende kommune kontakt til borgeren indenfor 5 hverdage angående opstart af indsatsen. Det er hensigten, at borgeren skal tilbydes en hurtig opstart, som ligger indenfor 10 hverdage efter modtagelse af den tværkommunale henvisning.

Uddybende udredning ved udførende kommune

Hvis en borger er henvist til fysisk træning, ergoterapeutisk vejledning og/eller kostvejledning, skal borgeren tilbydes en uddybende udredning indenfor 5 hverdage efter henvisningen er modtaget af den udførende kommune. Den uddybende udredning gennemføres af en fysioterapeut, ergoterapeut og/eller en diætist. Den uddybende udredning foretages i henhold til de specificerede problemstillinger, som fremgår af den tværkommunale henvisning fra hjemkommunen. Der kan evt. gøres brug af andre redskaber, der er relevante for de konkrete problemstillinger (f.eks. ernæringscreening, fysiske funktionstests, etc.). Den sundhedsfaglige udarbejder sammen med borgeren relevante og realistiske mål for indsatsen, og der aftales et tidspunkt for opstart af indsatsen.

Statusnotat til hjemkommune

Den udførende kommune sender et statusnotat til hjemkommunen via de aftale kommunikationskanaler ved opstart af borgeren samt ved afslutning af det rehabiliterende og evt. palliative forløb. Den udførende kommune skal endvidere kontakte borgerens hjemkommune, hvis det skønnes:

- At der er væsentlige ændringer i borgerens sundhedstilstand.
- At borgeren har behov for andre rehabiliterende og palliative indsatser.
- At borgeren har behov for ekstra støtte og tættere kontakt og vejledning gennem forløbet.

Opfølgning

Borgeren tilbydes opfølgningssamtaler med kontaktpersonen i hjemkommunen efter en individuel vurdering. Omdrejningspunktet for samtalerne er handleplanen, herunder:

- opnåelse af mål og delmål
- behov for yderligere rehabiliterende og palliative indsatser
- Evaluering af forløbet.
- Kontakt med andre forvaltninger/centre i hjemkommunen
- Drøftelse af hvordan borgeren vil fortsætte sin egen rehabilitering i forbindelse med afslutning af det kommunale forløb.

Den hjemkommunale kontaktperson skal være opmærksom på, at særligt udsatte eller sårbare borgere samt borgere med komplicerede forløb kan have behov for ekstra støtte og tættere kontakt og vejledning gennem forløbet. Kontaktpersonen bør vurdere, hvem der kan have behov for en sådan særlig støtte og sikre denne.

Afsluttende samtale og evaluering

Den afsluttende samtale foregår med kontaktpersonen og har fokus på:

- Den/de emner der blev drøftet under opfølgningssamtalen
- At udarbejde en fremadrettet handleplan efter afslutning med forslag til fremtidige handlinger
- Borgerens oplevelse af forløbet

- Evt. kontakt til andre forvaltninger
- Evt. tilbagevendende til arbejdsmarkedet

Der udfærdiges et slutnotat, som sendes til den almene praktiserende læge og den behandlende afdeling, hvis det vurderes relevant. Slutnotatet orienterer om forløbet og hvad effekten har været.

8.10 Overordnet indsatsbeskrivelse

Den overordnede indsatsbeskrivelse for det tværkommunale samarbejde omkring rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft er vist i Bilag H. Indsatsbeskrivelsen skal skabe grundlaget for det forpligtende kommunale samarbejde, der bl.a. bygger på fælles faglige standarder, som borgerne i Ballerup, Gladsaxe, Herlev, Rødovre, Furesø og Egedal Kommune skal tilbydes i relation til det tværkommunale samarbejde. Indsatsbeskrivelsen skaber dermed klare rammer for leveringen af ydelser til den enkelte borger.

8.11 Faglige standarder, forløbsbeskrivelser, vejledninger, procedurer og arbejdsredskaber

For at sikre evidens- og erfaringsbaseret kvalitet i det tværkommunale samarbejde er der blevet udarbejdet faglige standarder og forløbsbeskrivelser for de tværkommunale indsatser. De faglige standarder og forløbsbeskrivelser er retningsgivende for det daglige arbejde og fungerer som dokumentation og standarder for samarbejdet. Udviklingen af de faglige standarder har taget udgangspunkt i den Danske Kvalitetsmodel i det omfang, det har været muligt. De faglige standarder og forløbsbeskrivelserne skal løbende justeres i takt med ny viden og erfaring indsamles på området. De faglige standarder og forløbsbeskrivelserne er samlet i et indsatskatalog, som er i Bilag I (er ikke færdigt endnu).

Udover de faglige standarder og forløbsbeskrivelser er der også udarbejdet en række underlæggende vejledninger, procedurer og værktøjer, som skal understøtte det tværkommunale samarbejde. Der er f.eks. udarbejdet vejledninger til håndtering af utilsigtede hændelser, klager samt aktindsigt.

8.12 Personalets kompetencer

Der er udarbejdet kompetenceprofiler for personalet, som skal varetage indsatserne i det tværkommunale samarbejde. Profilerne skal sikre, at personalet har de nødvendige kompetencer for at kunne tilbyde rehabilitering og evt. palliation på et højt kvalificeret grundlag. Profilerne beskriver dels specifikke faglige kompetencer for de enkelte faggrupper, dels generelle faglige og personlige kompetencer, som er gældende for alle faggrupper. Kompetenceprofilerne, som er gældende i det tværkommunale samarbejde, er i Bilag J (Er ikke færdig endnu).

Den enkelte kommune skal bruge kompetenceprofilerne i planlægningen af kompetenceudvikling af medarbejderne og i rekrutteringsøjemed.

Det skal bemærkes, at den enkelte kommune skal sikre, at personalet, som varetager de tværkommunale indsatser, besidder de nødvendige kompetencer. Der kan være behov for kompetenceudvikling af nogle medarbejdere i forbindelse med igangsætningen af det tværkommunale samarbejde.

8.13 Plan for implementeringen af det tværkommunale samarbejde

Det tværkommunale samarbejde igangsættes d. 1. april 2015 eller når alle kommuner har afsluttet de interne sagsbehandlinger. Perioden frem til udgangen af 2015 vil være en pilotperiode, der skal evalueres primo 2016 med henblik på at lave justeringer.

Kommunerne er enige om følgende retningslinjer for implementeringen af samarbejdet:

- Den enkelte kommune er ansvarlig for igangsætning og implementering af de indsatser, som kommunen skal varetage i forbindelse med det tværkommunale samarbejde.
- Hver kommune udpeger en person/team, som er ansvarlig for implementering af det tværkommunale samarbejde i kommunen. Projektlederen sætte denne person ind i de for ham eller hende relevante dele af projektet, så overdragelsen til implementeringen/driften sker på de bedste betingelser.
- Kommunerne er forpligtede til at anvende de tværkommunale indsatser. Det vil sige, at en borger ikke kan blive tilbudt et alternativt eller parallelt tilbud i hjemkommunen. Fx en borger, der har behov for bækkenbundstræning, kan kun modtage en sådan ydelse i det tværkommunale samarbejde. Derimod kan en borger altid tilbydes fysisk træning på hold for blandede diagnoser.
- De faglige standarder, forløbsbeskrivelser, procedurer og vejledninger skal gøres tilgængelig for alle medarbejdere i kommunerne.
- Kommunerne skal tilrettelægge arbejdsgange, så opgaver og ansvarsområder efterleves som beskrevet i de faglige standarder, forløbsbeskrivelser, procedurer og vejledninger.
- Der afholdes et tværkommunalt temamøde for alle relevante medarbejdere, hvor det tværkommunale samarbejde beskrives og drøftes.
- De enkelte tværkommunale indsatser startes op i takt med et stigende borgergrundlag.

8.14 Pilotundersøgelse

I perioden september 2014 til februar 2015 bliver der gennemført en pilot at det tværkommunale samarbejde om rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. Formålet med piloten var, at:

- Afprøve koordineringen af de tværkommunale indsatser mellem kommunerne, herunder de aftalte arbejdsgange, sagsbehandlingsfrister samt kommunikationskanaler.
- Indsamle erfaringer om borgernes mobilitet på tværs af kommunegrænserne.
- Indsamle erfaringer om udfordringerne i det tværsektorielle felt.

Der blev igangsat to tværkommunale indsatser, som var 'Fysisk træning til mænd' og 'Bækkenbundstræning til mænd med prostatakræft'. De forløbelige resultater fra piloten er summeret i Tabel 6.

Tabel 6: Resultater fra pilotundersøgelse i perioden september 2014 til januar 2015.

	Ballerup	Gladsaxe	Herlev	Rødovre	Furesø	Egedal	I alt
Antal borgere, der er blevet henvist til hjemkommune:	3	1	1	6	3	2	16
Hospital	1						1
Egen læge							
Kommunal aktør				4		1	5
Selvhenvist				2		1	3
Vides ikke	2	1	1		3		7
Antal borgere, der har fået gennemført en behovsvurdering	3	0	1	6	3	2	16
Antal borgere, som takkede nej til en tværkommunal indsats	1	0	0	6	0	0	7
Indsatsen blev ikke opfattet som relevant	1			2			3
For langt at køre				3			3
Var allerede i gang med et forløb i hjemkommune				1			1
Antal borgere, som er henvist til de tværkommunale indsatser	2	0	0	0	3	2	9

9. Det tværsektorielle samarbejde

Et forløb i sundhedsvæsenet er ofte sammensat af forskellige behandlingsydelser, der involverer forskellige fagpersoner og sektorer. Fx vil en borger i forbindelse med en kræftsygdom ofte modtage behandling hos egen læge, udredning og indlæggelse på hospital og efterfølgende pleje og rehabilitering i kommunalt regi. For at sikre sammenhængende patientforløb, hvor borgeren oplever kvalitet, tryghed og samarbejde mellem fagpersoner på tværs af sektorerne, er det derfor centralt at opbygge et stærkt tværsektorielt samarbejde.

I projektperioden har der indtil videre primært været fokus på at styrke samarbejdet mellem de seks kommuner og Herlev Hospital. Der bliver dog arbejdet målrettet på at udvide samarbejdet, så det også kommer til at omfatte almen praksis og evt. andre hospitaler.

Det tværsektorielle samarbejde er tæt knyttet til implementeringen af 'Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft' — primært den del af forløbsprogrammet, der har at gøre med 'opgave- og ansvarsfordeling' samt 'tværsektoriel kommunikation og koordination.

Den tværsektorielle samarbejde skal understøttes af, at der i projektperioden bliver arbejdet systematisk på at danne en stærk fælles mening samt gode relationer på tværs af sektorerne.

9.1 Opgave- og ansvarsfordeling mellem sektorerne

I implementeringsplanen for forløbsprogrammet er der i overordnede termer beskrevet hvilke opgaver de enkelte sektorer har, hvem der har ansvaret i forskellige faser af et forløb, og hvorledes indsatsen koordineres mellem sektorer. I projektperioden bliver der arbejdet målrettet på, at de seks kommuner og Herlev Hospital tilrettelægger arbejds gange som sikre at den aftale opgave- og ansvarsfordeling efterleves.

9.2 Tværsektoriel kommunikation og koordination

Den Administrative Styregruppe (DAS) har besluttet at i forbindelse med tværsektoriel kommunikation om kræftpatienter skal følgende MedCom standarder anvendes:

Genoptræningsplan: Hospitalet skal tilbyde en genoptræningsplan til borgere, der har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning. Genoptræningsplanen sendes til borgerens hjemkommune, hvorefter kommunen tilbyder vedlagsfri genoptræning til borgerne. Lovgivning vedrørende genoptræningsplan er beskrevet i Sundhedsloven § 84 og 140.

Henvisning (REF01): Hospitalet skal jf. 'Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft' udføre en behovsvurdering hos alle borgere med kræft. Hvis der er et vurderet behov for en indsats i kommunalt regi, skal hospitalet sende en sygehushenvisning (også omtalt som REF01) til borgerens hjemkommune.

Der er en række udfordringer i forhold til de ovennævnte henvisningspraksisser, som kan have en negativ betydning for antallet af henviste borgere til kommunal rehabilitering og palliation:

- Der vil være borgere, som både har krav på genoptræning og som omfattes af forløbsprogrammet. I så fald skal hospitalet både sende en genoptræningsplan og en henvisning til rehabilitering og palliation. Disse to typer af henvisninger kan ikke samles. Den omstændelige henvisningspraksis skaber store udfordringer for hospitalerne, hvorfor der er risiko for at de aftalte henvisningspraksisser vil reducere antallet af henviste borgere.
- Kræftens Bekæmpelse skønner, at det kun er omkring halvdelen af de borgere med kræft, der har behov for genoptræning, der får en genoptræningsplan⁷.
- Hospitalerne i Region Hovedstaden ikke begyndt systematisk at henvise til forløbsprogrammet, da implementeringsplanen først blev godkendt i november 2014.

I det tværsektorielle samarbejde mellem de seks kommuner og Herlev Hospital er der sat fokus på at sikre, at de eksisterende kommunikationsredskaber anvendes efter hensigten til kommunikation om borgere i forbindelse med sektor overgange. Desuden er der sat fokus på at sikre, at hospitalerne tilrettelægger arbejds gange, så alle borgere med behov for kommunal rehabilitering og palliation henvises til dette.

10. Organisering af det tværkommunale og tværsektorielle samarbejde

⁷ Kræftens Bekæmpelse 2014. Genoptræning 2007–2012 samt prognose.

I perioden april 2014 til maj 2016 er det tværkommunale og tværsektorielle samarbejde understøttet af en projektorganisation, som består af en tværsektoriel styregruppe samt en række ad hoc arbejdsgrupper. Desuden er der ansat en projektleder, som er ansvarlig for den overordnede styring og koordinering af det tværkommunale og tværsektorielle samarbejde.

Det er vigtigt, at der i projektperioden bliver sat fokus på overgangen fra projekt til drift. Der er allerede lært, udviklet og opnået meget i projektperioden, og det skal sikres, at mest muligt videreføres i driften.

En fremtidig organisering af samarbejdet kunne være som følger:

- Hver kommune udpeger en person eller team, som er ansvarlig for implementering og driften af det tværkommunale samarbejde i kommunen.
- Det tværkommunale samarbejde organiseres i klyngesamarbejdet i planlægningsområde Midt. Såfremt klyngestyregruppen finder det nødvendigt, kan der evt. etableres særlige netværksmøder for aktørerne i det tværkommunale samarbejde om rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft.
- Det tværsektorielle samarbejde om rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft organiseres i samordningsudvalget i planlægningsområde Midt.

11. Plan for monitorering af det tværkommunale og tværsektorielle samarbejde

AG1 har påbegyndt drøftelserne, men vi er ikke nået særlig langt. Vi skal finde frem til en løsning, der også er bæredygtig, når projektperioden er afsluttet. Mit forslag vil være, at vi udvælger 4-5 centrale indikatorer, som vi starter med. Kunne være indikatorerne, som er nedenfor. Skal drøftes af AG1 i januar 2015.

Kræftrehabilitering er et relativt nyt indsatsområde i Danmark såvel som internationalt. Der er endnu kun i begrænset omfang evidens for effekten af kræftrehabilitering, idet der foreligger relativt få solide undersøgelser på området, hvor der ofte kun er fokuseret på delelementer i indsatsen (f.eks. effekten af fysisk aktivitet eller psykosocial intervention). Derfor er der et stort behov for grundig monitorering af rehabiliteringsindsatser i form af systematisk indsamling af viden om og erfaringer med forskellige rehabiliteringsindsatser, herunder organiseringen, effekten og omkostningerne ved disse. Det er desuden vigtigt, at den viden, der samles ind, også bliver videreformidlet.

Der skal i forbindelse med et tværkommunalt samarbejde om rehabilitering og palliation udvikles fælles kvalitetsstandarder med tilhørende målbare proces- og resultatindikatorer, der kan anvendes til at belyse, i hvilken grad de fælles mål for kvaliteten er opfyldt. Ved systematisk at indsamle data vedrørende udvalgte indikatorer vil kommunerne kunne identificere områder, hvor kvaliteten ikke lever op til de fastsatte faglige standarder, og hvor der er behov for at igangsætte kvalitetsforbedrende aktiviteter. Nedenfor er forslag til mulige indikatorer.

Tabel 7: Udvalgte indikatorer

Målsætning	Succeskriterium	Målemetode	Måletidspunkt
De tværkommunale kommunale rehabiliteringsindsatser benyttes af alle borgere med kræft, der har behov herfor.	Antallet af borgere, der benytter sig af de tværkommunale rehabiliteringsindsatser stiger hvert år.	Registrering af hvor mange borgere med kræft, der opstarter et rehabiliteringsforløb i kommunerne. Registrering af hvorvidt disse borgere er henvist fra hospital, almen praksis eller om borgerne selv har henvendt sig.	2 gange om året.

		Udtræk fra de seks kommuners omsorgssystemer.	
Borgere med kræft får vurderet deres behov for rehabilitering og palliation i hjemkommunen	90 % af de henviste borgere med kræft får vurderet deres behov for rehabilitering og palliativ indenfor sagsbehandlingsfristerne.	Udtræk fra de seks kommuners omsorgssystemer.	2 gang om året
Borgere med kræft henvises til de relevante tværkommunale indsatser	Antallet af borgere, der henvises til de tværkommunale indsatser stiger. Dvs. at der registreres en stigning i antallet af henvisninger fra april 2015 og frem.	Udtræk fra kommunale omsorgssystemer	2 gange om året.
Borgere med kræft er tilfredse med det samlede forløb.	Hovedparten af de adspurgte borgere er tilfredse med det samlede forløb.	Spørgeskema?	Opgøres 2 gange om året???
Borgerne oplever at de har et positivt udbytte af det samlede forløb	Hovedparten af de adspurgte borgere vurderer, at de har fået et positivt udbytte af det samlede forløb.	Spørgeskema	Opgøres 2 gange om året.

12. Indsatsområder

12.1 Tidlig opsporing

Behovet for rehabilitering og evt. palliation for en borger med kræft opstår ikke først, når borgeren har afsluttet sit behandlingsforløb. Det er et behov, der for mange borgere opstår i det øjeblik diagnosen stilles. For at sikre, at borgeren i hele forløbet er i stand til at klare sin egen hverdag på et så højt fysisk, psykisk og socialt funktionsniveau som muligt, er det derfor vigtigt, at borgerens behov for rehabilitering og palliation identificeres så hurtigt som muligt.

Det fremgår af 'Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft', at hospitalerne som minimum skal gennemføre en vurdering af borgernes behov for rehabilitering og palliation ved initial behandling, hvilket vil være med til at sikre, at der igangsættes en tidlig rehabiliterende og palliativ indsats.

I det tværsektorielle samarbejde om rehabilitering og palliation er der sat fokus på at understøtte Herlev Hospital i at tilrettelægge arbejdsgange, så borgernes behov for rehabilitering og palliation opdages allerede ved diagnose tidspunktet.

12.2 Socialt udsatte borgere

Social ulighed i overlevelse efter kræft kan skyldes en række forskellige faktorer, så som sygdomsudbredelse ved diagnose, adgang til rettidig og relevant behandling, men også adgang til genoptræning og rehabilitering.

Vi ved i dag, at på befolkningsniveau er der et mønster af, at nogle grupper af mennesker er mere udsatte for at få kræft end andre. Centralt i den forbindelse er den socioøkonomiske faktor, der hænger sammen med uddannelses-, og indkomstniveau samt arbejdsforhold. I Danmark er der en tydelig social ulighed i forekomsten af kræft i hovedhals, mave, lunge, livmoderhals, nyre, blære og bugspytkirtel, som alle er livsstilsrelaterede – især tobaksrelaterede – kræfttyper. For disse kræftsygdomme gælder det, at forekomsten er højere blandt borgere med lav social status (kort uddannelse, lav indkomst og ingen tilknytning til arbejdsmarkedet).

En række danske studier peger på, at få mænd, ældre og socialt udsatte deltager i rehabiliteringsindsatser målrettet borgere med kræft. Hverken mænd, ældre eller socialt udsatte er gode til at bede om hjælp, og de der opsøger hjælpen, bliver ikke hjulpet i samme grad som midaldrende ressourcestærke kvinder gør, som dominerer med hensyn til deltagelse i rehabiliterende indsatser.⁸

I det tværkommunale samarbejde er der forsøgt at tage højde for disse forhold ved at tilbyde en udvidet form for forløbskoordination til socialt udsatte borgere. Desuden bliver der igangsat særlige indsatser til mænd samt borgere med hovedhalskræft og lungekræft. Det er hensigten, at det tværkommunale samarbejde på sigt kan være med til at genere viden om, social ulighed i rehabiliteringsindsatser.

12.3 Tværkommunal og tværsektoriel kompetenceudvikling

I forbindelse med det tværsektorielle samarbejde er der sat fokus på mulighed for at etablere fælles kompetenceudvikling på tværs af sektorer i forhold til rehabilitering og palliation. Det forventes, at tværsektoriel kompetenceudvikling kan fremme kvaliteten af den tværkommunale indsats samt den tværsektorielle koordination. Endvidere kan fælles kompetenceudvikling bidrage til, at kompetencer udvikles på tværs af faggrupper, og at der således etableres viden om de kompetencer, der findes på området i de forskellige sektorer.

12.4 Befordring til rehabilitering

Som følge af det tværkommunale samarbejde vil det blive nødvendigt for nogle borgere at tage imod et tilbud i en anden kommune. Nogle borgere med kræft har brug for transport for at komme til et rehabiliteringstilbud. De enkelte kommuner har forskellige serviceniveauer i forhold til transport til kommunale tilbud, og der er forskellig lovgivning i forhold til om rehabiliteringstilbuddet er forebyggende, genoptrænende eller behandlende. Reglerne omkring kørsel til rehabilitering er summeret i Bilag K.

Den tværkommunale styregruppe har besluttet, at serviceniveauet i forbindelse med kørsel til rehabilitering ikke skal ensartes for de involverede kommuner. Dermed er det op til den enkelte kommune at beslutte, hvorledes kørsel til rehabilitering skal håndteres i kommunen.

Der er identificeret en række udfordringer i forbindelse med kørsel af borgere til tværkommunale rehabiliteringstilbud:

- Det er forventeligt, at alle kommuner vil få en merudgift til befordring i forbindelse med rehabilitering som følge af det tværkommunale samarbejde.
- På nuværende tidspunkt er det kun Ballerup, Gladsaxe og Furesø Kommune, som er med i flexitur ordningen. Dette betyder, at flexitur kun kan benyttes af borgere fra Ballerup, Gladsaxe og Furesø ved kørsel til og fra interventioner, som ligger i disse tre kommuner. Egedal Kommune bliver muligvis del af flexitur ordningen fra 2015.
- For at sikre samme vilkår og lighed i sundhed skal kommunerne være opmærksomhed på ressourcevage borgere, der ikke er berettiget til kørsel ifølge lovgivningen.

⁸ Indsæt reference

Bilag A: Sammensætning af styregruppen for det tværkommunale samarbejde om rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft

Styregruppens sammensætning

Arbejdsplads	Navn	Titel
Ballerup	Inge Kristensen (<i>formand</i>)	Centerchef Social- og Sundhed
Region H	Jens Albæk (<i>formand</i>)	Leder af ETSUF
Ballerup	Tina R. Kötter	Leder af Sundhedsstrategisk afsnit
Egedal	Lisa Riiser	Leder af Forebyggelse og Sundhed
Furesø	Nikolai Kjems Andersen	Sundhedschef
Gladsaxe	Marelis Petersen	Leder for ambulant genoptræning Søborg
Gladsaxe	Sidsel Vinge	Sundhedschef
Herlev	Christian Bartholdy	Ældrechef
Herlev	Per Antoft	Sundhedschef
Rødovre	Allan Pedersen	Ældre og handicapchef
Region H	Susanne Houstrup	Afdelingssygeplejerske Onkologisk Afdeling R
Region H	Hanne Skall	Ledende overfysioterapeut Medicinsk Afdeling O

Bilag B: Forløbsprogrammets minimumsstandarder

Tabel 1

Minimumsstandarder: Sundhedsfaglige indsatser og minimumsstandarder i Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. A: skal tilbydes B: kan tilbydes			
Vurdering af behov	Kommuner	Hospital	Almen praksis
Vurdering af behov for rehabilitering og palliation	A	A	A
Uddybende udredning ved relevant fagperson samt evt. udarbejdelse af plan	A	A	B
Vurdering og behandling af komorbiditet	-	B	A
Forløbskoordination til patienter med specielle og komplekse behov for rehabilitering og palliation	B	A	- ⁷
Tildeling af sundhedsfaglig kontaktperson	B	A	-
Tværfaglige konferencer eller koordinationsmøder vedr. kræft ramte med specielle og komplekse behov	A	A: Palliative enheder B: hospitalsafsnit	A
Information, vejledning og patientundervisning vedr. sygdom og behandling mm.	Kommuner	Hospitaler	Almen praksis
Kræft specifik patientuddannelse fx håndtering af træthed, kost, psykosociale reaktioner ved kræft mm. (individuelle/ gruppebaserede) herunder social netværksdannelse	A	B	-
Diagnosespecifikke kurser/information/undervisning af patienter og evt. pårørende om behandling, bivirkninger, senfølger og selvhjælps handlinger samt indhold i opfølgning og kontakt ved evt. forværring af symptomer (individuelle /gruppebaserede) herunder social netværksdannelse	B	A	-
Sundhedsfremme og forebyggelse herunder KRAM	Kommuner	Hospitaler	Almen praksis
Vurdering af KRAM risikoprofil inkl. information om anbefalinger til livsstil under og efter kræftbehandling	B ⁸	A	B
Fysisk træning - standardiseret træningsprogram	A	B	-
Fysisk træning - ikke standardiseret træningsprogram)	A	B	-
Specialiseret genoptræning til patienter	-	A	-
Vejledning i forhold til daglige aktiviteter (Bl.a. ergoterapi)	A	B	-
Kostvejledning /diætvejledning vedr. kræft	A	A	B
Information om og psykosociale og eksistentielle/ åndelige støttetilbud herunder præst, psykolog, socialrådgiver	A	A	B
Sociale interventioner i henhold til kræftpatientens arbejde, økonomi, familiesituation m.m. (sagsbehandlere/socialrådgivere)	A	B	-
Alkoholafvænning	A	B	B
Rygeafvænning	A	B	B
Palliativ omsorg, pleje og behandling	A	A	A
Omsorg og medinddragelse af pårørende inklusive børn	A	A	A

Bilag C: Generelle principper for tværkommunalt samarbejde om rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft

Øget faglig kvalitet

Mål: Det tværkommunale samarbejde skal sikre, at borgerne får et tilbud af høj faglig kvalitet med henblik på, at borgerne får størst muligt udbytte af tilbuddet.

I et tværkommunalt samarbejde vil kommunerne supplere hinandens personalemæssige ressourcer, etablere fælles kompetenceudvikling, sparring og supervision. Hermed sikres opdateret og ensartet viden på tværs. Der vil på tværs af kommunerne opnås kompetencer, specialviden og ressourcer, som kan tilgodese særlige målgrupper, fx diagnosegrupper eller særligt sårbare. Der vil desuden være mulighed for individuel behandling, da det for nogle målgrupper, sociale såvel som sygdomsmæssige kan være nødvendigt. Et stærkt tværfagligt og tværkommunalt samarbejde kan således være med til at sikre en højere grad af lighed i sundhed. Desuden vil et større borgergrundlag i samarbejdet muliggøre effektevalueringer af indsatsen på baggrund af fælles kvalitetsindikatorer. Den detaljerede beskrivelse af evalueringsmetode vil blive konkretiseret i de efterfølgende scenarier for samarbejde.

For at opnå den beskrevne faglige kvalitet, er det grundlæggende for samarbejdet, at:

- Der arbejdes ud fra den nyeste viden, det vil sige både evidens, best practice og kliniske retningslinjer.
- Der er fokus på tværfagligt samarbejde internt i kommunen, på tværs af kommuner og på tværs af sektorer. "Vejledning om kommunal rehabilitering" fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet fra 2011 samt "Forløbsprogrammet for kræftrehabilitering og palliation" skal være retningsgivende
- Der sker en løbende kompetenceudvikling af medarbejderne.
- Indsatsen evalueres løbende ud fra fælles kvalitetsindikatorer
- Der arbejdes for opbygning af fælles kliniske databaser til sikring og udvikling af kvaliteten.

Fælles kvalitetsstandarder og ensartede tilbud

Mål: Borgerne skal sikres et ensartet tilbud.

Samarbejdet skal bygge på ensartede tilbud, der sikres gennem udarbejdelse af fælles kvalitetsstandarder, der tager deres afsæt i "Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft". Desuden er den specifikke rehabilitering, som borgeren skal tilbydes ved de forskellige kræftdiagnoser, beskrevet i de nationale pakkeforløb på kræftområdet. Tilbuddet kan bl.a. omfatte indsatser i den akutte fase, i forbindelse med ambulant kontrol og sidenhen genoptræning og rehabilitering med mulighed for individuelle forløb.

For at sikre kvaliteten i indsatserne, skal der udover kvalitetsstandarder udarbejdes de nødvendige underlæggende procedurer og vejledninger med udgangspunkt i Den Danske kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet.

For at opnå det beskrevne ensartede serviceniveau, er det grundlæggende for samarbejdet, at:

- Der skal udarbejdes fælles kvalitetstandarder, der beskriver de indsatser borgerne tilbydes
- Der skal udarbejdes vejledninger og procedurer ud fra Den Danske Kvalitets Model.
- Kvalitetsstandarder, vejledninger, procedurer og arbejdsredskaber skal udarbejdes på baggrund af den eksisterende evidens og kliniske retningslinjer.

Inddragelse af eksterne samarbejdspartnere herunder frivillige

Mål: Det tværkommunale samarbejde sikrer, at borgerne fastholder opnåede kompetencer og funktion gennem involvering i eget forløb og tilknytning til aktiviteter, der forestås af eksterne aktører.

Der skal være fokus på at understøtte borgernes aktive inddragelse i forløbene samt på, hvorledes indsatserne kan fortsætte når det kommunale tilbud er afsluttet. Et væsentligt princip for det tværkommunale samarbejde er derfor at inddrage eksterne samarbejdspartnere. Samarbejdet kan både foregå sideløbende med kommunens tilbud under et rehabiliteringsforløb, og det kan være tilbud, som borgerne kan sluses videre til efter at have gennemført et tværkommunalt rehabiliteringstilbud.

Af væsentlige samarbejdspartnere kan nævnes:

- Regionale samarbejdspartnere, herunder Herlev Hospital
- Alment praktiserende læger
- Pårørende
- Frivilligcentre
- Kræftens Bekæmpelses lokalafdelinger i de 5 kommuner
- Aftenskoler
- Idrætsforeninger og træningscentre
- Kirker og andre relevante sjælesørgere
- Sociale foreninger
- Det private erhvervsliv.

Borgernes mobilitet på tværs af kommunegrænserne

Mål: Borgere med kræft tager imod rehabiliteringstilbud, også tilbud der ligger i en anden kommune.

For at borgerne kan få mest mulig gavn af den høje faglige kvalitet og mere specialiserede og målrettede tilbud, der kan udbydes i et tværkommunalt samarbejde, samt for at opnå en kort ventetid, vil det blive nødvendigt for nogle borgere at tage imod et tilbud i en anden kommune. Personalet skal medvirke til at sikre, at det bliver en naturlighed at tage imod det bedste tilbud indenfor samarbejdet.

Nogle kræftpatienter har brug for transport for at komme til et rehabiliteringstilbud. De enkelte kommuner har forskellige serviceniveauer i forhold til transport til kommunale tilbud, og der er forskellig lovgivning i forhold til om rehabiliteringstilbuddet er forebyggende, genoptrænende eller behandlende. For at sikre samme vilkår og lighed i sundhed skal mulighederne for et mere ensartet serviceniveau undersøges. Der skal desuden være opmærksomhed på ressourcensvage borgere, der ikke er berettiget til kørsel ifølge lovgivningen.

For at kunne sikre mobilitet, er det grundlæggende for samarbejdet, at:

- Der henvises systematisk til de mest relevante tilbud. Det undersøges, hvorvidt det er muligt at etablere ensartede kørselsordninger til borgere, der henvises til et rehabiliterende tilbud.

Mellemkommunal udgiftsneutralitet

Mål: Det tværkommunale samarbejde skal være økonomisk neutralt.

For at sikre mindst mulig registrering og administration i forhold til samarbejdet, vil det være hensigtsmæssigt at stræbe efter mellemkommunal udgiftsneutralitet som udgangspunkt for udarbejdelsen af en konkret samarbejdsmodel. Det vil sige, at der ikke skal være mellemkommunal

afregning. Der skal således i arbejdet med scenarier også laves modeller for, hvordan den mellemkommunale udgiftsneutralitet bedst opnås.

Dog kan en begrænset mellemkommunal afregning dog blive nødvendig. I det tilfælde vil afregningen tage udgangspunkt i vejledende takster på områder, hvor der findes sådanne, og på eventuelt andre områder må takster aftales. Såfremt mellemkommunal afregning bliver en nødvendighed, skal de fem kommuner sammen, og hver for sig, foretage en enkel men fyldestgørende dokumentation og registrering, således at en afregning kan finde sted.

Højere grad af organisatorisk robusthed og forsyningssikkerhed

Mål: Det tværkommunale samarbejde skal sikre, at borgerne hurtigt får tilbudt et relevant tilbud.

Det samlede borgergrundlag fra de 5 kommuner vil gøre det muligt at have flere forskellige og differentierede tilbud, samt en højere frekvens i udbud af tilbud, således at borgerne vil opleve kortere ventetid fra henvisning til forløbets opstart. Fx kan det være relevant at lave mere diagnosespecifikke hold, og det kan også være relevant at differentiere grupperne mere aldersmæssigt. Det vil i væsentligt højere grad end i dag give borgerne mulighed for at møde andre, hvis livssituation og sygdomsforløb ligner deres egen. Samtidig giver det de fagprofessionelle mulighed for en målrettet indsats overfor en mere præcist defineret målgruppe. Det kan dog betyde, at den enkelte borger skal transportere sig udenfor hjemkommunens grænse.

Det tværkommunale samarbejde giver også mulighed for en stabil drift, idet de samlede personaleressourcer vil være mindre sårbare overfor sygdom, ferie og fratrædelser.

For at opnå den beskrevne robusthed, er det grundlæggende for samarbejdet, at:

- Et tilstrækkeligt højt antal borgere med en kræftdiagnose indgår i det tværkommunale samarbejde, for at sikre en volumen, der er stor nok til at høste de fordele ved samarbejdet, som er beskrevet i dette notat
- Der oprettes relevante tilbud med en passende frekvens.

Bilag D: Beskrivelse af de sundhedsfaglige indsatsområder i det tværkommunale samarbejde

Behovsvurdering og udarbejdelse af handleplan

Behovsvurdering og udarbejdelse af handleplan er centrale elementer i Sundhedsstyrelsens 'Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft'.

Når en borger er henvist fra et hospital eller almen praksis til rehabilitering eller palliation i kommunal regi tildeles borgeren en sundhedsprofessionel kontaktperson. Den sundhedsprofessionelle kontaktperson gennemfører en behovsvurdering med borgeren. Behovsvurderingen er den indledende vurdering, der identificerer borgerens eventuelle problemer og udfordringer, som kan medføre behov for en rehabiliterende eller palliativ indsats. Der tages afsæt i redskabet "Støtte til livet med kræft", som er udviklet af Region Hovedstaden.

Det er grundlæggende for det tværkommunale samarbejde, at alle henviste borgere med kræft skal have foretaget en behovsvurdering. Behovsvurderingen skal som minimum foretages i forbindelse med en den initiale kontakt og der skal laves en status ved afslutningen af det rehabiliterende og evt. palliative forløb. Derudover kan der være behov for en fornyet behovsvurdering ved ændring af borgerens tilstand.

Den sundhedsprofessionelle kontaktperson besluttet sammen med borgeren, hvilken indsats der iværksættes og der udarbejdes en overordnet plan for indsatsen. Herefter henvises borgeren til relevante indsatser, hvor der foretages en uddybende udredning af borgerens behov, hvis det er nødvendigt. Den uddybende udredning foretages i henhold til de konkrete problemstillinger og ved brug af redskaber, der er relevante for disse (f.eks. ernæringsscreening og fysioterapeutiske undersøgelser). Hvis der på baggrund af den uddybende udredning træffes beslutning om at iværksætte en indsats, skal der udarbejdes en plan for indsatsen.

Fysisk træning

Fysisk træning er et vigtigt element i kræfttramte borgeres rehabiliteringsforløb. Der er forskningsbaseret evidens for at fysisk træning har positiv betydning for opbygning og vedligeholdelse af funktionsevnen hos borgere med kræft (Rock et al 2012). Fysisk træning kan forbedre konditionen, selvværdet og kropsopfattelsen samt reducere stressniveauet og omfanget af angst og depression. I tillæg hertil har fysisk træning en gavnlig effekt på søvn, fysisk funktionsevne samt psykologisk og social velbefindende (Sundhedsstyrelsen 2010).

Kræftrehabilitering er et relativt nyt indsatsområde i Danmark såvel som internationalt, og der findes endnu ikke evidensbaserede kliniske retningslinjer for anbefalinger til træningen for borgere med kræft (Sundhedsstyrelsen 2010). Ifølge Sundhedsstyrelsens skal borgere med kræft stile mod at være fysisk aktive svarende til de generelle anbefalinger på området. Desuden skal den fysiske træning til borgere med kræft individualiseres og superviseres samt omfatte både kredsløbstræning og styrketræning (Sundhedsstyrelsen 2011).

Det overordnede formål med de tværkommunale træningsindsatser for borgere med kræft er at vedligeholde eller forbedre nedsat funktionsevne samt forebygge reduktion af denne med henblik på, at borgeren beholder størst mulig uafhængighed og livskvalitet. Desuden er et vigtigt formål, at motivere borgeren til fysisk aktivitet samt skabe rammer for at borgeren opnår glæde ved at bevæge sig med de begrænsninger, der evt. måtte være efter kræftsygdom eller efterfølgende behandling. Desuden kan træningen give borgeren et frirum fra deres sygdom, og samtidig muliggøre dannelsen af nye netværk med andre deltagere på holdende både under og efter træningen.

De tværkommunale træningsindsatser kan være relevante både tidligt og senere i borgerens sygdomsforløb, og behovet kan skifte undervejs. Derfor omfatter målgruppen for træningsindsatserne borgere med kræft som både aktuelt er i et kræftbehandlingsforløb og som har afsluttet behandlingen.

Den fysiske træning er primært tilrettelagt som holdtræning, og det forventes således, at langt de fleste træningsforløb vil foregå på hold enten i et træningslokale, varmtvandsbassin eller ude i naturen. Det tværkommunale samarbejde giver mulighed for, at der både kan udbydes fysisk træning på tværs af diagnoser samt træning målrettet særlige diagnose- og/eller målgrupper. Indsatserne målrettet særlige diagnose- og/eller målgrupper beror på en detaljeret analyse af den samlede målgruppe i de seks kommuner, herunder antal borgere med kræft, fordelingen på diagnoser samt rehabiliteringsbehov hos målgruppen.

Borgere med kræft vil møde mange udfordringer/hindringer i forbindelse med opretholdelse af et aktivt liv, og det er forventeligt, at der vil være en del aflysninger af træning. Derfor er det væsentligt at træningstilbuddene tillader og imødekommer denne logistiske udfordring blandt andet i form af løbende optag på holdene.

Borgeren kan i særlige tilfælde få tilbudt individuel træning, hvis der er sociale og/eller sygdomsmæssige forhold, der gør, at borgeren ikke kan deltage i holdtræningen. Der kan også være brug for at borgeren træner en kortere periode individuelt for at blive klar til at træne på hold. Den individuelle træning varetages som udgangspunkt af borgerens hjemkommune.

Ergoterapeutisk vejledning

I Danmark er ergoterapi et forholdsvis nyt indsatsområde inden for kræftrehabilitering. På landsplan er der generelt ansat ergoterapeuter i både regionalt og kommunalt regi, men hidtil har disse kun spillet en beskeden rolle i forhold til rehabilitering af borgere med kræft. Dette står i kontrast til praksis i en række andre lande, herunder England, USA og Australien, hvor ergoterapeuter har en årelang tradition for at være involveret i det tværfaglige samarbejde omkring borgere med kræft, og dermed dække den del af rehabiliteringsindsatsen, der handler om at håndtere hverdagslivet med en kræftsygdom.

Dette forhold ses også på det palliative område, hvor ergoterapeuter i Danmark – i modsætningen til ergoterapeuter i andre lande – hidtil kun har spillet en beskeden rolle i den tværfaglige indsats i Danmark. Danske ergoterapeuter er dog ofte involverede i palliative forløb – men gerne som en selvstændig indsats.

Internationale undersøgelser har vist en effekt af ergoterapi på aktivitetsudførelse, oplevelser af smerter og fatigue samt livskvalitet (referencer).

I det tværkommunale samarbejde er der sat fokus på, at i langt højere grad at integrere ergoterapi i det tætte tværfaglige samarbejde omkring kræftsyge borgere med behov for rehabilitering og evt. palliation. Det overordnede formål med den ergoterapeutiske indsats er at øge borgernes evne til at kunne deltage og udføre de aktiviteter, som giver dem mening med deres tilværelse. Dette gør sig også gældende, når der er tale om borgere med fremskreden sygdom eller for borgere, som lever i den sidste fase af livet, hvor det ergoterapeutiske fokus er at skabe indhold i den resterende del af livet gennem at fremme mulighederne for aktivitet og udfoldelse. Hertil hører at fremme muligheden for at borgeren kan være selvhjulpne og/eller i videst mulige omfang kan deltage i de aktiviteter som har betydning for den enkelte gennem aktivitetstræning og vejledning.

Den ergoterapeutiske indsats vil primært være tilrettelagt som en individuel indsats, som kan foregå i et lokale i kommunen eller i borgerens eget hjem. Målgruppen for indsatsen er alle borgere med kræft, som lever med problemstillinger i forhold til at klare sig i eget hverdagsliv. Der er dog udviklet særlige ergoterapeutiske indsatser målrettet borgere med hoved-halskræft, lungekræft og hjernekræft, da erfaringerne fra kommunerne indikere, at disse borgere har særlige rehabiliteringsbehov.

Patientundervisning

Der er evidens for, at psykosociale interventioner, såsom undervisning i kræftsygdomme og behandling, hjælp til emotionel støtte, træning af copingmekanismer, kognitiv terapi og afslapningsøvelser, har en gavnlig effekt på omfanget af angst og depression.

Ifølge en MTV-rapport fra Sundhedsstyrelsen kan gruppebaseret patientundervisning bidrage til øget self-efficacy, mindre bekymring for eget helbred samt øget brug af kognitive strategier til symptomhåndtering på kort sigt. Gruppebaseret patientundervisning kan også på kort sigt reducere ængstelse, stress og depression. På langt sigt kan patientundervisningen reducere antallet af indlæggelser og akutbesøg, reducere søvnproblemer samt forbedre livskvaliteten (Sundhedsstyrelsen 2009).

I det tværkommunale samarbejde vil patientundervisningen være et tværfagligt tilbud på tværs af diagnosegrupper. Formålet med undervisninger vil være at den kræftramte borger bliver i stand til at håndtere en hverdag med og efter kræft.

Patientundervisningen tilrettelægges som et gruppebaseret forløb, hvor der undervises i emner, der er fælles uanset hvilken form for kræft borgeren har. Undervisningen vil foregå en gang om ugen i seks uger, og skal ses som et samtaleforløb. Der er et begrænset antal deltagere på holdene, hvilket skal være med til at opfylde behovet for, at der gennem tryghed og fortrolighed dannes netværk og positiv gruppesynergi på holdene.

Undervisningen vil fokusere på fysiske, psykiske, sociale og essentielle følger til sygdom og behandling samt erfaringsudveksling. Undervisningen vil blive baseret på den nyeste viden og evidens inden for generelle aspekter af kræftsygdom og behandling. Desuden skal undervisningen inddrage alle relevante kommunale faggrupper som undervisere. Det kan dog være nødvendigt at få eksterne eksperter på specifikke fagområder til at varetage undervisningen.

Kostvejledning

Borgere med kræft oplever i varierende grad problemer, bivirkninger og senfølger, der kan relateres til kost og ernæring. Desuden peger en række nye studier på, at kosten har en betydning i forhold til overlevelse og tilbagefald efter en kræftsygdom (Rock et al 2012, Paludan-Müller 2013).

Appetitløshed og vægttab er hyppigt forekommende problem hos borgere med kræft, som kan skyldes kræftsygdommen i sig selv (f.eks. hoved-halskræft), bivirkninger til behandling (f.eks. kvalme og smagsforandringer) og/eller senfølger til sygdom og behandling. Borgere med lunge, hoved- og hals samt mave-tarmkræft er i særlig høj risiko for vægttab og bivirkninger pga. vægttab såsom muskelsvækkelse, træthed, øget risiko for infektioner og forlænget rekonvalescens (Rock et al 2012, Paludan-Müller 2013).

Forekomsten af overvægt i Danmark er steget markant inden for de seneste årtier, hvorfor en betydelig andel af borgere med kræft er overvægtig ved diagnose. Desuden kan vægtstigning være en bivirkning ved nogle former for kræftbehandling. Både overvægt før og vægtøgning efter diagnose er relateret til højere dødelighed af sygdommen og/eller højere generel dødelighed (reference).

Der er evidens for, at kostintervention under behandling kan føre til færre behandlingsrelaterede bivirkninger, bedre ernæring samt en øget livskvalitet (Rock et al 2012, Paludan-Müller 2013). Samtidig kan en intervention forebygge udvikling eller forværring af en række livsstilssygdomme som diabetes og hjertekarsygdomme (Sundhedsstyrelsen 2013).

Kostintervention i det tværkommunale samarbejde vil bestå dels af holdundervisning og dels af individuel vejledning. Formålet med holdundervisninger er at give borgerne evidensbaseret viden om sund kost og kropsvægt samt give specifikke råd i forbindelse med bivirkninger og senfølger. Dette kan hjælpe borgeren i forhold til at mestre egen situation i relation til oplevede problemer og behov. Holdundervisningen bliver integreret del af den planlagte patientundervisning.

Det forventes, at der vil være en gruppe af borgere, der har svære og komplekse diætiske problemstillinger som følge af kræftsygdommen og behandlingen. Der vil være behov for en målrettet og individuel indsats for disse borgere, der tager højde for mange faktorer såsom ernæringsstatus, typer af spiseproblemer, smagspræferencer etc.

De tværkommunale kostinterventioner skal varetages af kliniske diætister med stor faglig og alsidig viden inden for kræftområdet.

Referencer

Rock CL, Doyle C, Demark-Wahnefried W, Meyerhardt J, Courneya KS, Schwartz AL et al. 2012. Nutrition and physical activity guidelines for cancer survivors. *CA: A cancer journal for Clinicians* 62 (4):242–274.

Sundhedsstyrelsen 2011. Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen 2010. Rehabilitering efter brystkræft, tyk- og endetarmskræft og prostatakræft: en medicinsk teknologi vurdering. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen 2009. Patientuddannelse – en medicinsk teknologi vurdering. København: Sundhedsstyrelsen.

Paladan-Müller C 2013: Kosten. I Johansen C (red) 2013: Kræft, senfølger og rehabilitering. København: Hans Reitzel.

Bilag E: Indsatser i det tværkommunale samarbejde

Indsats	Kort beskrivelse af indsatsen	Formål	Målgruppe	Organisering	Indhold	Forventede antal borgere med rehabiliteringsbehov ^(a)
Fysisk træning						
Fysisk aktivitet til blandede diagnoser (hold)	Almen fysioterapeutisk træning på hold, som er tilpasset den enkelte borgers og er tilrettelagt efter de fremmødtes formåen.	Opnå det bedst mulige funktionsniveau i den givne situation.	Mænd og kvinder, alle diagnoser	Hold	29 gange med fremmøde 2 gange ugentligt á 1 time	677
Fysisk aktivitet til mænd (hold)	Almen fysioterapeutisk træning på hold, som er tilpasset den enkelte borger og er tilrettelagt efter de fremmødtes formåen.	Opnå det bedst mulige funktionsniveau i den givne situation	Mænd, alle diagnoser	Hold	29 gange med fremmøde 2 gange ugentligt á 1 time	344
Bækkenbundstræning til mænd med prostatakræft (hold)	Fysioterapeutisk træning med fokus på at styrke bækkenbundsmuskulaturen samt at opnå kontrol over blærens og tarmens tømning.	Opnå kontinens eller forbedre inkontinens	Mænd, prostatakræft	Hold	29 gange med fremmøde 1 gang ugentligt á 1 time	72
Fysisk aktivitet til brystopererede (hold)	Fysioterapeutisk træning med fokus på at styrke at forbedrer bevægelighed, stabilitet og muskelstyrke over den opererede skulder.	Genoprette bevægeligheden i skulderen, øge vævsforskydeligheden, udspænde muskler og arvæv samt styrke de påvirkede muskler i det opererede område. Desuden give redskaber til selv at kunne hjælpe lymfevæsken med at finde vej væk fra armen	Kvinder, opereret for brystkræft	Hold	29 gange med fremmøde 2 gange ugentligt á 1 time	100
Fysisk aktivitet til unge (hold)	Almen fysioterapeutisk træning på hold, som er tilpasset den enkelte borgers og er tilrettelagt efter de fremmødtes formåen.	Opnå det bedst mulige funktionsniveau i den givne situation; møde jævnaldrende i samme situation	Unge under 40 år, alle diagnoser	Hold	29 gange med fremmøde 2 gange ugentligt á 1 time	34
Tværfaglige indsatser						
Indsats overfor borgere med lungekræft. Fortsat under udvikling.	Instruktion i vejtrækningsteknikker som 'pursed lip breathing' og hostestødeteknikker mhp at lære at håndtere dyspnø. Udspænding af belastede muskler i nakke-skulder området. Fysisk træning.	Give borgerne tryghed ved at blive forpustede, og give dem oplevelsen tilbage af kontrol over vejtrækning.	Borgere med lungekræft	Individuel/hold		86

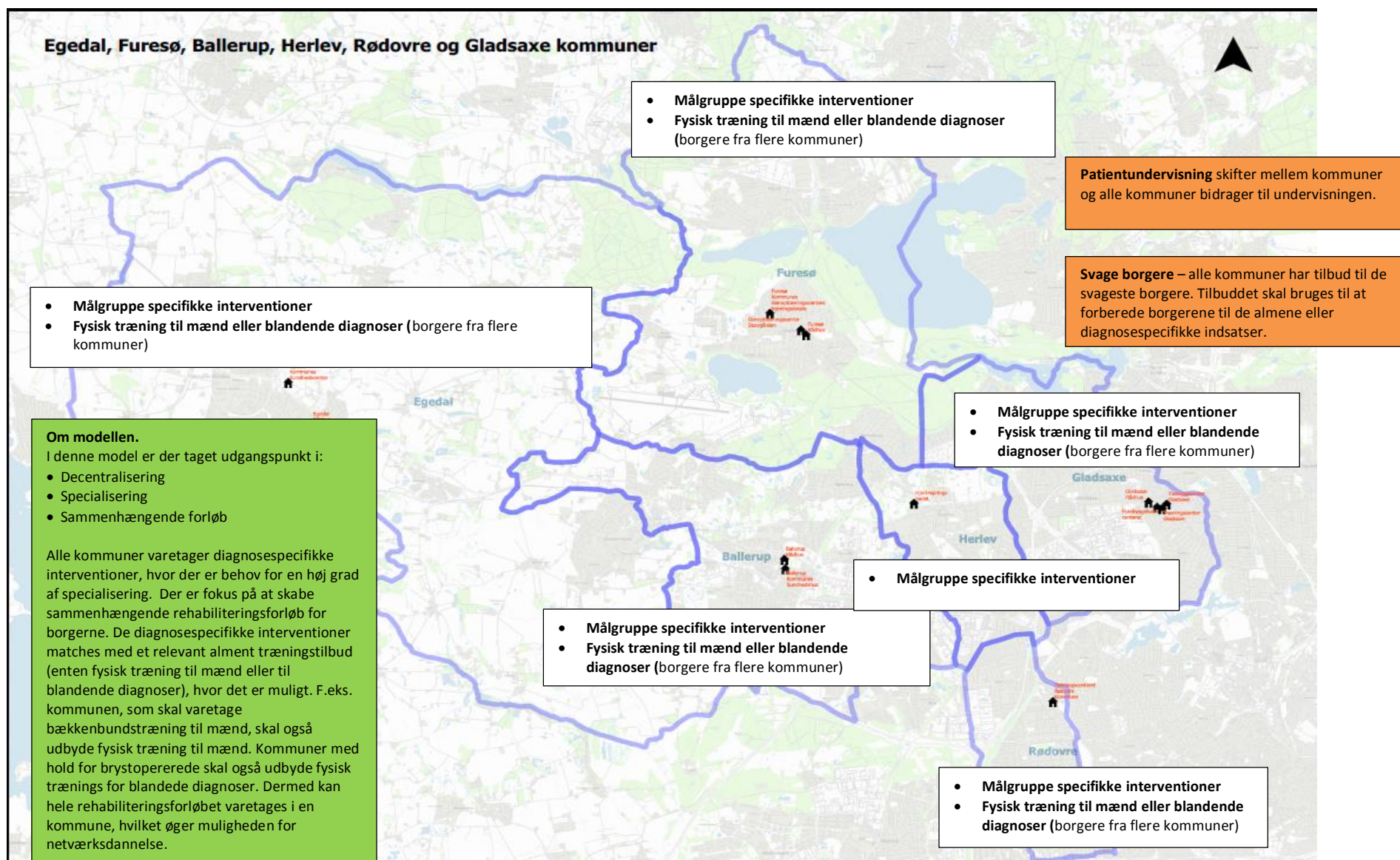
Indsats overfor borgere med hjernekræft.	?	?	Borgere med hjernekræft	Individuel/hold		17
Fortsat under udvikling						
Indsats overfor borgere med hoved-halskræft	Ergoterapeutisk vejledning i forhold til daglige aktiviteter. Kostvejledning/diættevejledning i forhold til problemstillinger vedr. ernæring. Fysioterapeutisk indsats med fokus på manuel behandling.	Opnå det bedst mulige funktionsniveau i forhold til at spise, drikke og kommunikere.	Borgere med hoved-halskræft	Individuel/hold	Egoterapi: Op til 30 vejledninger á 1 time. Fysioterapeutisk indsats: Op til 15 indsatser á 1 times. Kostvejledning: Op til 5 samtaler á 1 time.	49
Patientundervisning						
Livskraft - hverdagen med kræft	Patientundervisning med fokus på centrale emner, som har stor betydning for borgernes hverdag efter en kræftdiagnose.	Opnå kompetencer til at fungere i hverdagen; danne netværk	Alle diagnoser	Hold	7 gange af 2½ times varighed	677
Andre indsatser						
Hukommelsestræning Forsat under udvikling	Kursus, som skal give borgeren viden, redskaber og strategier til at håndtere hverdagslivet med hukommelses- og koncentrationsbesvær.	Opnå viden, redskaber og strategier til at håndtere hverdagslivet med hukommelses- og koncentrationsbesvær	Borgere som har svært ved at huske, koncentrere sig og/eller multitasking efter en kræftsygdom	Hold		677
Mindfulness	Introduktion til de grundlæggende øvelser fra Mindfulness-Based Stress Reduction programmet, som omfatter opmærksomhedsøvelser, guidede meditationer og lette yogaøvelser.	At borgerne opnår større grad af nærvær og tilstedeværelse i nuet. At borgernes opnår øget bevidsthed om egne måder at reagere på.	Alle diagnoser	Hold		677
Afspænding	Kursus med fokus på afspænding.	At mindske trætheden og få styrket kroppen.	Alle diagnoser	Hold		677

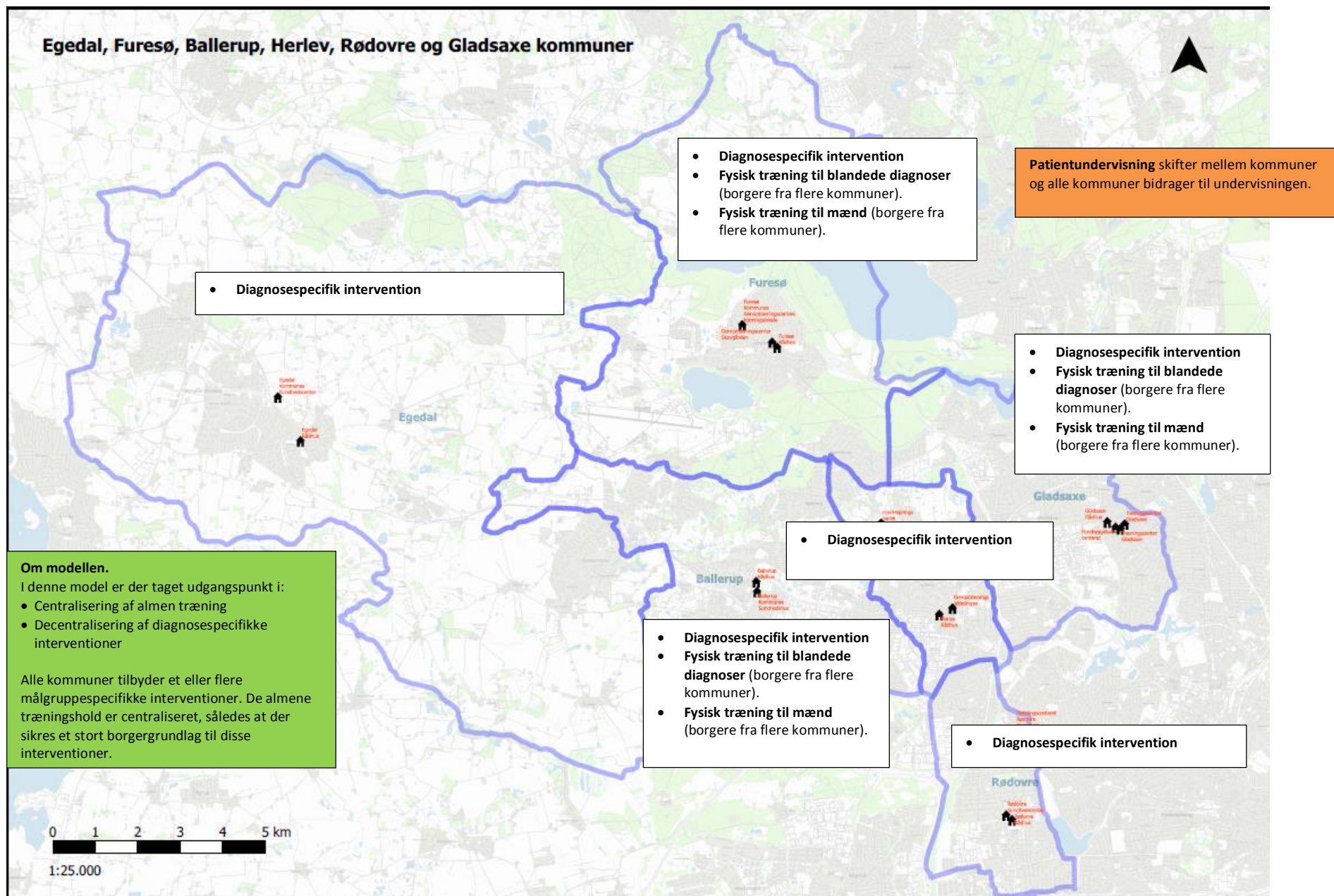
(a) Baseret på estimater fra Kræften Bekæmpelse

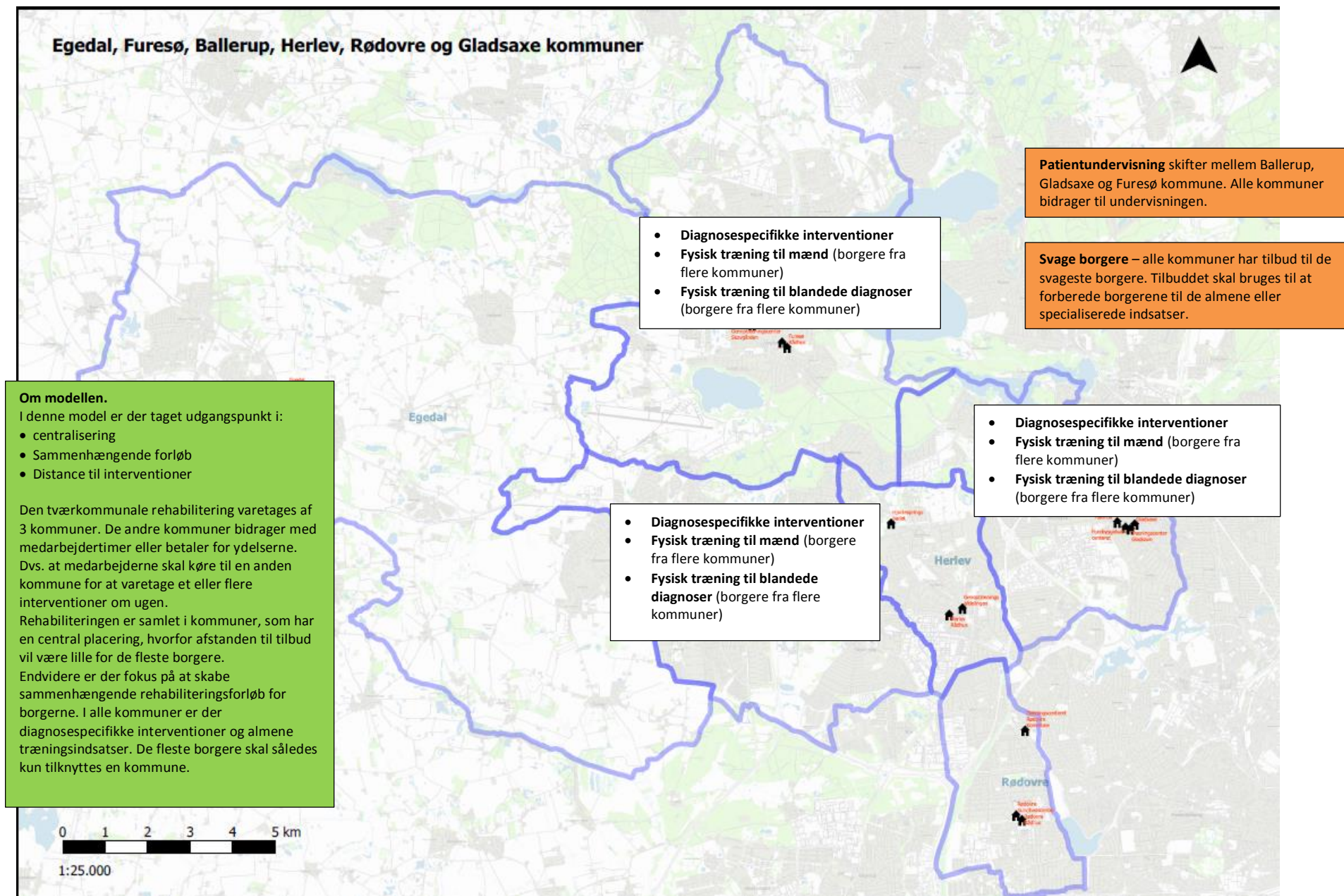
Bilag F: SWOT analyse for den overordnede model for det tværkommunale samarbejde

STYRKER • Øget faglig kvalitet — der vil på tværs af kommunerne opnås kompetencer, specialviden og ressourcer, som kan tilgodesætte særlige målgrupper. • Inddragelse af eksterne samarbejdspartnere, herunder frivillige—den enkelte kommune får mulighed for at inddrage eksterne samarbejdspartnere, som forestår aktiviteter, som borgerne kan sluses videre til efter et gennemført tværkommunalt rehabiliteringsforløb. • Borgernes mobilitet på tværs af kommunegrænserne—det forventes, at borgerne vil tage imod et tilbud i en anden kommune, hvis det er et målrettet og specialiseret tilbud af høj faglig kvalitet. • Mellemkommunal udgiftsneutralitet—det forventes, at det er forholdsvis nemt at opnå mellemkommunal udgiftsneutralitet, når det kun er et begrænset antal af borgerne, som skal tage imod et tilbud i en anden kommune. • Højere grad af organisatorisk robusthed—det samlede borgergrundlag fra de seks kommuner vil gøre det muligt at have flere forskellige specialiserede og målrettede indsatser, samt en højere frekvens i udbud af indsatserne. Den enkelte kommune skal varetage få målgruppespecifikke indsatser, hvilket giver de fagprofessionelle mulighed for en høj grad af specialisering og samtidig vil det være med til at sikre en stabil drift, idet de samlede personaleressourcer vil være mindre sårbare overfor sygdom, ferie og fratrædelser. • Rekruttering af kvalificerede medarbejdere—alle kommuner varetager målgruppespecifikke indsatser, hvilket vil være med til at sikre, at den enkelte kommune kan rekruttere tilstrækkeligt med kvalificeret arbejdskraft, da muligheder for specialisering kan gøre arbejdspladsen mere attraktiv. • Tilknytning til hjemmekommune—borgerne fastholder en tilknytning til hjemkommunen, da hele eller dele af rehabiliteringsforløbet foregår i hjemkommunen. Dermed opnås en tættere tilknytning til de øvrige indsatser i hjemkommunen (f.eks. jobcenter). • Lighed i sundhed—der er almene træningshold i alle kommuner, hvilket kan være en fordel i forhold til at fastholde ressourcensvage borgere. • Merudgift til kørsel mindskes—borgerene skal kun have en del af rehabiliteringsforløbet i en anden kommune, hvorfor udgiften til kørsel vil blive begrænset.	SVAGHEDER • Sværere at sikre ensartede tilbud — indsatserne vil evt. blive mindre ensartede, når de udbydes i flere kommuner. Udarbejdelsen af faglige standarder og faglig sparring på tværs af kommunegrænserne skal være med til at sikre en højere grad af ensartethed. • Lav forsyningssikkerhed—borgergrundlaget til de almene træningshold vil forsat være lille for mange kommuner. Det forventes dog, at borgergrundlaget over tid vil øges i takt med at hospitalerne får implementeret de regionale indsatser på området. • Kontakt med flere aktører—borgerene skal have kontakt med aktører i flere kommuner, da mange rehabiliteringsforløb vil være delt mellem to kommuner. MULIGHEDER • Alle kommuner får mulighed for at opbygge kompetencer, specialviden og ressourcer indenfor et eller flere målgruppespecifikke områder. • Modellen kan bruges i overgangen til en mere specialiseret model.
---	---

Bilag G: Udkast til modeller for den geografiske placering af de tværkommunale indsatser







Bilag H: Udkast til overordnet indsatsbeskrivelse for et tværkommunalt samarbejde om rehabilitering og palliation.

Overordnet indsatsbeskrivelse

Målgruppen	Målgruppe for indsatsen er borgere i Ballerup, Gladsaxe, Egedal, Herlev, Furesø og Rødovre Kommuner der: • har en kræftsygdom • er under behandling for en kræftsygdom eller har afsluttet en behandling inden for de seneste 2 år. • er i risiko for eller har fået betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og eller sociale funktionsevne som følge af en kræftsygdom eller behandlingen heraf. • har senfølger, konstateret og diagnosticeret op til 5 år efter endt behandling Borgere der ikke er omfattet af den overstående målgruppe kan, efter en individuel vurdering fra hjemkommunen, henvises til tilbuddet.
Hvilke behov dækker indsatsen?	Rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft dækker borgerens mangeartede behov for en sammenhængende koordineret indsats bestående af en eller flere målrettede og tidsafgrænsede ydelser.
Mål med indsatsen	• At borgeren genvinder sit tidligere fysiske, psykiske, sociale og/eller kognitive funktionsniveau eller opnår det højeste mulige i den nuværende situation. • At forebygge senfølger til sygdom og behandling. • At borgeren bliver i stand til at mestre sin hverdag. • At fremme og bevare livskvalitet
Kriterier for visitation	Identifikation af borgerens aktuelle behov for rehabilitering og palliation sker i forbindelse med en individuel behovsvurdering i hjemkommunen. Visitationen sker i hjemkommunen på baggrund af en konkret individuel vurdering samt indenfor gældende lovgivning og kommunens visitationspraksis i forhold til SEL 86, 1 og 2 samt SUL 119 og 140. Borgere tilbydes rehabilitering og/eller palliation, hvis det vurderes, at de er i risiko for eller har fået nedsat deres fysiske, psykiske, sociale og/eller kognitive funktionsevne som følge af en kræftsygdom eller behandlingen heraf. Ydelsens omfang bestemmes ud fra gældende tværkommunale visitationspakker. Forventninger til borgerne: • Borgerne skal være motiveret for at deltage i aktiviteten. • Borgerne skal være indstillet på at aktiviteten kan foregå i en anden kommune. • Borgerne skal acceptere at transportere sig til den kommune, hvor aktiviteten leveres

Indsatsens indhold	Rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft er et individuelt tilrettelagt, målrettet, struktureret og koordineret forløb. Indsatsen er tidsafgrænset og planlægges i samarbejde med borgeren ud fra en konkret individuel vurdering af behov ved hjemkommunen.. Indsatsen <i>skal</i> omfatte følgende koordinerende aktiviteter ved hjemkommunal kontaktperson: • Identifikation af borgerens aktuelle behov for rehabilitering og/eller palliation vha. samtaleredskabet ”støtte til livet med kræft”. • udarbejdelse af en individuelt tilrettelagt handleplan med konkrete mål og plan for indsatsen. Tidspunkt for opfølgning skal fremgå og planen skal være forventningsafstemt med borgeren. • Opfølgning, hvilket foretages efter en individuel vurdering og kan foregå telefonisk. • Afsluttende evaluering med fokus på fremtidige handlinger. • Udfærdigelse af et afslutningsnotat, som sendes til borgerens egen læge og evt. den behandlende afdeling. Særligt sårbare borgere <i>skal</i> tilbydes at indsatsen koordineres og følges nøje af den hjemkommunale kontaktperson gennem hele forløbet. Indsatsen <i>kan</i> omfatte følgende aktiviteter, som udbydes på tværs af de samarbejdende kommuner: • <i>Genoptræning/træning</i>: Styrke- og konditionstræning ved fysioterapeut • <i>Patientundervisning</i>: Sygdomsspecifik undervisning med fokus på fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle følger til kræftsygdom og behandling samt erfaringsudveksling. • <i>Kostintervention</i>: Kostvejledning ved diætist. Indsatsen kan bestå af holdtilbud, individuelt tilbud, kombination af holdtilbud, individuelt tilbud samt selvtræning. Rehabiliteringen og/eller palliation kan bestå af flere samtidige indsatser. Pårørende kan deltage sammen med borgeren, når det vurderes at være relevant. Hvis der er behov for separate tilbud til pårørendegruppen, kan dette planlægges som en selvstændig aktivitet.
----------------------------------	---

Aktiviteter/ydelser der ikke indgår i det tværkommunale tilbud?	• Specialiseret genoptræning, som varetages af hospitalerne. • Der ydes kun manuel behandling (fx udsparing af bindevæv og strålebehandlet væv), når dette indgår, som en integreret del af et aktivt genoptræningsforløb. • Koordinerende tværgående hjemkommunale indsatser (fx arbejdsmarkedsrelaterede indsatser) • Kørsel er ikke omfattet i denne indsats. Der henvises til hjemkommunens kvalitets-standarder på området. • Rygestop
Leverandør af ydelsen	Ballerup, Gladsaxe, Egedal, Herlev, Furesø og Rødovre Kommuner er sammen om at udbyde kræftrehabilitering på tværs af kommunerne til alle kommunernes borgere. Er borgeren visiteret efter Sundhedslovens § 140, er der mulighed for at vælge en anden kommunes tilbud, uden for det tværkommunale samarbejde. Er borgeren ikke i stand til at tage imod det tværkommunale kræftrehabiliteringstilbud efter gældende visitationsregler, vil hjemkommunen tilbyde et midlertidigt tilbud, som på sigt skal føre til, at borgeren kan indgå i det tværkommunale samarbejde.
Kompetencekrav til udfører (se specifikke kompetenceprofiler)	Autoriseret sundhedsfagligt personale med kompetencer indenfor kræftområdet: • Fysioterapeut • Sygeplejerske • Ergoterapeut. • Diætist
Monitorering og dokumentation	Det sundhedsfaglige personale udfører dokumentation og monitorering efter aftalte procedurer.
Pris for ydelsen	Ydelsen er gratis.
Sagsbehandlingsfrister	Borgeren kontaktes indenfor 10 hverdage efter henvisning er modtaget i hjemkommunen med henblik på en afklaring af rehabiliteringsbehovet. Der udarbejdes en skriftlig handleplan/afgørelse som gives eller sendes til borgeren. Ved henvisning til tværkommunalt samarbejde skal den modtagende kommune kontakte borgeren indenfor 5 hverdage efter modtagelse af henvisningen fra hjemkommunen. Den afsluttende evaluering skal ske indenfor 1 måned efter det tværkommunale forløb er afsluttet.

Bilag I: Faglige standarder

Bilag J: Competenceprofil

Bilag K: Regler om befordring til kræftrehabilitering

Visitation/henvisning til cancerrehabilitering efter lovgivning	Relevant lovgivning og vejledninger i forhold til befordring	Afgrænsning af personkreds
Sundhedsloven § 140, der udarbejdes genoptræningsplan ved udskrivelse fra sygehus	Sundhedsloven §§ 170-174 "Vejledning om træning i kommuner og regioner" https://www.sundhed.dk/content/cms/92/3292_vejledning-om-traening-i-regioner-kommuner-2011.pdf	Borgere har ret til befordring <i>eller</i> befordringsgodtgørelse til og fra genoptræningsstedet, hvis de opfylder en af følgende betingelser: 1. Modtager pension efter de sociale pensionslove 2. Hvis afstanden mellem bopælen og genoptræningsstedet overstiger 50 km 3. Hvis borgerens tilstand udelukker brug af befordring med offentlige transportmidler (bus, tog, færge) Ved udbetaling af befordringsgodtgørelse er det en forudsætning at udgiften, sv.t. billigste forsvarelige transportmiddel, overstiger kr. 25,- for pensionister og kr. 60,- for ikke-pensionister
Sundhedsloven § 119, der fremsendes REF01 ved udskrivning fra sygehus eller ved konsultation hos egen læge. Borgeren kan desuden selv kontakte hjemkommunens visitation mhp. tilbud.	-	Der er ingen lovgivning på området, der understøtter befordring eller befordringsgodtgørelse til denne personkreds.
Serviceoven § 86	Serviceoven § 117 "Vejledning om træning i kommuner og regioner" https://www.sundhed.dk/content/cms/92/3292_vejledning-om-traening-i-regioner-kommuner-2011.pdf	Der <i>kan</i> ydes tilskud til borgere, der pga. varig nedsat fysisk eller psykisk funktionsniveau har behov for befordring med individuelle transportmidler. Forskellige standarder i kommunerne. Nogen steder opkræves egenbetaling.
Alle lovgivninger	-	Flexitur er at betragte som kollektiv transport fra adresse til adresse og kan benyttes over kommunegrænser, såfremt begge adresser ligger i kommuner, der er med i ordningen. Taksten varierer fra tur til tur men oplyses, når borgeren bestiller turen. Hvis ærindet er genoptræning efter Sundhedslovens § 140, kan godtgørelse ydes, hvis borgeren lever op til betingelserne beskrevet ovenfor.