



**VI SAMLER KRÆFTERNE**

## **Hjemkommunal kontaktperson for borgere med kræft**

En beskrivelse af opgaver og ansvarsområder

<b>Udarbejdet af</b>	Arbejdsgruppen for det tværsektorielle samarbejde om rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft (PJ)
<b>Godkendt af/dato</b>	Styregruppe/15.03.2015
<b>Revisionsdato</b>	Juni 2016

## 1. Indledning

For at sikre det bedst mulige sammenhængende rehabiliteringsforløb for borgere med eller efter kræft i det tværkommunale samarbejde omkring palliation og rehabilitering, tilknyttes borgeren en fast kontaktperson i hjemkommunen. Kontaktpersonen varetager den formelle kontakt til borgeren i relation til rehabilitering – telefonisk og/eller pr. mail. Kontaktpersonen står for den indledende behovsvurdering og vurderer hvorvidt, der er behov for en eller flere kommunale interventioner. Desuden varetager kontaktpersonen opfølgningssamtaler og den afsluttende samtale/evaluering samt skaber kontakt mellem borgeren og andre relevante forvaltninger i kommunen.

Denne vejledning beskriver kontaktpersonens ansvar og arbejdsopgaver undervejs i forløbet.

## 2. Kontakt til borgeren

Henvisningen til kræftrehabilitering kan komme fra den behandlende afdeling på hospitalet (via genoptræningsplan og/eller REF01), almen praktiserende læge (via REF01), kommunale aktører eller personlig kontakt fra borgeren eller pårørende. Kontaktpersonen har ansvaret for at kontakte borgere indenfor 5 hverdage efter modtagelse af henvisningen i kommunen og aftaler rammerne for det videre forløb. Kontakten dokumenteres i borgerens elektroniske journal.

## 3. Den indledende samtale

Det tilstræbes at borgeren tilbydes tid til en indledende samtale indenfor 10 hverdage efter modtagelsen af henvisningen i kommunen. Den indledende samtale kan forgå i borgerens hjem, i kommunal regi eller i meget ukomplicerede tilfælde pr. telefon.

Formålet med den indledende samtale er, at afklare den enkelte borgers behov for rehabilitering og/eller palliation. Det anbefales at behovsvurderingen foretages ved hjælp af samtale redskabet ”støtte til livet med kræft”. Det er kontaktpersonens ansvar, at der tages afsæt i borgerens oplevelse af sin situation, og at omdrejningspunktet er borgerens liv med eller efter kræft og mulige behov for støtte fysisk, psykisk og socialt.

I relation til ulighed i sundhed er det kontaktpersonens ansvar, at vurdere om borgeren f.eks., har lav social status og/eller et lille netværk. Denne gruppe er ofte mere sårbare før, under og efter et behandlingsforløb og kan have behov for en udvidet forløbskoordination (se fx Region Hovedstadens Implementeringsplan). Der kan også være andre forhold som f.eks. kendt psykisk sygdom, der kan medføre et udvidet behov for forløbskoordination.

Hvis borgeren er mellem 18-40 år skal kontaktpersonen have et særligt øje for de behov, der kan være i denne aldersgruppe. Det er kontaktpersonens ansvar, at tilrettelægge samtale og rehabiliteringsforløb ud fra de særlige behov for kommunikation, information og støtte som er beskrevet i målgruppebeskrivelsen for unge (er tilgængelig på [www.visamlerkræfterne.dk](http://www.visamlerkræfterne.dk)).

Kontaktpersonen har ansvaret for at relevante data og essensen af samtalen registreres i hjemkommunens elektroniske journal. Hvis borgeren udelukkende har behov for omsorgsbesøg og palliation som er en opgave der varetages af hjemmesygeplejersken og ikke har behov for træning eller andre tværkommunale indsatser, er det kontaktpersonens ansvar, at ansvaret for borgerens videre forløb i kommunen bliver overdraget til hjemmesygeplejersken.

## 4. Handleplan

Hvis der ud fra den indledende samtale ses behov for rehabilitering, udarbejdes en handleplan. Handleplanen udarbejdes af borgeren og kontaktpersonen i fællesskab og tager afsæt i allerede eksisterende aktiviteter, borgerens ressourcer og aktuelle livssituation. Det skal fremgå af handleplanen:

- Hvor i borgerens vanskeligheder og behov består; fysisk, psykisk og socialt.



## VI SAMLER KRÆFTERNE

- Formålet med den enkelte intervention, hvad den skal bestå i, hvor den skal foregå samt hvem der er ansvarlige for den, f.eks. træningscenter i anden kommune, træningscenter i hjemkommunen m.v.
- Om der er andre afdelinger/forvaltninger involveret i borgerens samlede rehabiliteringsforløb f.eks. jobcenter, hjemmesygeplejen, børn og unge afdelingen samt psykiatri og handicap afdelingen i kommunen.
- Hvornår den enkelte intervention skal evalueres og af hvem.
- Hvornår det overordnede forløb skal evalueres af kontaktpersonen.

Hvis borgeren har behov for en særlig håndholdt og koordineret indsats, er det kontaktpersonens ansvar at beskrive behovet for en særlig indsats, samt hvad den skal bestå i og hvem der har ansvaret for de enkelte dele af indsatsen.

Kontaktpersonen har ansvaret for at handleplanen sendes til relevante samarbejdsparter samt dokumenteres i borgerens elektroniske journal.

### 5. Henvisning til rehabiliterende interventioner

I forbindelse med, eller umiddelbart efter den indledende samtale, henviser den hjemkommunale kontaktperson til de interventioner som borgeren skal deltage i, samt kontakter de afdelinger/forvaltninger i kommunen som skal inddrages i borgerens forløb. Borgeren henvises til interventioner i det tværkommunale samarbejde via de aftalte tværkommunale arbejds gange.

Det er kontaktpersonens ansvar, at kontakte den udførende kommune så fremt der er specielle behov eller udfordringer i borgerens forløb i forhold til en udvidet forløbskoordinering hos sårbare borgere. F.eks. at der er behov for at borgeren telefonisk mindes om aftaler og hvem der har ansvaret for dette, behov for midtvejsstatus fra udførende fagpersoner m.m.

Kontaktpersonen har ansvaret for at dokumenterer sendte henvisninger og aftaler i borgerens elektroniske journal.

### 6. 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.

### 7. Opfølgning

Hvis borgeren har behov for opfølgningssamtaler med kontaktpersonen undervejs i forløbet tilbydes dette af den hjemkommunale kontaktperson.

Opfølgningen kan forgå ved fremmøde, i borgerens hjem eller via telefonsamtale. Omdrejningspunktet for samtalerne er handleplanen herunder:

- Borgerens oplevelse af hvordan det går
- Opnåelse af mål og delmål
- Behov for yderligere rehabiliterende interventioner eller ændringer af de nuværende

Hvis kontaktpersonen har beskrevet et behov for udvidet forløbskoordinering i handleplanen udføres der altid løbende opfølgninger, som minimum midtvejs i forløbet, men oftest flere. Sårbare borgere

kan have svært ved at bede om hjælp og kan have svært ved at håndtere uforudsete situationer, som kan opstå i forbindelse med sygdom og behandling. De har derfor behov for at kontaktpersonen er proaktiv, at der f.eks. aftales telefonopfølgninger hver 2-4 uge.

Kontaktpersonen har ansvaret for, at relevante data og essensen af opfølgningen registreres i hjemkommunens elektroniske journal.

## **7. Afslutningssamtale og evaluering**

Afslutningssamtalen afholdes af kontaktpersonen. Samtalen kan foregå via fremmøde, i borgerens hjem og i meget ukomplicerede forløb via telefonsamtale. Afslutningssamtalen har fokus på:

- At udarbejde en fremadrettet handleplan efter afslutning af rehabiliteringsforløbet med forslag til fremtidige handlinger
- Borgerens oplevelse af forløbet samt evaluering
- Evt. kontakt til andre forvaltninger
- Evt. tilbagevenden 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.