

# Palliation og rehabilitering – et umage par?

I denne uges statusartikel, »Koordinering af rehabilitering og palliation« (KRP), beskrives formålene med hhv. rehabilitering og palliation [1]. Hvor rehabilitering har fokus på udvikling/vedligeholdelse af fysisk, psykisk og/eller social funktionsevne, er det traditionelle mål for palliativ indsats at lindre den lidelse, der fysisk, psykisk, socialt eller eksistentielt kan være forbundet med at være ramt af en livstruende lidelse. Føles for de to indsatser er den tværfaglige tilgang, der gennem en individuelt tilpasset indsats søger at understøtte den enkeltes livskvalitet. Samarbejde og kommunikation på tværs af faggrupper og sektorer er altafgørende for en succesfuld koordinering, ikke mindst i de komplekse forløb. En udfordring kan være forskellige arbejdsgange og dokumentation. Dobbeltforløb skal undgås, ikke mindst for patienternes skyld.

I en nylig kortlægning fra REPHA [2] fremgår, at kommunerne generelt lever op til hospitalernes forventninger i forhold til, hvilke indsatser der varetages. Af kortlægningen fremgår også, at der er brug for øget fokus på rehabilitering ved fremskreden kræft og på palliativ indsats i relation til kræftrehabilitering.

Sundhedsstyrelsens forløbsprogram fra 2012 [3] lægger op til, at behovet for KRP kan være særlig stort i den tidlige palliative fase, hvor patienten netop er diagnosticeret med en livstruende sygdom. REPHA har tidligere i et internationalt review påvist, at KRP kan være relevant gennem hele sygdomsforløbet [4]. En nærliggende tanke kunne være en mindre rigid faseopdeling. En »funktion«, hvor den tidlige palliative indsats udbygges med målrettede rehabiliteringstiltag. Visionen om en sådan »hybridfunktion« er grunden til, at vi i Palliativ Team, Sygehus Lillebælt, Vejle, siden 2014 har kunnet tilbyde »palliativ rehabilitering« [5].

I det specialiserede dagtilbud indgår læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter, diætister, socialrådgivere, psykologer og en præst – alle med ekspertviden inden for det specialiserede palliative felt. Patienterne deltager typisk i gruppeforløb med fremmøde en gang ugentligt i 12 uger til en kombination af patient-/pårørendeskole og individuelt tilpasset holdtræning. Forud for starten af forløbet afholdes visitende samtale med symptom- og behovsafdækning ved en læge og en sygeplejerske, og der bliver foretaget individuelle test og introduktion til forløbet ved en fysioterapeut.

Hensivningskriteriet er »avanceret kræftsygdom og

symptomer og problemstillinger, der kræver en specialiseret tværfaglig indsats med rehabiliterende sigte«. Patienterne henvises fra sygehuslæge eller praktiserende læge. Der er et tæt samarbejde med de øvrige sygehusafdelinger i forhold til koordinering af behandling og håndtering af komorbiditet.

I slutningen af forløbet testes patienterne igen ved teamets fysioterapeut og modtager individuel rådgivning. En stor andel fortsætter i kommunale rehabiliteringstilbud. Afhængig af symptombyrde og kompleksitet afsluttes forløbet, og patienten overgår til onkologisk afdeling, palliativ teams udefunktion eller egen læge.

Patienter og pårørende oplever det som en stor fordel, at indsatsen afvikles sideløbende med den aktive sygdomsrettede behandling, så der sker en tidlig afdækning af ukontrollerede symptomer og individuelle behov. Indsatsen har desuden fokus på at klæde patienter og pårørende på, så de opnår indsigt i årsagen til aktuelle og forventede symptomer, samt hvilke muligheder de har for selv at påvirke deres forløb.

Vi mener, at vores bud på sammentænkning af tidlig palliativ indsats og rehabilitering giver gode og fleksible forløb for en subgruppe af patienter med avanceret kræftsygdom. Hvis KRP skal vise sit sande potentiale, må patienternes behov dog være styrende og indsatserne være til stede, når og hvor patienterne har brug for dem. En mulighed kunne være repræsentation af den specialiserede palliative indsats i tidlige multidisciplinære team-konferencer, hvor patienter med alvorlig livstruende sygdom drøftes. Dette bør også omfatte det nonmaligne område. Samtidig bør de rehabiliterende tiltag koordineres og udbygges, så det bliver tydeligt, hvad de forskellige sektorer tilbyder og til hvem. Dette vil sikre bedre patientforløb og en mere fornuftig udnyttelse af ressourcerne.

## LITTERATUR

1. Timm H, Vibe-Petersen, Thuesen J. Koordinering af rehabilitation og palliation. Ugeskr Læger 2018;180:V05170395.
2. Thuesen J, Rossau HK, Frausing S et al. Kræftrehabilitering i Danmark. REPHA – Videncenter for Rehabilitering og Palliation, Syddansk Universitet og Region Syddanmark, 2017.
3. Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft – del af et samlet forløbsprogram for kræft. Sundhedsstyrelsen, 2012.
4. Thuesen J, Mikkelsen TB, Timm H. Koordinering af rehabilitering og palliation til mennesker med livstruende sygdom. REPHA – Videncenter for Rehabilitering og Palliation, Syddansk Universitet og Region Syddanmark, 2016.
5. Nottelmann L, Groenvold M, Vejlgård TB. A parallel-group randomized clinical trial of individually tailored multidisciplinary, palliative rehabilitation for patients with newly diagnosed advanced cancer: the Pal-Rehab study protocol. BMC Cancer 2017;17:560.

## LEDER

Anette Hygum &  
Lise Nottelmann

Ugeskr Læger  
2018;180:V69637

## KORRESPONDANCE:

Anette Hygum, Palliativ Team, Onkologisk Afdeling, Sygehus Lillebælt, Vejle. E-mail: anette.hygum@rsyd.dk

## INTERESSEKONFLIKTER:

ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med lederen på Ugeskriftet.dk