



Faglig standard for hjemkommunal kontaktperson

| | |
|------------------------------|---|
| 1. Målgruppe | <p>Borgere, der:</p> <ul style="list-style-type: none">• Er bosat i Herlev, Gentofte, Rudersdal, Lyngby-Taarbæk, Furesø, Rødovre, Ballerup, Gladsaxe og Egedal kommune.• Borgere der har/har haft kræft eller har senfølger efter kræftsygdom og behandling• Borgeren kan være i behandling eller have afsluttet behandlingen i forbindelse med en kræftsygdom.• Er i risiko for eller har fået betydelig begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne som følge af en kræftsygdom eller behandlingen heraf. |
| 2. Kriterier | Alle borgere som henvises til kommunal kræftrehabilitering eller genoptræning. |
| 3. Formål | At sikre det bedst mulige sammenhængende rehabiliteringsforløb for borgere med/efter kræft samt senfølger efter kræft |
| 4. Indsatsens indhold | <p>Afklarende samtale inkl. handleplan:</p> <p>Formålet med den afklarende samtale er at afklare den enkelte borgers behov for rehabilitering og/eller palliation, gerne i samarbejde med eventuelle pårørende.</p> <p>Det er kontaktpersonens ansvar, at der tages afsæt i borgerens oplevelse af sin livssituation, og at omdrejningspunktet er borgerens liv med eller efter en kræftsygdom og mulige behov for støtte fysisk, psykisk eller socialt. Dette danner udgangspunkt for udarbejdelse af en handleplan for borgerens rehabiliteringsforløb.</p> <p>Handleplanen udarbejdes af borgeren og kontaktpersonen i fællesskab og tager afsæt i allerede eksisterende aktiviteter, borgerens ressourcer, netværk og aktuelle livssituation. Det skal fremgå af handleplanen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hvori borgerens vanskeligheder og behov består; fysisk, psykisk og socialt.• Formålet med den enkelte intervention, hvad den skal bestå af, hvor den skal foregå samt hvem der er ansvarlig 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. |



Kontaktpersonen sender handleplanen til relevante samarbejdsparter.

I forbindelse med, eller umiddelbart efter den afklarende 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 arbejdsgange.

Det er kontaktpersonens ansvar at indhente borgerens samtykke til at udveksle oplysninger med den udførende kommune og øvrige samarbejdsparter. Der indhentes mundtligt samtykke, som dokumenteres i borgerens elektroniske patientjournal.

Udvidet forløbskoordinering

Kontaktpersonen vurderer om borgeren har behov for en udvidet forløbskoordinering. Dette gælder for særligt sårbare borgere - hvis de f.eks. har psykisk sygdom, lav social status, manglende netværk eller andre faktorer, som medfører nedsat evne til at mestre eget sygdomsforløb. Hvis borgeren har behov for en særlig håndholdt og koordineret indsats, skal kontaktpersonen beskrive behovet for en særlig indsats, samt hvad den skal bestå i og hvem der har ansvaret for de enkelte dele af indsatsen.

Kontaktpersonen kontakter den udførende kommune såfremt, der er specielle behov eller udfordringer i borgerens forløb, der kræver udvidet forløbskoordinering f.eks. behov for at borgeren telefonisk mindes om aftaler. Det aftales hvem der har ansvaret for dette, evt. øget behov for midtvejsstatus fra udførende fagpersoner m.m.

Hvis der er 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. Denne gruppe borgere har behov for at kontaktpersonen er proaktiv, at der f.eks. aftales telefonopfølgning hver 2-4 uge.

Opfølgning:

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



| | |
|-----------------------------|---|
| | <p>Kontaktpersonen har ansvaret for at handle på eventuelle tilbagemeldinger fra udførende kommune, hvis borger modtager en tværkommunal indsats i en anden kommune.</p> <p>Omdrejningspunktet for opfølgningssamtalerne er handleplanen herunder:</p> <ul style="list-style-type: none">• Borgerens oplevelse af hvordan det går• Opnåelse af mål og delmål• Behov for yderligere rehabiliterende interventioner eller ændringer af de nuværende <p>Afsluttende samtale: Den hjemkommunale kontaktperson tilbyder altid en afslutningssamtale. Fokus i samtalen er:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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• Evt. det/de emner, der blev drøftet under opfølgningssamtalen |
| 5. Måling og test | Samtaleredskabet; Støtte til livet med kræft |
| 6. Personale | En sundhedsfaglig person; fysioterapeut, ergoterapeut eller sygeplejerske som opfylder kompetenceprofilen for hjemkommunal kontaktperson. |
| 7. Tidsramme | <p>Kontaktpersonen kontakter borger for at aftale tid til en afklarende samtale indenfor 5 dage efter modtagelse af henvisning, enten telefonisk er pr. brev.</p> <p>Den afklarende samtale tilbydes indenfor 10 dage efter modtagelse af henvisning.</p> <p>Borgeren er tilknyttet kontaktpersonen, indtil alle indsatser er afsluttet og kontaktpersonen har afsluttet rehabiliteringsforløbet</p> |
| 8. Praktiske forhold | <p>Den afklarende samtale kan afholdes i et egnet lokale i kommunalt regi, i borgerens eget hjem eller i meget ukomplicerede tilfælde pr. telefon.</p> <p>Opfølgninger eller afslutningssamtale kan afholdes i et egnet lokale i kommunalt regi, i borgerens eget hjem eller pr. telefon.</p> |
| 9. Dokumentation | Kontaktpersonen registrerer relevante data, essensen af samtalerne samt handleplan i kommunens elektroniske journal. Ved afslutning af forløbet informeres den praktiserende læge. |
| | Den hjemkommunale kontaktperson har ansvaret for, at relevante |



| | |
|---|--|
| 10. Forslag til supplerende intervention | <p>kommunale indsatser igangsættes, både ved opstart af forløbet, og når der modtages status fra tværkommunale indsatser, hvor der peges på nye behov.</p> <p>Interne kommunale indsatser, der kunne være relevant at henvise til:</p> <ul style="list-style-type: none">• Henvise sårbare borgere under 65 år til handicaprådgivningen i egen kommune med henblik på f.eks. støttekontaktperson.• Henvise familier til familieafdelingen, hvis der er behov for støtte omkring børn og unge.• Henvise borgere med ernæringsproblematikker til klinisk diætist i hjemkommunen.• Henvise borger med behov for palliativ pleje og omsorg til hjemmesygeplejerskerne i egen kommune. <p>Eksterne indsatser, der kunne være relevant at henvise til:</p> <ul style="list-style-type: none">• Henvise til egen læge ved tegn på depression, problemer med søvn m.m.• Kræftens Bekæmpelses Rådgivninger• Henvise børn og unge, som er pårørende, til foreningen ”Børn, unge og sorg”, som har tilbud til pårørende op til 29 år.• Henvise borgere med behov for socialrådgiverstøtte til kræftens Bekæmpelse rådgivning eller kræftlinjen. |
| 11. Litteratur | <ul style="list-style-type: none">• ”Nationalt forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft”. Sundhedsstyrelsen 2018• ”Implementeringsplan for forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft”. Region Hovedstaden 2014 |
| 12. Udarbejdet af | Relevante fagpersoner og medlemmer af driftsledergruppen fra det tværkommunale samarbejde |
| 13. Godkendt af/dato | Driftsledergruppen / Januar 2019 |
| 14. Revisionsdato | Januar 2021 |