



Generel forløbsbeskrivelse

Udarbejdet af	Arbejdsgruppen for det tværsektorielle samarbejde om rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft
Godkendt af/dato	Styregruppe/15.03.2015
Revisionsdato	15. juni 2016

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. Det anbefales, at hjemkommunen sender forberedelseskemaet '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

Den henviste borger tildeles en fast kontaktperson i hjemkommunen, som skal sikre en overordnet koordinering af indsatserne for så vidt angår genoptræning, rehabilitering og palliation. Kontaktpersonen er altid en fagprofessionel, der har en sundhedsfaglig professionsbacheloruddannelse (sygeplejerske, fysioterapeut eller ergoterapeut).

Den tildelte kontaktperson varetager alle de formelle kontakter med borgeren—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 udarbejder kontaktpersonen i samarbejdet med borgeren en handleplan for borgerens forløb samt varetager opfølgningssamtaler og den afsluttende samtale/evaluering.

Behovsvurdering i hjemkommune

Behovsvurderingen er den indledende vurdering, der skal afklare den enkelte borgers behov for rehabilitering og/eller palliation. Det anbefales, at der tages afsæt i forberedelseskemaet "Støtte til livet med kræft", som kan 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 overordnede 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. tilbagevenden til arbejdsmarkedet.
- Hvornår indsatsen skal evalueres og af hvem.

Henvisning til tværkommunalt samarbejde

Når der er vurderet et behov for en tværkommunal indsats, henviser den hjemkommunale kontaktperson til den relevante indsats. Dette skal så vidt muligt ske indenfor 10 hverdage efter henvisningen er modtaget af hjemkommunen.



VI SAMLER KRÆFTERNE

Kontaktpersonen benytter skabelonen *BESTILLING*, som er indlejret i MedCom standarden korrespondancemeddelelse, til den tværkommunale henvisning. Hvis borgeren har en genoptræningsplan eller en REF01, kopieres denne ind i bestillingen. Desuden skal det noteres i bestillingen, hvis borgeren er sårbar og har behov for en udvidet forløbskoordinering.

Efter modtagelse af henvisningen 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.

Udveksling af oplysninger - samtykke

Når der er vurderet behov for en tværkommunal indsats, har kontaktpersonen ansvar for at indhente borgers samtykke til at udveksle oplysninger med den udførende kommune. Der indhentes mundtligt samtykke, som dokumenteres i borgerens elektroniske patientjournal. Borgeren skal samtidig vejledes om, at der ved samtykke vil ske elektronisk databehandling af oplysningerne hos den udførende kommune.

Ved afslutning af indsatsen skal sundhedspersonalet i den udførende kommune indhente samtykke til at udveksle oplysninger med hjemkommunen. Der indhentes mundtligt samtykke, som dokumenteres i borgerens elektroniske patientjournal. Borger skal samtidigt vejledes om, at der ved samtykke vil ske elektronisk databehandling af oplysningerne hos myndighedskommunen.

Udveksling af oplysninger med andre forvaltningsmyndigheder skal altid være saglig og relevant.

Uddybende udredning ved udførende kommune

Hvis en borger er henvist til fysisk træning og/eller ergoterapeutisk vejledning, skal borgeren tilbydes en uddybende udredning indenfor 5 hverdage efter henvisningen er modtaget af den udførende kommune. Den uddybende udredning gennemføres af en fysioterapeut og/eller ergoterapeut og foretages i henhold til de specificerede problemstillinger samt oplysninger fra borgerens hjemkommune. Der kan gøres brug af andre redskaber, der er relevante for de konkrete problemstillinger. Fagpersonen udarbejder sammen med borgeren relevante og realistiske mål for indsatsen, og der aftales et tidspunkt for opstart af indsatsen.

Indsatsen

De tværkommunale indsatser gennemføres i overensstemmelse med de faglige standarder, som er retningsgivende for det tværkommunale samarbejde.

I forbindelse med fysioterapeutisk eller ergoterapeutisk træning evalueres borgerens træningsfremgang løbende ved objektiv vurdering, test og/eller palpation samt borgers egen oplevelse. Ved manglende fremgang vurderes det videre forløb. Borgerens forløb afsluttes, når målet er nået eller det vurderes at højst mulige funktionsniveau er nået.

Statusnotat til hjemkommune ved afslutning

Den udførende kommune sender et notat til hjemkommunen ved afslutning af det rehabiliterende og evt. palliative forløb inden for 10 hverdage efter sidste fremmøde. Den udførende kommune benytter skabelonen *STATUS*, som er indlejret i MedCom-standardens korrespondancemeddelelse. Det skal fremgå tydeligt, hvad resultatet af indsatsen har været, herunder en beskrivelse af opnået funktionsniveau.

Inden status indhente samtykke til at udveksle oplysninger med hjemkommunen. Borger skal samtidig vejledes om, at der ved samtykke vil ske elektronisk databehandling af oplysningerne hos myndighedskommunen.

Udveksling af oplysninger med andre forvaltningsmyndigheder skal altid være saglig og relevant.



Statusnotat til hjemkommune ved afvigelser fra plan

Den udførende kommune sender et notat til hjemkommunen, 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
- Samt hvis borgeren er fraværende fra træning i mere end to måneder..

Den udførende kommune benytter skabelonen *STATUS*, som er indlejret i MedCom-standarden korrespondancemeddelelse. Alternativt kontaktes borgerens kontaktperson telefonisk.

Opfølgning

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

- Borgerens oplevelse af hvordan det går.
- Opnåelse af mål og delmål
- Behov for yderligere rehabiliterende og evt. palliative indsatser
- Kontakt med andre forvaltninger/centre i hjemkommunen

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.

Afslutningssamtale og evaluering

Afslutningssamtale foregår med kontaktpersonen og har fokus på:

- 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
- Den/de emner der blev drøftet under opfølgningssamtalen, hvis der er afholdt en opfølgningssamtale.

Der udfærdiges et slutnotat, som sendes til den almene praktiserende læge, samt til den behandlende afdeling hvis det vurderes relevant. Slutnotatet orienterer om forløbet og hvad effekten har været bl.a. på funktionsniveau. Det dokumenteres i borgerens elektroniske patientjournal, at den praktiserende læge er informeret.



VI SAMLER KRÆFTERNE

Oversigt over det tværkommunale rehabiliteringsforløb til borgere med kræft





VI SAMLER KRÆFTERNE

Forløbsbeskrivelse for tværkommunalt rehabilitering i forbindelse med kræft

Henvisning og første kontakt	Visitation	Henvisning til tværkommunale indsatser	Individuelt tilrettelagt rehabiliteringsforløb	Opfølgning
<p>Henvisning fra behandlende afdeling på hospital (GOP/REF01), almen praktiserende læge (REF01), kommunale aktører eller personlig kontakt fra borgeren eller pårørende.</p> <p>Første kontakt med borgeren sker indenfor 5 hverdage, hvor der aftales tidspunkt for den indledende behovsvurdering</p>	<p>Indledende vurdering af borgerens behov for rehabilitering og evt. palliation gennemføres af kontaktpersonen fra hjemkommune.</p> <p>Handleplan udarbejdes af den hjemkommunale kontaktperson i samarbejde med borgeren. Planen skal indeholde konkrete mål samt en plan for indsatsen.</p> <p>Mundtligt samtykke indhentes af hjemkommunale kontaktperson til udveksling af behandling af information, og dokumenteres i patientjournal.</p>	<p>Henvisning til tværkommunale indsatser foretages af den hjemkommunale kontaktperson, som anvender MedCom-standardens korrespondancemeddelelse.</p> <p>Udførende kommune kontakter borgeren indenfor 5 hverdage efter modtagelse af henvisning fra hjemkommune. Der aftales et tidspunkt for uddybende udredning eller opstart af indsatsen.</p> <p>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. Desuden indhente mundtligt samtykke til at udveksle og behandle informationer.</p> <p>Udførende kommune kontakter hjemkommunen ved afslutning på tværkommunal indsats samt hvis der er markante ændringer i borgerens tilstand.</p>	<p>Fysisk træning til borgere med kræft</p> <ul style="list-style-type: none">- Træning 2 gange ugentligt. <p>Fysisk træning til mænd med kræft</p> <ul style="list-style-type: none">- Træning 2 gange ugentligt. <p>Fysisk træning til kvinder opereret for brystkræft</p> <ul style="list-style-type: none">- Træning 2 gange ugentligt. <p>Træning til mænd med prostatakræft</p> <ul style="list-style-type: none">- Træning 1 gange ugentligt. <p>Hjemkommunalt tilbud til borgere med HHK</p> <ul style="list-style-type: none">- Individuelt forløb. <p>Tværkommunalt tilbud til borgere med HHK</p> <ul style="list-style-type: none">- Træning 2 gange ugentligt.- Undervisning og netværksgruppe 1 gang ugentligt. <p>Tværkommunalt tilbud til borgere med hjernekræft</p> <ul style="list-style-type: none">- Træning 2 gange ugentligt.- Undervisning og netværksgruppe 1 gang ugentligt. <p>Patientundervisning</p> <ul style="list-style-type: none">- Undervisning 1 gang ugentligt i seks uger samt opfølgning efter 2 måneder.	<p>Status på tværkommunal indsats sendes af udførende kommune til borgerens hjemkommune ved afslutning af indsats.</p> <p>Opfølgningssamtaler med kontaktpersonen i hjemkommunen sker efter en individuel vurdering af behov og tager udgangspunkt i handleplan og en justering af denne.</p> <p>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.</p>

