

HVORDAN STØTTER ALMEN PRAKSIS BEDST OP OM SOCIALT SÅRBARE KRÆFTPATIENTER?

Afsluttende rapport
Projektperiode august 2021 til august 2023



FORSKNINGSENHEDEN
FOR ALMEN PRAKSIS
Aalborg



KLINISK INSTITUT
AALBORG UNIVERSITET

CENTER FOR ALMEN MEDICIN
VED AALBORG UNIVERSITET

Sammen om forskning og undervisning i almen medicin

Rapporten er udarbejdet ved

Center for Almen Medicin, Aalborg, Danmark

Fyrkildevej 7, 9220 Aalborg Øst

<https://www.almenmedicin.aau.dk/>

Lotte Lykke Larsen, forskningsassistent, can.scient.san.publ.

Camilla Hoffmann Merrild, lektor og seniorforsker, antropolog.

Kontaktperson: Lotte Lykke Larsen, lottelykkelarsen@dcm.aau.dk

Publiceret: efterår 2023

PDF

Link til publikation:

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/nordjylland/almen-praksis/konsulenthjaelp/konsulenttydelser/kraeftomraadet/indsatsomraader/>

Citering af rapporten (APA):

Larsen, L. L. & Merrild, C. H. (2023) *Hvordan støtter almen praksis bedst op om socialt sårbare kræftpatienter? Afsluttende rapport*. Center for Almen Medicin v. Aalborg Universitet. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/nordjylland/almen-praksis/konsulenthjaelp/konsulenttydelser/kraeftomraadet/indsatsomraader/>

Projektets organisation

Projektet er forankret i forskningsgruppen *Sårbarhed i praksis* ved Center for Almen Medicin v. Aalborg Universitet (CAM-AAU). Projektet er udført af Lotte Lykke Larsen, MSc og forskningsassistent ved CAM-AAU med vejledning af Camilla Hoffmann Merrild, antropolog, lektor og seniorforsker ved CAM-AAU. Projektet er støttet af Kræftgruppen i Nord-KAP – Kvalitetsenheden for Almen Praksis i Region Nordjylland.

I projektet ønsker vi at takke deltagerne i projektet - patienter og pårørende, praktiserende læger samt onkologer - for jeres store engagement og vigtige perspektiver. Desuden en tak til Kræftgruppen v. Nord-KAP for løbende sparring i relation til projektets udvikling og resultater.

Indhold

Resume.....	3
Baggrund.....	4
Formål	5
Målgruppe	5
Fase 1 – Afdækning	5
Eksisterende strukturer for almen praksis	5
Kvalitative interviews.....	6
Resultater - fase 1	6
Tema 1: Støtte i kræftopfølgning	6
Tema 2: Et samlet sundhedsvæsen.....	7
Tema 3: Multimorbiditet og hverdagsliv	8
Fase 2 – Udvikling	9
Workshop	9
Overblik over kræftpatienter	11
Onkologisk afdeling AAUH.....	11
Fase 3 - Afprøvning	12
Støttemodel version 1	12
Afprøvningsfund og justering af støttemodel.....	13
Fase 4 – Evaluering.....	14
Tilbagemeldinger ved opfølgende interviews	14
Støttemodel.....	15
Referencer	16
Bilag 1: Støttemodel.....	16

Resume

Projektet er et kvalitetsudviklingsprojekt, som har haft til formål at afdække udfordringer og behov i relation til kræftopfølgning i almen praksis til socialt sårbare patienter, og på baggrund heraf udvikle og afprøve en praksisnær støttemodel. Projektet har bestået af fire faser med hhv. afdækning, udvikling, afprøvning samt evaluering og implementering. Resultaterne er baseret på alle fire faser.

Perspektiver fra patienterne

Patienternes socialt sårbare livssituationer handler om ustabile netværk, egenomsorg, multisygdom, psykiske udfordringer samt alkoholmisbrug. Patienterne oplever ofte at være alene i deres kræftforløb, hvor den praktiserende læge kan være den eneste de taler med om kræftsygdommen, udenfor hospitalet. For patienterne er de relationelle aspekter vigtigst, i forhold til at se lægen som en del af et kræftforløb. Den praktiserende læges rolle er relativt lille i et kræftforløb, og for patienterne kan det være svært at vide, at deres praktiserende læge kan have en rolle. Patienterne har behov for at lægen er nærværende, samt at lægen er direkte og tydelig i relation til lægens rolle i kræftforløbet, samt lægens viden om patientens sygdom og prognose. Patienterne vil ikke forstyrre i almen praksis, og holder sig ofte tilbage, derfor har de behov for at lægen spørger aktivt ind.

Perspektiver fra de praktiserende læger

De praktiserende læger oplever at kræftopfølgning, særligt til socialt sårbare patienter, er komplekst og ikke muligt at standardisere, og derfor er der behov for at tage udgangspunkt i den enkeltes situation. De oplever at socialt sårbare patienter ikke kontakter almen praksis særlig ofte, og er derfor opmærksomme på, at der skal være høj tilgængelighed i almen praksis, når først patienten henvender sig, samt at der er behov for at være proaktive overfor målgruppen. Den praktiserende læges opgave i kræftopfølgning kan i høj grad være hjælp til praktiske ting i relation til kræftforløbet.

Kræftopfølgning efter endt kræftbehandling fylder meget lidt. Kræftopfølgning handler mere om at følge patienten i forløbet og støtte op, når en ny diagnose er stillet. Derudover vil de deltagende praktiserende læger gerne vil have mere dialog med hospitalet i forhold til at kunne byde ind som værende den primært ansvarlige i palliative forløb.

Tid er den største begrænsning i forhold til at kunne tilbyde den støtte og kræftopfølgning som ønskes. Samtidig mangler de praktiserende læger et nemt og overskueligt indblik i deres patienters behandlingsforløb i hospitalsregi, herunder tydelig besked når en ny kræftdiagnose er stillet eller når der er skifte i behandlingssigte. De praktiserende læger efterspørger også overblik over eksisterende tilbud og indsatser som målgruppen kan henvises til.

Støttemodel

På baggrund af det manglede overblik og indsigt i patienternes forløb blev der sat fokus på kommunikation mellem onkologer og praktiserende læger. Ved et dialogmøde var der et gensidigt ønske om tættere samarbejde og dialog om kræftpatienterne, særligt for de socialt sårbare patienter. Den endelige støttemodel indeholder information om patienternes ønsker til egen læge samt ideer til kræftopfølgning til målgruppen. Derudover er der information om eksisterende kommunikationsveje til onkologisk afdeling på AAUH og om eksisterende tilbud til målgruppen i Region Nordjylland.

Baggrund

Det er en stor udfordring for sundhedsvæsenet at hjælpe socialt sårbare patienter godt igennem deres kræftsygdom. Social ulighed i forekomst, behandling, rehabilitering og overlevelse efter kræft er veldokumenteret; en ulighed som er stadig stigende (Bøgelund et al., 2020; Dalton et al., 2019; Kræftens Bekæmpelse, 2019; Statens Institut for Folkesundhed and Syddansk Universitet, 2015). En opdatering af hvidbogen for *Social Ulighed i Kræft i Danmark* udgivet i foråret 2023 af Kræftens Bekæmpelse viser at det fortsat er en aktuel og stor problemstilling (Kræftens Bekæmpelse, 2023). En dansk rapport om rehabilitering på kræftområdet peger på at udsatte og socialt sårbare patienter er ekstra tids- og ressourcekrævende, fordi deres livssituation ofte er præget af kaos og mangeartede komplekse problemer, som de også skal have hjælp til at håndtere (Statens Institut for Folkesundhed and Syddansk Universitet, 2015). Det kræver tid og en vedholdende indsats, at spore sig ind på den enkeltes behov for støtte, og det er nødvendigt at forstå deres sociale situation og levekår for at kunne hjælpe (Merrild et al., 2016; Pedersen, 2018). Når de i tillæg til de eksisterende udfordringer rammes af kræft, og skal behandles og rehabiliteres bliver deres liv endnu sværere.

Sundhedsvæsenet i dag placerer patienterne som proaktive individer, som selv skal identificere og reagerer på tegn fra kroppen, som der bør reageres på, og dette har socialt sårbare kræftpatienter sværere ved at leve op til (Merrild and Andersen, 2019). En af almen praksis store styrker er et kontinuerligt kendskab til patienterne, da de oftest er patienternes første og uvisiterede møde med sundhedsvæsenet, og samtidig en integreret del af sundhedsvæsenet. Almen praksis varetager derfor rollen som tovholder (Dansk Selskab for Almen Medicin, 2023). Ved mistanke om kræft og henvisning til udredning i sygehusregi bør almen praksis kontakt med patienten fastholdes gennem hele forløbet. Som udgangspunkt har den praktiserende læge ansvaret for at fastholde kontakten til patient og pårørende, samt forsat kontrol og behandling af eventuelt andre sygdomme eller tilstande (Sundhedsstyrelsen, 2018).

I forhandlingsaftalen om almen praksis kom der i 2018 yderligere fokus på almen praksis rolle i kræftopfølgingsforløb, som danner baggrund for en vejledning fra DSAM om kræftopfølgning i almen praksis (Dansk Selskab for Almen Medicin, 2019; Kræftens Bekæmpelse, 2021). Vejledningens formål er at sætte fokus på en personcentreret tilgang i kræftopfølgning og samtidig løfte kvaliteten i opfølgningen, med henblik på at sikre bedre helbred og livskvalitet for den voksne patient, som har eller har haft kræft (Dansk Selskab for Almen Medicin, 2019). Flere undersøgelser peger på, at det er nødvendigt med en håndholdt indsats, hvis socialt sårbare patienter med kræft skal klare sig bedre (Hassani et al., 2020; Kræftens Bekæmpelse, 2018). Men hvordan tilbyder vi bedst sådan en indsats i regi af det etablerede sundhedsvæsen? De fleste indsatser til sårbare patienter bygger oven på det etablerede system, og består af ekstra ansatte, særlige centre, eller projektorienterede interventioner, som tilbydes lokalt og i en begrænset periode. Hvis man skal nå bredere ud, og hjælpe en større andel af socialt sårbare patienter, kan en bæredygtig løsning måske være at ændre på den måde man i det etablerede sundhedsvæsen tænker på sin egen rolle, i forhold til at yde støtte til denne gruppe patienter.

Formål

Projektet er et kvalitetsudviklingsprojekt. Projektet har haft til formål at afdække, hvordan man i regi af almen praksis, kan udvikle en støttemodel til socialt sårbare kræftpatienter. Indsatsen udvikles på baggrund af en afdækning af de udfordringer og behov der kan opstå i almen praksis i relation til at støtte op om socialt sårbare kræftpatienter, med udgangspunkt i de involverede parterers perspektiver.

Målgruppe

I projektet har 8 praktiserende læger samt 7 socialt sårbare kræftpatienter deltaget. Den udviklede støttemodel er målrettet praktiserende læger i Region Nordjylland, i deres arbejde med at støtte socialt sårbare patienter med kræft.

De praktiserende læger blev rekrutteret med hjælp fra Kræftgruppen ved Nord-KAP. Rekruttering indebar invitation via Nord-KAPs nyhedsmail, præsentation af projektet ved et møde i CAM-AAU's *brugerpanel for praktiserende læger*, samt personlige mails. *Tabel 1* viser en oversigt over de deltagende praktiserende læger.

Patienterne blev rekrutteret via de deltagende praktiserende læger. Krav til deltagelse var, at patienterne havde eller havde haft en kræftdiagnose, samt levede i socialt sårbare livssituationer. I projektet har der ikke opstillet en forhåndsdefinition af det at være 'socialt sårbar', det var i stedet de praktiserende lægers vurdering af om patienten var socialt sårbar. Det skyldes at projektets mål var at udvikle en model som almen praksis kan anvende, netop til de kræftpatienter, hvor understøttelse kan være svær. Det er derfor væsentligt, at projektets deltagere er sammenlignelige med de patienter, som vil være relevante at understøtte i den praksisnære virkelighed efter endt projektperiode. De sårbarhedsfaktorer som patienterne blev udvalgt efter var manglende eller svagt netværk, egenomsorg, multisygdom, psykiske udfordringer og alkoholmisbrug. *Tabel 2* viser en oversigt over de deltagende patienter.

Tabel 1: Oversigt over praktiserende læger

	Antal deltagere, n = 8
Alder, år	
Gennemsnit	48,5
Interval	42-62
Køn, antal	
Mænd	4
Kvinder	4
Anciennitet (praktiserende læge), år	
Gennemsnit	11,25
Interval	6-24
Praksistype, antal	
Solo	3
Samarbejds/kompagniskab	5
Indbyggere i praksis-by, antal	
1000-9999	4
10.000-30.000	4

Fase 1 – Afdækning

Fase 1 foregik i perioden august 2021 til og med februar 2022.

Eksisterende strukturer for almen praksis

Fase 1 startede med en afdækning af eksisterende rammer og strukturer for almen praksis i relation til kræftområdet. Afdækningen danner baggrundsviden til resten af projektet, bl.a. ved interviews i fase 1 med praktiserende læger, hvor de spørges ind til deres håndtering af kræftopfølgning, herunder taksering. Tanken var også at anvende denne viden ved analyse af interviewdata. Det viste sig

imidlertid at ydelser og taksering stort set ikke var et tema ved hverken fase 1 interviews eller fase 2 workshoppen, og derfor er denne del af projektet i stedet hovedsageligt anvendt som baggrundsviden.

Kvalitative interviews

I perioden oktober 2021 til januar 2022 blev der udført semistrukturerede individuelle interviews med 8 praktiserende læger, fra 7 forskellige lægepraksisser i Region Nordjylland. Interviewene blev udført i den praktiserende læges praksis, og varede i gennemsnit 50 minutter. Temaerne i interviewguiden var alle med udgangspunkt i behov, udfordringer og forbedringsmuligheder i forhold til kræftopfølgning til socialt sårbare patienter.

I perioden november 2021 til februar 2022 blev der udført semistrukturerede individuelle interviews med 7 patienter. Interviewene foregik i patientens eget hjem, og varede i gennemsnit 55 minutter. Interviewguidens temaer var alle med fokus på behov, udfordringer og almen praksis rolle i et kræftforløb.

Interviewene blev optaget på diktafon og transskriberet. Herefter er der udført en tematisk analyse af data opdelt på de to grupper, som frembragte 6 temaer i hver analyse. Efterfølgende blev de 12 temaer sammenlagt til 3 overordnede tværgående temaer, som alle indeholder temaer fra både læge- og patientperspektiv. I næste afsnit præsenteres resultaterne fra de 3 overordnede temaer:

- 1) støtte i kræftopfølgning, 2) et samlet sundhedsvæsen,
- 3) multimorbiditet og hverdagsliv.

Resultater - fase 1

Tema 1: Støtte i kræftopfølgning

Praktiserende lægers perspektiv - resume

I interviewene med de praktiserende læger er det tydeligt at kræftopfølgning i almen praksis til socialt sårbare patienter er komplekst, da behov og udfordringer er forskelligt fra patient til patient, diagnose til diagnose, og forløb til forløb. Det kan derfor være svært at standardisere kræftopfølgning til socialt sårbare kræftpatienter. Det er vigtigt at tage udgangspunkt i den enkeltes situation, og lave en individuel plan for kræftopfølgning, helst med en første kontakt lige efter at diagnosen er stillet.

De praktiserende læger oplever at de socialt sårbare patienter ikke opsøger almen praksis for at få støtte i deres kræftforløb. Der er derfor et ønske om at gøre det så let som muligt for målgruppen at komme i kontakt med egen læge, og et ønske om at være proaktiv overfor målgruppen. Det betyder at der arbejdes med forskellige strategier for at holde øje med patienternes forløb.

Tabel 2: Oversigt over patienter

	Antal deltagere, n = 7
Alder, år	
Gennemsnit	72
Interval	62-86
Køn, antal	
Mænd	2
Kvinder	5
Civilstand, antal	
Gift/samlever	5
Skilt/bor alene	2
Arbejdsmarkedstilknytning	
Pension	4
Førtidspension	3
Uddannelsesniveau, antal	
Højere	1
Faglig uddannelse	1
Ufaglært/uoplyst	5
Tidligere jobtitel, antal	
Ingeniør	1
Metalindustri + landbrug	2
Rengøring + SOSU-hjælper	4
Sygdomsstatus, antal	
Uhelbredelig kræft	5
Flere samtidige kræftsygdomme	2
Multimorbiditet	4
Mentale/psykiske sygdomme	2
Alkoholafhængighed	2

Den praktiserende læges rolle er også at være den gennemgående person som er der før, under og efter et forløb. Rollen er også at hjælpe med små og praktiske elementer i forbindelse med et kræftforløb, og et sted hvor der kan tales om frustrationer igennem et kræftforløb.

Opfølgning efter endt behandling, hvor patienten bliver helbredt, fylder stort set ikke hos de praktiserende læger. Det skyldes både, at når patienterne er raske, har de sjældent brug for hjælp, men også at almen praksis ikke altid opdager når en patient er afsluttet i et kræftforløb, desuden kan det være svært at navigere i anbefalinger til opfølgninger og viden om senfølger til de forskellige kræftformer.

Den største udfordring som de praktiserende læger oplever i relation til at støtte socialt sårbare kræftpatienter under og efter et kræftforløb er mangel på tid, både i konsultationen men også til at holde øje med patientens forløb, når patienten ikke ses i praksis, for at have mulighed for at handle proaktivt. En stor del af almen praksis rolle i forhold til socialt sårbare kræftpatienter er at vise deres tilgængelighed og få formidlet hvad almen praksis kan hjælpe dem med. De fleste af de praktiserende læger som har deltaget i projektet, vil også gerne have en større rolle i palliative forløb.

Patienternes perspektiv - resume

Flere af patienterne står relativt alene i håndtering af deres kræftforløb, men har fokus på at holde modet og humøret oppe så vidt muligt alligevel. Det kendetegner 6 ud af de 7 patienter i projektet at deres netværk er sparsomt, og selvom 5 ud af de 7 patienter bor med en ægtefælle/samlever, er flere af dem meget alene i kræftforløbet. Det går igen hos flere af patienterne, at den nærmeste pårørende ikke tager del i kræftforløbet. Det betyder også at egen læge kan være den som patienten primært snakker med, når det drejer sig om kræftforløbet.

Patienternes ønsker til egen læge handler især om helt basale relationelle aspekter, hvor de efterspørger at lægen er omsorgsfuld, lyttende og nærværende. Tid opleves som en begrænsning, både i forhold til at nå at tale om de ting som fylder for patienten, men også i forhold til at lægen har overskud til at være nærværende og lyttende. Konkret i forhold til kræftsygdommen og ved uhelbredelig sygdom ønsker patienterne at lægen er direkte og eksplicit omkring det, da det giver en sikkerhedsfølelse, når patienten ved, at lægen er klar over hvad patienten gennemgår. På den måde er det nemmere for patienten at henvende sig til lægen. Patienterne vil gerne snakke med lægen om hvordan de har det igennem deres kræftforløb, men de tager ikke selv initiativ til det. De er usikre på om deres bekymringer er vigtige nok, til at de kan optage lægens tid.

Tema 2: Et samlet sundhedsvæsen

Praktiserende lægers perspektiv - resume

For de praktiserende læger er sektorovergange en stor udfordring i arbejdet med socialt sårbare kræftpatienter, fordi det opleves at det ofte er i sektorovergangene, at udfordringer kan opstå hos målgruppen. Lægerne beskriver et manglende overblik over patienternes forløb. Epikriserne er utydelige, og det kræver meget grundig epikrise-læsning af lægen at fange når der er stillet en kræftdiagnose, eller hvis behandlingssigtet ændres, eller når behandlingen afsluttes. Det misses derfor nogle gange, og gør at lægen ikke følger op med patienten, som de ellers gerne vil. Dertil efterspørger at det står meget tydeligt i epikriserne, hvilken information der er til egen læge. Og at epikrisen måske markeres med at den indeholder vigtig information til egen læge.

Nogle steder læses epikriserne på tværs, så det kræver også internt i praksis at det formidles videre til den primære læge, hvis der er en ny diagnose eller andet, som de gerne vil reagere på. Et par læger i solopraksisser oplever det ikke som en udfordring at opdage det i epikriserne.

Lægerne vil gerne have mulighed for at være opdaterede, uden at de er i kontakt med patienten, så de kan følge med, også hos de patienter som ikke henvender sig af sig selv, eller kun sjældent gør det.

De mest komplicerede forløb, hvor patienten fejler flere forskellige ting, er der hvor tovholderrollen er vigtigst, men også sværest, i forhold til hvem der gør hvad og hvornår. Der ønskes også større indblik i hvilke indsatser og tilbud der er til patienterne, så de kan være opmærksomme på at anbefale det til patienterne.

Patienternes perspektiv - resume

For patienterne er hospitalet den primære kontakt i et kræftforløb, og almen praksis har ikke en særlig rolle i kræftforløbet. Patienterne kan mangle overblik over deres kræftforløb, især når der er kontakt til flere forskellige afdelinger. Kontinuitet er efterspurgt af patienterne, det er vigtigt både på sygehuset og i almen praksis. Patienterne ønsker at der samarbejdes mere på tværs af hospital og almen praksis, da det skaber tryghed hvis alle kontaktpersoner i sundhedsvæsenet har indsigt i kræftforløbet, uden at patienten er ansvarlig for at viderebringe informationen. Overordnet set er patienterne positive og tilfredse med den måde de er blevet mødt i deres kræftforløb, dog er der også erfaringer, hvor patienten ikke føler sig taget alvorligt, som er frustrerende og utrygt for patienterne at være i. Det gælder især i palliative forløb, hvor patienten kan føle sig opgivet.

Tema 3: Multimorbiditet og hverdagsliv

Praktiserende lægers perspektiv - resume

Den praktiserende læge ser oftest patienterne i forbindelse med andre ting end selve kræftsygdommen. Lægerne mener at det ikke altid fylder så meget for patienterne at være i et kræftforløb, og derfor skal det heller ikke fylde i almen praksis. Men lægerne vil gerne sikre sig at der tages hånd om eventuelle psykiske eller sociale udfordringer i forbindelse med kræftforløbet.

Patienternes perspektiv - resume

Patienterne havde inden deres kræftforløb ikke et særlig stort kendskab til sundhedsvæsenet, og hvad de kunne forvente at modtage af behandling og støtte. Det kan derfor være svært for patienten at stille spørgsmål og krav. Patienterne er meget positivt indstillet overfor den behandling de har fået. På den anden side var forventningerne inden forløbet gik i gang også begrænsede. Patienterne nævner forskellige tidspunkter igennem deres kræftforløb som de tidspunkter hvor de har været mest bekymrede og det har været sværest at være i. Tidspunkterne er når de afventer svar under udredning, når diagnosen stilles, og ved besked om uhelbredelig sygdom.

Patienterne håndterer sygdom og hverdag på forskellige måder. Men overordnet set er det følgerne af kræftsygdommen, i form af blandt andet træthed og manglende energi, som har størst indflydelse på dagligdagen og ikke selve det at have en kræftsygdom. Det er frustrerende for patienterne når de ikke længere kan det, de plejer at kunne. De fleste af patienterne har også andre kroniske sygdomme, som påvirker dem mere i hverdagen end kræftsygdommen gør.

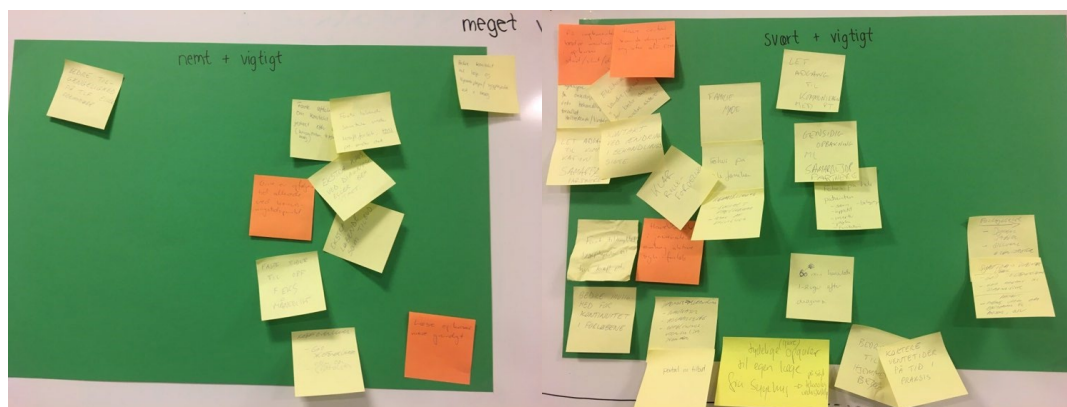
Patienterne tager ikke bare kontakt til egen læge eller opsøger hjælp i sundhedsvæsenet. Det gælder fx i forhold til at reagerer på senfølger, fordi patienten ikke vil forstyrre og optage tiden i almen praksis. Det kan også betyde at de går uafklarede hjem fra konsultationen, fordi de holder igen med at stille spørgsmål, når de ses i almen praksis.

Fase 2 – Udvikling

Fase 2 foregik i perioden marts 2022 til november 2022. Fase 2 havde til formål at udvikle støttemodellen som blev sendt til afprøvning i fase 3. Nedenfor er de elementer som fase 2 bestod af beskrevet. Herefter er der udviklet en første version af støttemodellen, som indholdsmæssigt beskrives under fase 3, hvor den blev afprøvet i almen praksis.

Workshop

Første del af udviklingsfasen var en workshop, hvor 6 af de 8 praktiserende læger fra fase 1 deltog. Workshoppen tog udgangspunkt i de udfordringer som interview med både patienter og læger viste i fase 1. Der blev arbejdet med ideudvikling i relation til støtte til socialt sårbare kræftpatienter. Workshoppen blev optaget på to diktafoner. Ideer blev placeret på plancher, fordelt efter sværhedsgraden af udfordringen. Lydoptagelserne blev transskriberet efter samme procedure som ved de individuelle interviews.



Workshoppen bidrog med følgende overordnede perspektiver:

Elementer internt i almen praksis

Der efterspørges hjælp til at **opsøre** hvem der har behov for støtte, og hvornår. De praktiserende læger ønsker at tilbyde støtte, **proaktivt** (når diagnose stilles og når der skiftes behandlingsfase), uden at skulle bruge for meget tid på at holde øje, og huske at holde øje.

Der er dialog om at anvende **stratificering** af kræftopfølgning efter hvem der har mest behov, og dermed mere individualisering, grundet forskellige behov og forløb. Der er et ønske om at tilbyde faste aftaler om kontakt under forløbet, justeret efter den enkeltes behov. Lægerne ønsker mere fokus på hele patienten i kræftopfølgningen, herunder smerter, psyke og bekymringer, samt patientens familie.

Der er et ønske om at sikre **kontinuitet** i almen praksis, med en fast læge og sygeplejerske, især til socialt sårbare patienter, og med mere brug af hjemmebesøg, samt en lang konsultation når en ny kræftdiagnose stilles. Der efterspørges plads og mulighed for at kunne tilbyde dette. Der skal internt

være fokus på at være tilgængelige, med mindre ventetid i telefon og på tider til konsultation. Disse patienter skal altid kunne få en tid.

Aktive kræftforløb skal kunne gøres mere tydelige i journalen, så alle opdager det, gerne via en teknologibaseret løsning, så det ensrettes.

Viden og eksisterende indsatser

Der efterspørges mere kendskab til **eksisterende tilbud og indsatser**. Der ønskes en opdateret oversigt over eksisterende tilbud til målgruppen. Ligeledes efterspørges mere viden om **anbefalinger og senfølger** i relation til kræft. DSAM-vejledningen til kræftopfølgning i almen praksis kunne med fordel udbredes noget mere. I forbindelse med mere viden om feltet, er der samtidig et opmærksomhedspunkt på et behov for **at sortere i informationen** til almen praksis, da der kommer så meget, at det sjældent bliver læst, fordi der er for meget.

Kommunikation og samarbejde på tværs af sektorer

Epikriser fylder meget ved workshoppen, da det har stor betydning hvordan og hvilken information der er i epikriserne, for den praktiserende læges mulighed for at støtte patienten. Der efterspørges derfor **tydeligere epikriser** og kommunikation fra hospitalerne og ud til almen praksis. Det ønskes at:

- a) Info til egen læge og opgaver til egen læge, skal stå øverst i epikrisen
- b) Informationsmængden skal mindskes, så kun det vigtige er med
- c) Farvekodning skal bruges noget mere
- d) Etablering af mulighed for at egen læge kan skrive tilbage til hospital, når der kommer en epikrise (fx jeg vil gerne tilbyde min hjælp i det palliative forløb)
- e) Implementering af bedre markeringer i epikriser om start/slut/diagnose
- f) Tydelig markering ift. behandlingssigtet (kurativt/palliativt).

Ved workshoppen er der gentagne ideer som alle handler om en form for **elektronisk vandrejournal** som kan hjælpe ved sektorovergange. Det er netop for at gøre information tilgængelig på tværs af sektorerne, og dermed undgå at patienterne selv skal videreformidle på tværs, samt at gøre det muligt for alle at følge med i patientens forløb. Der mangler teknologiske løsninger som kan bidrage til dette, et sted med en fælles oversigt over patientens forløb, som alle kan tilgå - også når patienten ikke er til stede. Gerne en løsning som kan inkorporere korrespondancemeddelelser, med en mere naturlig og direkte kommunikation, fx omkring hvem gør hvad og hvornår.

Det efterspørges at sygehus sørger for at patienten får en tid ved egen læge, inden de afslutter patienten på sygehuset. Samt i den forbindelse at der udbredes mere viden om hvad egen læge kan bidrage med i et kræftforløb, både til patienterne, men især også til lægerne på hospitalet, så de ved at den praktiserende læge kan inddrages i forløbet.

Palliative forløb har også et stort fokus, da de praktiserende læger oplever at være sat på et sidespor, da patienterne ofte er henvist videre til specialiseret palliativ behandling, inden den praktiserende læge får besked om at patientens forløb er palliativt, og har derfor ikke mulighed for at nå at gøre sig tilgængelig som primær behandler i det palliative forløb.

Andre elementer

Ved workshopen frembringes også ideer og ønsker som har mere politisk karakter. Det foreslås at basishonorar er afhængig patientpopulationens socioøkonomiske sammensætning, så praksis med mange komplekse patienter kan bruge længere tid på deres patienter. Spørgsmålet om manglende tid og for få læger opleves som en af de største hindringer i forhold til at støtte op om patienterne. Især til de patienter der ikke selv efterspørger hjælpen.

Desuden gøres også opmærksom på at det er vigtigt at kigge på strukturel forebyggelse, og forsøge også at tilpasse/målrette dette til socialt sårbare patienter. Samtidig skal resten af samfundet også tænkes ind, så det ikke blot er egen læges opgave at hjælpe socialt sårbare kræftpatienter, der er også behov for sociale fællesskaber, og brug af frivillige til at støtte op.

Telefonkonsultations mulighederne er forringet (pga. lavere honoreringssats), men sparer tid i forhold til videokonsultation, og lægerne vil derfor hellere anvende telefonkonsultation mere.

Overblik over kræftpatienter

Mange af udfordringerne, handlede om manglende overblik over patienterne: hvem af mine patienter har kræft, hvornår er diagnosen stillet, hvem af kræftpatienterne har behov for ekstra støtte, hvor er de i forløbet, hvad er behandlingssigtet osv. Derfor har fase 2 i høj grad handlet om muligheder for at skabe et bedre overblik. På baggrund heraf har vi afsøgt flere muligheder. Det gælder:

- Datatræk fra Region Nordjylland med information om den enkelte praksis kræftpatienter. Et datatræk som dette vil dog komme med forsinkelse, og vil derfor ikke give lægerne mulighed for at handle proaktivt på informationen.
- Dialog med MedCom og EG Clinea om implementering af en funktion i EG Clineas journalsystem, hvor der automatisk generes en oversigt over kræftpatienter og deres diagnosetidspunkt. *Interesse, men ikke konkret samarbejde herom, endnu.*
- Dialog med datakonsulenterne ved Nord-KAP. Den bedste mulighed lige nu for at opnå overblik er at lave et system hvor man selv holder øje i eget journalsystem.
- Deltagelse i workshop afholdt af VID omkring overblik over socialt sårbare kræftpatienter i journalsystemerne.
- Klyngepakke fra Region Midtjylland omhandlende 'Overblik over mine kræftpatienter' med vejledninger fra KIAP og SydKIP i forhold til at lave datatræk i hhv. XMO og EG Clinea, som er de journalsystemer de deltagende praksis anvender. Disse vejledninger blev inddraget i støttemodellen version 1, som blev afprøvet i fase 3.

Onkologisk afdeling AAUH

Det manglende overblik handlede i stor grad om manglende viden om patienternes forløb på hospitalet, og minimalt tværsektorielt samarbejde omkring patienterne. Derfor inviterede vi onkologisk afdeling på Aalborg Universitetshospital ind i projektet, hvor 2 overlæger har bidraget ind i projektets andet år. I projektet er der udført et interview og to dages observation på onkologisk afdeling, samt et indledende møde i forhold til inddragelse i projektet. Det bidrag samlet set med perspektiver som beskrives herunder.

På onkologisk afdeling er de meget interesseret i et tættere samarbejde med almen praksis, fordi den praktiserende læge kender patienten og patients lokalområde bedst. Den praktiserende læge kan bidrage med noget som onkologen ikke kan: kendskab til tidligere sygdomshistorier, patientens liv og familie, samt lokalområdet – fx hvilke tilbud der er. En fordel ved at den praktiserende læge er med i forløbet er også at lægen derved er opdateret, når engang patienten afsluttes på hospitalet.

Patienterne på onkologisk afdeling kommer oftest fra andre afdelinger på hospitalet, derfor ser onkologisk afdeling ikke henvisningen fra almen praksis. Ofte går patienten i et ambulante forløb på onkologisk afdeling indtil patienten har været rask i 5 år, og der er derfor sjældent behov for en overleveringsbesked til almen praksis, når først patienten har været rask i 5 år.

Der er meget sjældent et samarbejde med den praktiserende læge, selvom der er muligheder for dialog via specialistrådgivningen. Det ville være godt hvis telefonisk kontakt på tværs blev mere anvendt. Onkologerne har mulighed for at sende en kopi af deres ambulante notater, men det anvendes kun ved konkrete informationer.

Onkologerne vil gerne vide hvilke praktiserende læger som er interesseret i at være en større del af patientens forløb, så de kan inddrages. Der er oplevelser hvor onkologen har forsøgt at række ud efter den praktiserende læge, men det ikke er blevet godt modtaget, og derfor afventes nu i stedet at den praktiserende læge er den proaktive i forhold til samarbejdet. Hvis egen læge skal have en større rolle i kræftforløbet, skal opgaver være tydeligt fordelt og aftalt, så der ikke opstår spørgsmål fx i forhold til receptfornyelse eller lignende.

Patienterne "klager" over egen læge ikke har tid. Nogle opgaver løses derfor på onkologisk afdeling, som burde være ved egen læge, fordi patienten ellers oplever ikke at få hjælp.

Internt på sygehuset markeres social sårbarhed i journalen i form af en markering som "kommer alene", "sparsomt netværk" eller lignende. Ofte er det opsporet at patienten er i en socialt sårbar situation inden de kommer til onkologisk afdeling.

Epikriser som indeholder en kræftdiagnose kan komme fra mange forskellige afdelinger, men sjældent fra onkologisk afdeling. Det kræver derfor et samarbejde på tværs af de udredende afdelinger. Det har ikke været muligt at etablere i projektperioden.

Fase 3 - Afprøvning

Fase 3 foregik i periode november 2022 til marts 2023. Støttemodellen som blev udviklet i fase 2, blev afprøvet hos 5 af de praktiserende læger, som også deltog i indledende interviews og workshop. De 5 praktiserende læger fik udleveret og gennemgået støttemodellen. Støttemodellen er afprøvet i perioden december 2022 til og med februar 2023.

Støttemodel version 1

Første version af støttemodellen indeholdt fire temaer, som er beskrevet herunder.

STØTTEMODEL TIL KRÆFTOPFØLGNING I ALMEN PRAKSIS	
HVORDAN STØTTER VI BEDST OP OM SOCIALT SÅRBARE KRÆFTPATIENTER I ALMEN PRAKSIS?	
AFPRØVNING AF STØTTEMODEL FRA DECEMBER 2022 TIL OG MED FEBRUAR 2023	
INDHOLD	
INTRODUKTION.....	SIDE 1
OVERBLIK OVER KRÆFTPATIENTER I JOURNALSYSTEM.....	SIDE 1
TVERSEKTORIELT SAMARBEJDE.....	SIDE 2
PATIENTERNES BEHOV OG ØNSKER TIL EGEN LÆGE.....	SIDE 3
EKSISTERENDE TILBUD OG INDSÆTSEL.....	SIDE 4
BILAG 1: KLYNGEPARKE – OVERBLIK OVER KRÆFTPATIENTER.....	SIDE 5
BILAG 2: VEJLEDNING TIL DATAINTEK I EG CLINICA.....	SIDE 8
BILAG 3: VEJLEDNING I DATAINTEK I XMO.....	SIDE 16
BILAG 4: ICP-2 DÅNKE OVERSIGT.....	SIDE 20



CENTER FOR ALMEN MEDICIN
1100 ÅRHUS HOSPITAL 1100-0001
REGIONEN DE NORDJYSKE OG HJØRRING LÆGEKONTORET

Overblik over kræftpatienter i journalsystem

Første tema handlede om at skabe overblik over kræftpatienterne i journalsystemerne. Blandt andet med henblik på at gøre det lettere at handle proaktivt overfor kræftpatienterne, som efterspurgt i både fase 1 og 2. Vejledninger fra SydKIP/KIAP til at fremsøge kræftpatienter i journalsystemerne XMO og EG Clinea var vedlagt, til at lave datatræk.

Tværasektorielt samarbejde

Samarbejde og dialog med onkologisk afdelingen på Aalborg Universitetshospital var anden del. Her er der et gensidigt ønske om mere kommunikation og tættere samarbejde omkring socialt sårbare patienter. Derfor var hovedpunktet en invitation til et dialogmøde på tværs af almen praksis og kræftafdelingen på Aalborg Universitetshospital. Et dialogmøde som en del af afprøvningen er både med henblik på at skabe dialog på tværs af sektorerne omkring samarbejde i relation til målgruppen, og med henblik på afklaring af hvorvidt det vil give mening at udbyde dialogmøder som dette fremover. Desuden var der information i støttemodellen om onkologernes perspektiver fra fase 2. Ligeledes var der information og links til kontaktinformation på specialistrådgivningen.

Dialogmødet blev afholdt i slutningen af afprøvningsperioden. Ved dialogmødet deltog 4 af de praktiserende læger som har deltaget i hele projektet, samt to overlæger fra onkologisk afdeling. Desuden deltog en praksiskonsulent på kræftområdet fra Nord-KAP, samt to repræsentanter fra VID - Netværk for viden og kompetencer i almen praksis.

De vigtigste perspektiver fra dialogmødet handler om mere skriftlig kommunikation mellem sektorerne, især når patienten er socialt sårbar. På nuværende mangler der indblik i patientens journaler på tværs af sektorerne. Så længe systemerne ikke taler bedre sammen er den bedste løsning lige nu:

- Mere brug af korrespondancemeddelelser mellem den praktiserende læge og onkologisk afdeling, i forhold til opmærksomhedspunkter, fx hvad ved man om patientens situation og forløb, som er væsentlig for den anden at vide.
- Tydeligere epikriser i forhold til ny diagnose, skifte i behandlingssigte (særligt når patienten overgår til lindrende behandling) samt opgaver til den praktiserende læge (fx når patienten afsluttes, om opmærksomhedspunkter ift. senfølger, tegn på recidiv eller medicin mm.).

Patienternes behov og ønsker til egen læge

Tredje del i støttemodellen var vidensdeling af patienternes ønsker og perspektiver, med forslag til hvordan patienternes behov og ønsker til egen læge kan imødekommes.

Eksisterende tilbud og indsatser

Fjerde del af støttemodellen var en oversigt over tilbud og indsatser der findes i Region Nordjylland til kræftpatienter og til patienter i socialt sårbare livssituationer.

Afprøvningsfund og justering af støttemodel

I forhold til overbliksdelen så giver vejledningen i EG Clinea ingen brugbare lister. Samtidig er EG Clinea i afprøvningsperioden ved at udrulle et nyt statistikmodul, som vejledningen til datatræk ikke passer til. I XMO fremkommer en liste over alle patienter i journalsystemet som har en kræftdiagnose, men det er ikke sorteret i forhold til hvornår diagnosen er stillet mm.

Tilbagemeldinger var meget positive i forhold til at onkologisk afdeling også ønskede et tættere samarbejde, og at dialogmødet kan åbne op for dette, ved at få kendskab til hinanden og hinandens perspektiver.

I forhold til eksisterende tilbud efterspørger en "print her-funktion", så informationen nemt kan gives videre til patienten.

Der er enighed om at en 'klynge' vil være et godt sted til formidling af støttemodellens indhold. Der er forslag om at indholdet i støttemodellen omdannes til et videoindslag til et klyngemøde, eller til uddannelsesmateriale til eks. PLO-E kursus, praksisdage eller lægedage. Det kunne være i samarbejde med onkologerne, så undervisningen både varetages af en repræsentant fra almen praksis og en fra onkologisk speciale.

I forhold til støttemodellens længde efterspørger en kortere version, end den første udgave. Et resume kan evt. deles via Nord-KAP, fx med link til den fulde version.

På baggrund af tilbagemeldingerne revideres støttemodellen, hvor datatræk i journalsystemener fjernes, og støttemodellen indeholder herefter: patienternes perspektiv og ideer til hvordan egen læge kan støtte patienten ud fra dette, dernæst er der særligt fokus på kommunikation på tværs af almen praksis og onkologisk afdeling, samt en opdateret oversigt over eksisterende tilbud til målgruppen.

Fase 4 – Evaluering

Fase 4 foregik i perioden marts 2023 til og med maj 2023. Fase 4 bestod i første omgang af opfølgende interviews med de 4 praktiserende læger som både fik udleveret støttemodellen i december 2022 og som deltog ved dialogmødet. Den opdaterede støttemodel blev udsendt inden interviewene, i to forskellige layoutversioner. Interviewene blev udført i marts 2023. Et interview var ved et videoopkald, et andet ved telefonopkald og de sidste to foregik i praksis hos den praktiserende læge. Interviewene havde en varighed på mellem 25 og 60 min. I interviewet blev der spurgt ind til støttemodellens indhold, dialogmødet, samt spørgsmål til layout og format af støttemodellen.

Tilbagemeldinger ved opfølgende interviews

Der efterspørger fortsat en semiautomatisk funktion til at frembringe overblik over kræftpatienterne i eget journalsystem. Det er særligt i store praksisser at der mangler overblik, hvor sololæger lettere kan skabe overblik ud fra epikriselæsning og 'holde-øje' i journal og kalender. Det handler først og fremmest om at modtage tydelig information fra sygehuset, og lave en organisering i almen praksis, hvor de ser og anvender de beskeder der kommer fra sygehuset. Det skal være let at se at "i dag er



der kommet en ny diagnose". Et datatræk vil altid give informationen på bagkant, og derfor er mere og tydeligere kommunikation på tværs af sektorerne det der efterspørges mest. Der er derfor behov for at udbrede til et generelt tættere samarbejde og tydelig kommunikation på tværs, på alle afdelinger som behandler kræftpatienter, og ikke kun onkologisk afdeling.

Der er overordnet meget positive tilbagemeldinger på dialogmødet, grundet oplevelsen af et gensidigt ønske om et tættere samarbejde og mere kommunikation på tværs, i relation til at opspore og støtte socialt sårbare kræftpatienter. Efterfølgende har den ene af onkologerne også meldt tilbage at korrespondancebreve er taget mere i brug, og at det er en positiv oplevelse.

Der er forskellige tilbagemeldinger i forhold til om dialogmøder skal udbydes fremover. Både at det er en god ide, da størrelsen i dialogmøder netop giver anledning til dialog og at lære hinanden at kende, og forstå hinandens perspektiver. Men også at det er mere oplagt at præsentere informationerne i større skala, fx ved Nordjysk Kræftdag. Ligeledes meldes tilbage, at mere kommunikation på tværs af sektorerne i dagligdagen formentlig er det der flytter mest for patienterne. Information om mulighederne for kontakt til onkologisk afdeling vil være godt at få udbredt til almen praksis.

Der er forskellige holdninger til hvor meget patienternes behov og ønsker til egen læge i et kræftforløb skal fylde i en støttemodel. Det varierer fra, at det er det vigtigste punkt, og væsentligt at minde om hvad patienternes perspektiv er. Samtidig er der også et perspektiv omkring at patientrelationer, og patienternes forskellige behov allerede er et opmærksomhedspunkt i almen praksis, og derfor ikke behøver tage pladsen i en støttemodel.

Det foreslås at kræftens bekæmpelse kunne være med til at udbrede patienternes perspektiv og videreformidle til patienterne, at de gerne må gøre brug af egen læge under og efter et kræftforløb. Det foreslås at punkterne med patienternes perspektiv skal sendes ud til almen praksis, fx i en nyhedsmail fra Nord-KAP.

Det er positivt med en oversigt over tilbud og indsatser. Det mest naturlige sted at lede efter det vil være under Nord-KAPs del på sundhed.dk. Der ønskes så få klik som muligt, samt info om hvem der kan henvise, hvordan og hvem der tager kontakt.

En dobbeltsidet version er støttemodellen foretrækkes, som både kan fungere online og i laminatark version. Diverse links bør kunne findes via sundhed.dk, da det er her de automatisk leder. På baggrund af tilbagemeldinger og dialog med samarbejdspartnere er støttemodellen tilrettet, både indholdsmæssigt og layoutmæssigt.

Støttemodel

Den endelige støttemodel indeholder formidling af patienternes ønsker og behov, ideer til kræftopfølgning til målgruppen, information om overblik over patienterne i journalsystemet, information om eksisterende tilbud og indsatser i Region Nordjylland, samt kontaktoplysninger til tværsektorielt samarbejde, med hovedfokus på onkologisk afdeling på Aalborg Universitetshospital. Støttemodellen kan ses i bilag 1.

Referencer

- Kræftens Bekæmpelse (2019) *Hvidbog. Social Ulighed i Kræft i Danmark*. København Ø.
- Bøgelund M, Yssing C and McMillan A (2020) *Hvad nu, hvis der ikke var ulighed i opsporing og diagnostik af kræft?*
- Dansk Selskab for Almen Medicin (2019) *Kræftopfølgning i Almen Praksis - Klinisk Vejledning for Almen Praksis*. 1st ed.
- Dansk Selskab for Almen Medicin (2023) *Opgaverne for Almen Praksis - En Rapport Fra DSAM*.
- Hassani AR, Rossen S and Andersen CW (2020) Socialfaglig sygeplejerske kan mindske ulighed i sundhed. *Fag & Forskning. Sygeplejersken* 2: 30–35.
- Kræftens Bekæmpelse (2018) Evaluering af Navigatorprojektet – Kræftens Bekæmpelses nationale indsats målrettet socialt sårbare kræftpatienter.
- Kræftens Bekæmpelse (2021) *Temarapport: Viden om kvalitet i kræftpatientforløb. Rehabilitering og palliative indsatser i forbindelse med kræft*. København Ø.
- Kræftens Bekæmpelse (2023) *Hvidbog. Social Ulighed i Kræft i Danmark*. Available at: www.cancer.dk/hvidbog2.
- Merrild CH and Andersen RS (2019) Disengaging with the cancerous body. *Health SAGE journal*: 1–16. DOI: 10.1177/1363459319848049.
- Merrild CH, Vedsted P and Andersen RS (2016) Situating social differences in health and illness practices. *Perspectives in Biology and Medicine* 59(4): 547–561. DOI: 10.1353/pbm.2016.0047.
- Dalton SO, Halgren Olsen M, Moustsen IR, et al. (2019) Socioeconomic position, referral and attendance to rehabilitation after a cancer diagnosis: A population-based study in Copenhagen, Denmark 2010–2015. *Acta Oncologica* 58(5). Taylor & Francis: 730–736. DOI: 10.1080/0284186X.2019.1582800.
- Pedersen PV (2018) *Socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet*. København K. Available at: https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2019/socialt_udsattes_moede_med_sundhedsvaesenet.
- Statens Institut for Folkesundhed and Syddansk Universitet (2015) Når man har sagt A, må man også sige B: Om social ulighed i kræftrehabilitering.
- Sundhedsstyrelsen (2018) *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*.

Bilag 1: Støttemodel

Se næste side.

KRÆFTOPFØLGNING I ALMEN PRAKSIS

NÅR PATIENTENS LIVSSITUATION OGSÅ ER SOCIALT SÅRBAR

Støttemodellen er udviklet i projektet: *Hvordan støtter vi bedst op om socialt sårbare kræftpatienter i almen praksis?*

Formålet med støttemodellen er at bidrage til praktiserende lægers muligheder for at støtte kræftpatienter, som også er i socialt sårbare livssituationer.

PATIENTERNES ØNSKER OG BEHOV I MØDET MED DEN PRAKTISERENDE LÆGE

- At egen læge er **direkte og eksplicit**. Patienterne ønsker at der spørges bredt ind, og direkte f.eks. om psykisk belastning.
- At egen læge er **åben og tydelig omkring patientens sygdomsstatus**, f.eks.: er patientens tilstand livstruende er det vigtigt for patienten at vide, at du som patientens egen læge er klar over det.
- At egen læge er **nærværende, lyttende og omsorgsfuld**.
- At egen læge **italesætter sin rolle** i kræftforløbet, og fortæller hvad almen praksis kan bidrage med i forløbet. Italesæt f.eks. overfor patienten hvornår og hvordan I er tilgængelige.
- At egen læge er **proaktiv og opsøgende**.
- Det er ikke naturligt for patienten at inddrage egen læge i kræftopfølgning, hvis ikke egen læge har været en del af kræftforløbet.

IDEER TIL KRÆFTOPFØLGNING

- **Aftal en opfølgning** når en patient sendes i kræftudredning, uanset udredningssvaret. Her kan du fra start aftale med patienten hvordan kontakten skal være i kræftforløbet, så det er tilpasset patientens behov og dine muligheder.
- Vær opmærksom på, at flere **patienter ikke vil forstyrre i almen praksis**, og holder igen med at tage kontakt, samt stille spørgsmål.
- Vær opmærksom på, at ikke alle patienter ved hvad de kan forvente fra sundhedsvæsenet ved alvorlig sygdom, og hvilke **muligheder for hjælp** der er. Det bør derfor i særlig grad præsenteres for patienter, som vurderes at have et særligt behov for støtte.
- Står patienten meget alene kan du **henvise til bisidderstøtte**, se eksisterende tilbud på næste side. Vær opmærksom på om patienten er alene om at håndtere kræftforløbet, også patienter der ikke bor alene.

HAR DU OVERBLIK OVER DINE PATIENTER?

I projektet er flere muligheder undersøgt i relation til at opnå bedre overblik over kræftpatienter i journalsystemet. Den bedste løsning (lige nu) er, at I internt i praksis aftaler en plan for hvordan I vil holde øje ved epikriselæsning, med beskeder som I ønsker at handle proaktivt på. F.eks. ved ny diagnose eller skifte i behandlingssigte fra kurativ til pallierende. **Marker evt. patienter som I ønsker at holde ekstra øje med.**

- MedCom og PLO er i gang med et projekt om Diagnosekort, mhp. at ensrette og standardisere diagnosekodning. Du kan læse mere via dette link: [klik her](#)

RESSOURCER TIL PRAKTISERENDE LÆGER

SENFØLGER OG HENVISNINGSTILBUD I RELATION TIL DETTE [klik her](#)

DSAM'S VEJLEDNING TIL KRÆFTOPFØLGNING I ALMEN PRAKSIS [klik her](#)

KOMMUNIKATION MED ONKOLOGISK AFDELING, AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL

Du kan gøre brug af **korrespondancebreve** til onkologisk afdeling, f.eks. om opmærksomhed på patientens socialt sårbare livssituation. Onkologisk afdeling AAUH ønsker mere dialog og tættere samarbejde med almen praksis, kontakt fra dig er derfor velkommen.

Onkologisk telefontjeneste:

Alle dage 8-15 + via omstillingen er der adgang til bagvagt døgnet rundt: [klik her](#)

- Gastrointestinal kræft tlf.: 21 20 06 39
- Gynækologisk/CNS/melanom/urologiske kræftsygdomme tlf.: 21 20 39 73
- Lungekræft tlf.: 21 20 66 15
- Brystkræft tlf.: 21 20 80 91
- Hoved-/halskræft tlf.: 24 34 80 81

Palliativ vagt- og rådgivningsordning tlf.: **97 66 07 47** eller [klik her](#) for lokalnumre og mere info

Forløbsbeskrivelse for Palliation i Region Nordjylland: [klik her](#)

REHPA – VIDENSCENTER FOR REHABILITERING OG PALLIATION

Oversigt over palliationstilbud i Region Nordjylland, med hospices og specialiserende tilbud, [klik her](#)

TILBUD TIL PATIENTER I REGION NORDJYLLAND

SOCIAL SUNDHED

Ledsagelse af socialt udsatte til aftaler i sundhedsvæsenet (ikke kun kræftfokus). Både patient, pårørende og dig som sundhedsprofessionel kan tage kontakt, for mere info [klik her](#)

eller ring til rådgivningstelefon: **42 95 42 35** på alle hverdage mellem 8.00 – 15.30.

KRÆFTENS BEKÆMPELSE

Lokale rådgivningstilbud: Rådgivningstilbud i Region Nordjylland, [klik her](#)

Lokalforeninger: Links til lokalforeninger i Region Nordjylland, [klik her](#)

Navigatorstilbud: Til patienter med særligt behov for støtte i et kræftforløb. Navigatoren kan være **bisidder og tovholder i forløbet**, og give opbakning og støtte undervejs. Patienten eller du som sundhedsprofessionel kan kontakte nærmeste kræft-rådgivning og høre mere, for mere info: [klik her](#)

KOMMUNALE REHABILITERINGSTILBUD

Oversigt over rehabiliteringstilbud i kommunerne samlet, med links til hver kommunes tilbud: [klik her](#)

REGION NORDJYLLAND

Vejledning til kræftpatienter: Link til info til kræftpatienter i Region Nordjylland, [klik her](#)

Center for Patientstøtte: Et samlet center for regionens patientstøttende tiltag, til patienter med komplekse problemstillinger, [klik her](#)

Links er opdateret pr. 15.09.2023