



Faglig standard – Hjemkommunalt tilbud til borgere med hoved- og halskræft

1. Målgruppe	Borgere, der: <ul style="list-style-type: none">• Er bosat i Herlev, Furesø, Rødovre, Ballerup, Gladsaxe, Rudersdal, Lyngby-Taarbæk, Gentofte eller Egedal Kommune.• Har eller har haft kræft eller senfølger efter kræft i de øvre luft- og spiseveje eller vævene der omkring samt andre kræft diagnoser, som påvirker evnen til at synke, spise og drikke.• Er i risiko for eller har fået betydelig begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne som følge af kræftsygdommen eller behandlingen heraf.• Er over 18 år.• Borgeren kan være i behandling eller have afsluttet behandlingen i forbindelse med en kræftsygdom.
2. Kriterier	Inklusionskriterier: <ul style="list-style-type: none">• Borgeren er i stand til at samarbejde om et genoptrænings- og eller rehabiliteringsforløb.• Borgeren har fortsat vægttab som bliver fulgt hjemkommunalt• Borgeren har kognitive, psykiske eller sprogmæssige problemer, som umuliggør deltagelse på hold.• Borgeren er ikke motiveret, har meget nedsat funktionsniveau og/eller betydelig komorbiditet, som umuliggør deltagelse på hold.• Borgeren har behov for et længerevarende individuelt træningsforløb. Eksklusionskriterier: <ul style="list-style-type: none">• Borgeren er ikke motiveret for at deltage i tilbuddet.
3. Formål	Formålet med træningen er, at borgeren: På aktivitets- og deltagelsesniveau: <ul style="list-style-type: none">• Genvinder sit tidligere fysiske, sociale og/eller kognitive funktionsniveau eller opnår det højest mulige i den nuværende situation.• Bliver motiveret og opnår en øget grad af handlekompetence i forhold til fortsat at agere relevant i forhold til funktionsbegrænsningerne også efter endt forløb.• Opnår et funktionsniveau, så indsatsen kan afsluttes eller borger kan overgå til et tværkommunalt tilbud. På Krops-Funktion-Anatomi-niveau:

	<ul style="list-style-type: none"> • Mindske gener som følge af dysfagi
4. Indsatsens indhold	<p>Hjemkommunal kontaktperson</p> <p>Tilbuddet kan bestå af ergoterapi, fysioterapi samt ernæringsterapi ved klinisk diætist og skal være en samlet koordineret indsats mellem de involverede faggrupper.</p> <p>Ergoterapeuten er borgerens hjemkommunale kontaktperson i forløbet. Ergoterapeuten har første kontakt til borgeren og er ansvarlig for at koordinere indsatsen. Se den faglige standard for den hjemkommunale kontaktperson.</p> <p>Indsatsen kan indeholde en eller flere af de nedenstående tiltag og kan tilrettelægges mono- eller tværfagligt. I oversigten nedenfor fremgår indsatser under hver faggruppe, men disse indsatser kan varetages af en anden fagperson med de rette kompetencer, hvis hjemkommunen vurderer, at dette er fagligt forsvarligt.</p> <p>Ergoterapeutisk indsats</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indledende undersøgelse hvor der identificeres aktivitetsproblematikker samt sættes mål for forløbet • Undersøgelse og vurdering, herunder spise-synkevurdering <ul style="list-style-type: none"> ○ Terapeutisk spisning og vurdering af kost og væske konsistenser ○ Instruktion i kompenserende teknikker og synkemanøvre ○ Information om synkerelaterede problemer ○ Dysfagiscreening og behandling - vejledning omkring håndtering af synkeproblematikken (dysfagien), træning af ansigts-, tunge-, og svælgets muskler (mht. bevægelighed og styrke) • Understøttende behandling med bandager, tape, el-stimulation • Støtte og vejledning i håndtering af dagligdagen, aktivitetsproblemer, energiforvaltning, måltider, sociale aktiviteter, mestring mm. • Afdække behov for hjælpemidler • Instruktion og vejledning af pårørende og andet sundhedspersonale i dysfagi og håndtering af spise/synkeproblemer <p>Fysioterapeutisk indsats</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indledende undersøgelse med henblik på plan og den videre indsats <ul style="list-style-type: none"> ○ Bløddelsbehandling og ledmobilisering for bevægelighed (kæbe, nakke og skulder) ○ Træning og instruktion af bevægelighed, styrke og stabilitet omkring hoved- hals og skulderregion. ○ Styrke-, stabilitet- og bevægelighedstræning for hele bevægeapparatet.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Instruktion i øvelser og vævsforskydelighedsteknikker således at den enkelte borger selv kan vedligeholde vævsforskydeligheden. ○ Ødemprofylakse ○ Kontrakturprofylakse ○ Understøttende behandling med bandager, tape, akupunktur, el-stimulation mm. ○ Generel muskelstyrketræning, statisk- og dynamisk balance træning og aerob udholdenheds træning. ○ Træning i vejrtræknings øvelser, holdningskorrektion og strategier ifht. åndenød. ○ Håndtering af åndenød. <ul style="list-style-type: none"> ● Afdækning af behov for hjælpemidler <p>Ernæringsterapi</p> <p>Indsatsen tager udgangspunkt i NCP (Nutrition Care Process) og ”Rammeplan for Ernæringsterapi” FaKD (Foreningen af Kliniske Diætister) og indeholder følgende trin:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ernæringsvurdering ● Ernæringsdiagnose- diætetisk problemstilling ● Ernæringsintervention, herunder planlægning og implementering af interventionen. ● Monitorering og evaluering.
<p>5. Målinger og test</p>	<p>Funktionsniveauet hos borgeren kan vurderes vha. en eller flere af følgende undersøgelsesmetoder, som gennemføres ved behovsvurderingen:</p> <p>Ergoterapi</p> <ul style="list-style-type: none"> ● COPM, narrativt interview eller ADL taxonomien ● Undersøgelse og tjekliste til borgere med hoved hals kræft (udarbejdet af VSK, videntcenter for HHK – se bilag 1) ● FOTT undersøgelse ● Spise-synkevurdering og evt. vejning ● Døgnrytmeskema eller energiforvaltningsskema <p>Fysioterapi</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Undersøgelse af strålebehandlet væv ● Undersøgelse af nakke og skulder muskulatur og bevægelighed ● Test af muskelstyrke i UE og nakke-skulder åg ● Fysiske test: 6min gang og RSS <p>Ernæringsterapi</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Vejning ved hvert møde, herunder udregning af BMI og evt. procentuelt væggtab. ● Impedansmåling.

	<ul style="list-style-type: none"> • Evt. håndgribestyrke i samarbejde med fysioterapeut.
6. Personale	Indsatsen varetages af ergoterapeuter, fysioterapeuter og/eller kliniske diætister i hjemkommunen.
7. Antal/holdstørrelse	<p>Indsatsen tilrettelægges som et individuelt forløb i borgerens eget hjem eller på træningscenter i kommunalt regi.</p> <p>Fordelingen er 1 terapeut/klinisk diætist til 1 borger.</p> <p>I særlige tilfælde kan det være relevant at fordelingen er 2 terapeuter til 1 borger.</p>
8. Tidsramme	<p>Forløbet</p> <p>Det individuelle forløb tilrettelægges ud fra den enkelte borgeres situation, herunder sociale forhold, funktionsniveau og mesteringssevne. Borgere, der har modtaget kirurgi såvel som strålebehandling, har ofte et længerevarende og kompliceret forløb. Borgeren henvises til det tværkommunale tilbud om holdtræning for borgere med hoved-halskræft, hvis det vurderes relevant (se faglig standard herfor).</p> <p>Frekvensen af interventionerne planlægges i samarbejde med borgeren og kan varierer i forhold til borgerens situation. Ligeledes beror længden af forløbet på en individuel faglig vurdering.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forløbet afsluttes, når det fagligt vurderes at aftalte SMART-mål er opnået eller det højst mulige funktionsniveau er opnået. • Forløbet kan evt. forlænges, hvis det vurderes at borgeren fortsat har et træningspotentiale/-behov.
9. Lokalebehov og udstyr	<p>Ergo- og fysioterapi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Undersøgelseslokale med bord og briks samt adgang til køkken og vægt. <p>Ernæringsterapi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lokale med bord og stole, vægt, og evt. impedansmåler, • Adgang til fødevareattrapper og smagsprøver på ernæringsdrikke, pjeccer m.m.
10. Praktiske forhold	Indsatsen udbydes i alle 9 kommuner. Indsatsen tilrettelægges som et individuelt forløb, der udbydes i borgerens hjem eller i kommunalt regi.
11. Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> • Der dokumenteres i den elektroniske journal • Den hjemkommunale kontaktperson sender en samlet epikrise til egen læge, når borgerens forløb er afsluttet.

12. Forslag til supplerende interventioner	<p>Eksterne indsatser, der kunne være relevant at henvise til:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Logopæd • Kræftens Bekæmpelse – Lyngby/København (Center for kræft og sundhed) – samtalegrupper, fysisk aktivitet, kurser mm • REHPA-ophold • Netværk for patienter med hals- og mundhulekræft – Kræftens Bekæmpelse • FEES undersøgelse • Lymfeødem behandling på Herlev Hospital • Det tværfaglige rehabiliteringsteam for hoved-halskræftpatienter – Herlev Hospital
13. Litteratur	<p>Den faglige standard bygger primært på erfaringer fra terapeuter og diætister ansat i de 9 samarbejdskommuner.</p> <p>Derudover er der hentet viden på:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Kursus om rehabilitering af borgere med hals og mundhulekræft</i> i November 2014 på Center for kræft og sundhed samt udkast til den tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelse. • Center for kræft og sundhed, <i>Forløbsbeskrivelse for hoved hals kræft</i> Juli 2013 • <i>Pakkeforløb for hoved hals kræft</i>, Sundhedsstyrelsen 2012 • <i>Opfølgingsprogram for hoved- og halskræft</i> Sundhedsstyrelsen 2015 • <i>Genoptræningsforløbsbeskrivelse for patienter med hoved-halskræft 2014</i> Tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse udarbejdet af ergoterapeuter, fysioterapeuter og kliniske diætister i Region Hovedstaden
14. Udarbejdet af	Relevante fagpersoner og medlemmer af driftsledergruppen fra det tværkommunale samarbejde
15. Godkendt af/dato	Driftsledergruppen / April 2019
16. Revisionsdato	Januar 2021

Bilag 1 – afventer godkendelse i driftsledergruppen