

# Støtte i hverdagen med kræft

## Vejledning til brug af samtaleskema for kræftramte i Region Sjælland

I forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft fremgår det, at ca. 30 % af patienterne efter behandlingsforløbet forventes at få behov for en professionelt ledet indsats vedrørende rehabilitering og palliation. Den professionelle indsats kan ligge i sygehusregi, hos de praktiserende læger og i kommunen. En del kræftramte vil i deres forløb have kontakter i alle tre sektorer.

I hele indsatsen skelnes der mellem sygdomsspecifik indsats og generel indsats.

Den sygdomsspecifikke indsats fremgår af pakkeforløb for

kræft (se Sundhedsstyrelsens hjemmeside), og har udgangspunkt i den specifikke kræftdiagnose eller den ydede behandling. I pakkeforløbene er der beskrevet indsatser for:

- Specifik rehabilitering, eksempelvis postoperativ fysioterapi til brystopererede i henhold til national retningslinje.
- Specifik palliation, eksempelvis strålebehandling mod blødning i blære.
- Specifik sygepleje, eksempelvis oplæring i stomipleje efter klinisk retningslinje.
- Understøttende behandling, eksempelvis protokolleret kvalmebehandling (i forbindelse med kemoterapi)

Den generelle indsats er den professionelt ledet indsats vedrørende generel rehabilitering og palliation. Det kan f.eks. være:

- Fysisk træning på hold
- Kostvejledning, alkoholvejledning, rygestopkursus og motionsvejledning
- Psykosociale tilbud, eksempelvis
  - Temaoplæg vedrørende hverdagslivet med kræft
  - Patientskole
  - Erfaringsudveksling med ligestillede
  - Børnesorggrupper
  - Vejledning og støtte vedrørende tilknytning til arbejdsmarkedet.

Formålet med samtalskemaet er:

- Systematisk afdækning af om patienten har behov for professionel ledet indsats vedrørende rehabilitering og palliation.
- Afdækning af de pårørendes ressourcer og eventuelle behov (i forbindelse med patientens sygdom)
- At samme tilgang kan benyttes flere gange i et forløb

Samtale vedrørende behov for støtte i hverdagslivet med kræft skal som minimum foretages:

- Under behandlingsforløbet i sygehusregi.
- Ved afslutning af behandlingsforløbet på sygehuset
- Ved sektorovergange, samt regelmæssigt i kontrolforløbet.

Ved henvisning til kommunen, kan der være behov for udarbejdelse af nyt skema.

### **Før samtalen**

Skemaet kan udfyldes af borger (evt. sammen med pårørende) forud for samtale med sundhedsprofessionel. Herved kan skemaet være udgangspunkt for den efterfølgende samtale hvor faglige refleksioner og vurderinger inddrages og drøftes med patient/borger.

### **Under samtalen**

Hvert skema kvalificeres i dialog og færdigudfyldes eventuelt af en sundhedsprofessionel. Vær opmærksom på om patienten ønsker samtale på et senere tidspunkt.

### **Efter udfyldelse af skemaet**

På sygehusafdelingen

Ved vurdering af behov for intervention:

- Skal der ved behov for rehabiliteringsindsats ud fra lægefaglig vurdering sendes henvisning til kommunen.
- eller
- Sendes henvisning til regional rehabiliterings-/ palliationsindsats (ikke specialiseret, da disse indgår i kræftpakkeforløbene)
  - Ved behov for almen genoptræning sendes en GOP til kommunen, til patienten og praktiserende læge.

## Hos praktiserende læger

Ved vurdering af behov for intervention forstås, at der ud fra lægefaglig vurdering eks.:

- Henvises til kommunalt rehabiliteringstilbud.
- Iværksættes en rehabiliterings-/palliativ indsats i egen praksis
- Henvises til regional indsats (ikke specialiseret)
- Henvises til andet praktiserende tilbud, for eksempel diætist eller psykolog

## I kommunen

Også i kommunen skal der kunne foretages systematisk behovsvurdering af kræftramte borgere m.h.p. en generel rehabiliteringsindsats. Borgeren kan gennem sit forløb have kontakter til flere sagsbehandlere på samme tid, eksempelvis i jobcenter, myndighedsservice, træningsafsnit og sundhedscenter. Ved udarbejdelse af behovsvurdering, er det derfor vigtigt, at der internt i kommunen arbejdes frem mod aftale omkring samarbejdsmodel for hvem der gør dette, samt hvornår.

En særlig opmærksomhed skal være omkring identifikation af nye behov for fysisk træning i rehabiliterings-/palliationsindsatsen. Her kan være behov for lægefaglig vurdering, før en eventuel indsats sættes i gang.

Ved intervention i kommunen forstås her:

- Iværksættelse af rehabiliteringsindsats internt i kommunen, eks. etablering af kontakt til samtale hos koordinator, sagsbehandler i jobcenter, myndighedsservice, familieafsnit
- Kontakt til praktiserende læge m.h.p. lægefaglig vurdering i forhold til rehabilitering indeholdende fysisk træning.
- Kontakt til sygehuset m.h.p. tilknytning af borgeren til sygehusets generelle rehabiliteringsindsats.

Skema på næste side er et redskab til den sundhedsprofessionelle, som møder borgeren ved systematisk behovsvurdering. Formålet er at give eksempler til understøttelse af relevante refleksioner vedrørende behovsvurdering af de fysiske områder.

Fysiske områder	EKSEMPLER PÅ ÅRSAGER ud over bivik fra operation/kemo/stråler
Træthed	Blodmangel, inaktivitet, sygdom, depression
Søvn	Inaktivitet, søvnhygiejne, smerter, uro
Hukommelse/koncentrationsbesvær	Depression, metastaser
Smerter	Metastaser, ødemer, bivirkning, smertetyper
Nedsat bevægelighed og muskelkraft	Ødemer, inaktivitet, smerter
Svimmelhed/balance	Metastaser, væske-/blodmangel, paræstesier, syn
Spise/drikke/synke-besvær	Svamp, hævelse/lymfødem
Vægttab eller vægtøgning	Medicin, inaktivitet, karkeksi, ødemer
Tørre slimhinder	Svamp
Forstoppelse/diaré	Inaktivitet,
Vejrtrækningsbesvær	Ødem, væske i lungerne, angst, blodmangel,
Vandladningsproblemer	Urinvejsinfektion
Hævelse eks. arme, ben, hals	Ødemer, trombose, metastaser
Problemer med tænderne	Mundhygiejne
Seksuelle problemer	Kropsopfattelse
Syn og hørelse	Tinnitus,
Problemer med huden	Metastaser
Stikken og prikken i fingre/tæer	Diabetes, neuropatier, alkohol
Udføre daglige gøremål	Fysisk/kognitiv funktionsnedsættelse
Andre fysiske forhold	