



Rehabilitering hos borgere med kræft

Bilagssamling til rapport fra KOSAK projektet

Et projekt- og udviklings samarbejde om rehabilitering ved kræft hos borgere i den erhvervsaktive alder i Herning, Randers, Skive og Viborg Kommuner i samarbejde med MarselisborgCentret

Rehabilitering hos borgere med kræft

Et projekt- og udviklingssamarbejde om rehabilitering ved kræft hos borgere i den erhvervsaktive alder i Herning Kommune, Randers Kommune, Skive Kommune og Viborg Kommune i samarbejde med MarselisborgCentret

Bilagssamling til rapport fra KOSAK projektet

Udgiver: MarselisborgCentret 2009

Hovedforfatter: Bjarne Rose Hjortbak, MarselisborgCentret, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland.

Korrektur og opsætning: Inger Hornbech, MarselisborgCentret, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland.

Forsidefoto: Forsidebilledet af en mark med solsikker symboliserer glæde og livsmod hos mennesket – også når der er tale om kræft. Solsikken har form som solen, gror og rummer liv samt følger solen og dermed lysets retning. Rehabilitering ved kræft kan sammenlignes med en 'bevægelse' mod sundhed, styrke og livskraft.

© Copyright: MarselisborgCentret.

Gengivelse af mindre uddrag med tydelig kildeangivelse er tilladt.

Rekvirering: Publikationen kan, sammen med hovedrapporten og en sammenfatning fra projektet, downloades på MarselisborgCentrets hjemmeside, www.marselisborgcentret.dk eller rekvireres hos:



MARSELISBORGCENTRET

MarselisborgCentret
P.P. Ørumsgade 11 • Byg. 8
8000 Århus C
Tlf. 89 49 12 00 • Fax 89 49 12 17
Mail: Inger.Hornbech@stab.rm.dk



Bilagsoversigt

1. Søgeprofil for litteratursøgning
2. Medlemmer af projektorganisationen
3. Oversigt over inkluderede hospitalsafdelinger
4. Vejledning til forløbskoordinatorerne
5. Arbejdsfastholdelsesprogram
6. Pjecer
 - information af borgere om projektet
 - information af professionelle (hospitaller og kommuner) om projektet
 - information af borgere om projektetik
7. Registrerede kræftformer hos inkluderede borgere
8. Basisskema
9. Interviewskema – borgere
10. Interviewskema – kontaktpersoner på hospitaler

Søgestrategi for søgning af litteratur

Kræft, egenomsorg og tidlig indsats Søgeprotokol

Afgrænsninger af søgningen

Denne søgning afgrænser sig til at omhandle de ti hyppigste kræftformer for henholdsvis mænd og kvinder (i alt 16 kræftformer). I denne sammenhæng er kræft set i forhold til egenomsorg, empowerment, patientuddannelse, patientoplevelse osv.

I de databaser, hvor der forekommer rigtig meget litteratur indenfor dette område, er der yderligere søgt i forhold til "tidlig indsats" og afgrænset på publikationstyper (Clinical Trial, MetaAnalysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review, Multicenter Study).

I alle databaser, hvor det er muligt, er søgningen afgrænset i forhold til alder, således at det kun er litteratur omhandlende de 18-65årige, der indgår i søgningen. Derudover er søgningen afgrænset til at omfatte år 2000 til år 2007.

Søgestrategi

Der er søgt i følgende databaser: PubMed, EMBASE, PsychINFO, Cinahl, cochrane, SvedMed+, bibliotek.dk, sociological Abstract og AMED.

Søgningerne er en kombination af Thesaurusstyret søgning og fritekstsøgning. Graden af Thesaurusstyring afhænger af, hvilke database der er søgt i. Nogle databaser har mange emneord inden for dette område, mens andre ingen har.

Hvorledes søgningen er forløbet i de specifikke databaser er ikke medtaget her, men kan rekvireres på MarselisborgCentret.

.....

Ud over denne systematiske litteratursøgning er der inkluderet en lang række øvrige kilder ud fra en vurdering af relevans i forhold til de belyste erfaringer og resultater.

Medlemmer af projektorganisationen

Styregruppen

Styregruppens medlemmer har været:

Interessent	Repræsentant
Herning Kommune	Vivi Altenburg, Afdelingsleder
Randers Kommune	Bo Skovgaard, Sundhedschef – senere afløst af Lene Jensen
Skive Kommune	Eva Henriksen, Sundhedschef Poul Nystrup, Leder af dagpengeafdelingen
Viborg Kommune	Jette Lorenzen, Sekretariatsleder og souschef, Beskæftigelsesforvaltningen
Region Midtjylland	Eva Sejersdal Knudsen, Afd. Chef, Regionalt Sundhedssamarbejde
Kræftens Bekæmpelse	Inger Johnsen, Konsulent, Rehabiliteringscenter Dallund
Marselisborg - Beskæftigelse, Kompetence & Viden	Anne Tværsted, Udviklingschef (i perioden ind til 31.12.2007) Vivi Rolskov Jensen, Udviklingschef (fra 01.01.2008)
MarselisborgCentret	Claus Vinther-Nielsen (formand), Socialoverlæge, ph.d., afdelingsleder Bjarne Rose Hjortbak, Projekt- og udviklingskonsulent
Ad hoc tilknyttet	Claus Løvschall, Konsulent, Center for Folkesundhed

De ovennævnte medlemmer er de styregruppemedlemmer, der var medlem af styregruppen i afprøvnings- og evalueringsfasen. På enkelte af posterne har der været udskiftninger blandt medlemmerne tidligere i projektforløbet.

Styregruppen har haft ansvar for beslutninger af væsentlig karakter for projektets gennemførelse inden for projektets formål og den givne bevilling. Styregruppen har endvidere bidraget til det tværgående samarbejde i projektet og er ansvarlig for formidlingen af projektets resultater på fagligt og politisk niveau.

Styregruppen har holdt møder ca. 4 gange om året i projektperioden.

Projektledelsen

Ledelsen af projektet har været varetaget af:

Projektledelse	Opgave
Bjarne Rose Hjortbak Sygeplejerske og cand. scient. soc. projekt- og udviklingskonsulent, <i>MarselisborgCentret</i> , Århus	Projektlederen har varetaget den overordnede udvikling af de tre indsatsområder, koordinering af projektet og evaluering med udarbejder rapport og konklusion.
Claus Vinther Nielsen Socialoverlæge, ph.d. og afdelingsleder, <i>MarselisborgCentret</i> , Århus	Formand for styregruppen. Overordnet ansvarlig for <i>MarselisborgCentrets</i> projektvirksomhed.

I perioden 01.01.-31.12.2007 har udviklingschef, antropolog Vivi Rolskov Jensen, *Marselisborg - Beskæftigelse, Kompetence & Viden* i Århus været en del af projektledelsen, men er udtrådt heraf i forbindelse med ophævelsen af samarbejdsaftalen i starten af 2008.

Projektmedarbejdere

Undervejs i projektet har en lang række projektmedarbejdere været involveret i udvikling og evaluering af erfaringerne fra projektet.

Medarbejder på projektet	Opgave / deltaget i -
Cand. Scient. Sand. Claus Løvschall, Center for Folkesundhed	<ul style="list-style-type: none"> Udvikling af de tre indsatsområder og evalueringsdesign
Kontorchef, MPH Kirsten Vinther-Jensen, Center for Folkesundhed	<ul style="list-style-type: none"> Kvalitative interviews
Antropolog, mag. art., ph.d. Inger Wittrup, Center for Folkesundhed	<ul style="list-style-type: none"> Kvalitative interviews
Cand. Oecon. Lise Viskum Hansen, Center for Folkesundhed - fratrådt projektet 01.06.08 - afløst af Datamanager, MPH Jacob Hjorth	<ul style="list-style-type: none"> Databehandling
Antropolog, mag. art. Pia Løvschal-Nielsen, Marselisborg-centret	<ul style="list-style-type: none"> Analyse af kvalitative data
Sygeplejerske, MPH Susanne Hyldgaard, Marselisborg-centret	<ul style="list-style-type: none"> Rehabilitering Rapportskrivning
Sygeplejerske, MPH Hanne Melchiorsen, Marselisborg-centret	<ul style="list-style-type: none"> Rapportskrivning (organisation)
Sekretær Inger Hornbech, MarselisborgCentret	<ul style="list-style-type: none"> Sekretær for styregruppen Sekretæropgaver i projektet
Kommunikationskonsulent, cand. mag. Søren Sander Rasmussen, Center for Folkesundhed	<ul style="list-style-type: none"> Kommunikationsopgaver Pressekontakter
Cand. Scient. Soc., Dokumentalist Lotte Groth Jensen, Center for Folkesundhed	<ul style="list-style-type: none"> Litteratursøgning
Bibliotekar Ricard Aksel Vestergaard, MarselisborgCentret	<ul style="list-style-type: none"> Biblioteksopgaver / litteratursøgning

Her udover har mange diskussioner og kommentarer til projektets forløb og udformningen af rapporten fra gode kollegaer på *MarselisborgCentret* og projektets samarbejdspartnere bidraget positivt til projektets resultater og denne rapportes udformning.

Den tværkommunale projektgruppe

Denne gruppe har fungeret som gruppe for erfaringsudveksling, koordinering og løbende planlægning samt styring af projektet i forhold til aftalte rammer og de deltagende aktører. Gruppen har bidraget til den faglige udvikling af projektets indhold og den enkelte koordinators kompetencer. Gruppen har endvidere været ansvarlig for sikring af et højt informationsniveau og ekstern formidling samt for den endelige afrapportering af projektets resultater.

Den tværkommunale projektgruppes medlemmer har været:

Interessent	Repræsentant
Herning Kommune	Grethe Sørensen, Forløbskoordinator
Randers Kommune	Vibeke Dahl, Forløbskoordinator
Skive Kommune	Annie L. Larsen, Forløbskoordinator
Viborg Kommune	Lise Østermark, Forløbskoordinator (til 31.01.2008) Aase Bach Nielsen, Forløbskoordinator (fra 01.02.2008)
Marselisborg C f. B V & K	Vivi Rolskov Jensen, Udviklingschef
Kræftens Bekæmpelse	Bibi Kastens, Socialrådgiver
Center for Folkesundhed	Claus Løvschall, Projektmedarbejder

Den tværkommunale projektgruppe har haft møde ca. 1 gang om måneden, i perioder afgrænset til deltagelse af koordinatorgruppen og projektlederen.

Lokale ressourcegrupper

Der har i projektet været nedsat lokale ressourcegrupper, hvis opgave har været at sikre den kommunale forankring og fremdrift af projektet samt ydet støtte til den tværkommunale projektgruppe med kommunal opbakning, dialog og faglig sparring.

Kommune	Repræsentant
Herning Kommune	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bente Hjort, Ulla Nordskov og Anette Feldborg fra Jobcenter Herning ▪ Karen Jepsen, lægekonsulent, Herning ▪ Merete Pilgaard, Kræftens Bekæmpelse ▪ Peter Borup Sørensen, regionskonsulent, Kræftens Bekæmpelse ▪ Johannah Ildsvad Jensen, lokalformand, Kræftens Bekæmpelse ▪ Grethe Sørensen, forløbskoordinator, Herning Kommune ▪ Bjarne Rose Hjortbak, projekt- og udviklingskonsulent, MarselisborgCentret

Kommune	Repræsentant
Skive Kommune	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gurli Lauersen, træningsområdet i Skive Kommune ▪ Aase Poulsen, sagsbehandler, Jobcenter Skive ▪ Anna-Marie Hansen, lokalformand, Kræftens Bekæmpelse ▪ Inge Kirkeby, konsulent, Kræftens Bekæmpelse ▪ Annie Lyngholm Larsen, forløbskoordinator, Skive Kommune ▪ Bjarne Rose Hjortbak, projekt- og udviklingskonsulent, MarselisborgCentret

Kommune	Repræsentant
Randers Kommune	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Helge Hertz, leder af sygedagpengeafdelingen., Jobcenter Randers ▪ Finn Sørensen, virksomhedskonsulent, Jobcenter Randers ▪ Marianne Balsby, centerleder, Områdecener Lindevænget, Randers ▪ Kirsten Andersen, afdelingssygeplejerske, Regionshospital Randers ▪ Ole Dallris, bestyrelsesmedlem, Kræftens Bekæmpelse ▪ Bibi Kastens, konsulent, Kræftens Bekæmpelse ▪ Elin Kristensen, konsulent, Kræftens Bekæmpelse ▪ Vibeke Dahl, forløbskoordinator, Randers Kommune ▪ Bjarne Rose Hjortbak, projekt- og udviklingskonsulent, MarselisborgCentret

Kommune	Repræsentant
Viborg Kommune	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jette Lorentzen, sekretariatschef, Beskæftigelsesforvaltningen, Viborg Kommune ▪ Anne-Marie Agerskov, driftsleder Klosterhaven ▪ Sygeplejerske Jonna Flarup, Medicinsk Dagafsnit M22, Regionshospital Viborg ▪ Niels Tylstrup, jobcenterchef, Jobcenter Viborg ▪ Inge Kirkeby, Kræftens Bekæmpelses Rådgivningscenter ▪ Kirsten Scriver, socialrådgiver, Kræftens Bekæmpelses Rådgivningscenter ▪ Birgit Andersen, bestyrelsesmedlem, Kræftens Bekæmpelse ▪ Elin Kristensen, Regionskonsulent, Kræftens Bekæmpelse ▪ Erik Lambertsen, lægekonsulent, Viborg Kommune ▪ Anne Lemcke, udviklingskonsulent, Beskæftigelsesforvaltningen, Viborg Kommune ▪ Aase Bach Nielsen, forløbskoordinator, Viborg Kommune ▪ Bjarne Rose Hjortbak, projekt- og udviklingskonsulent, MarselisborgCentret

På møder i ressourcegrupperne har der ad hoc været deltagelse fra Claus Løvschall, Center for Folkesundhed, Vivi Rolskov Jensen, Marselisborg – Center for Beskæftigelse, Viden og Kompetence samt Vibeke Dahl, forløbskoordinator, Randers Kommune.

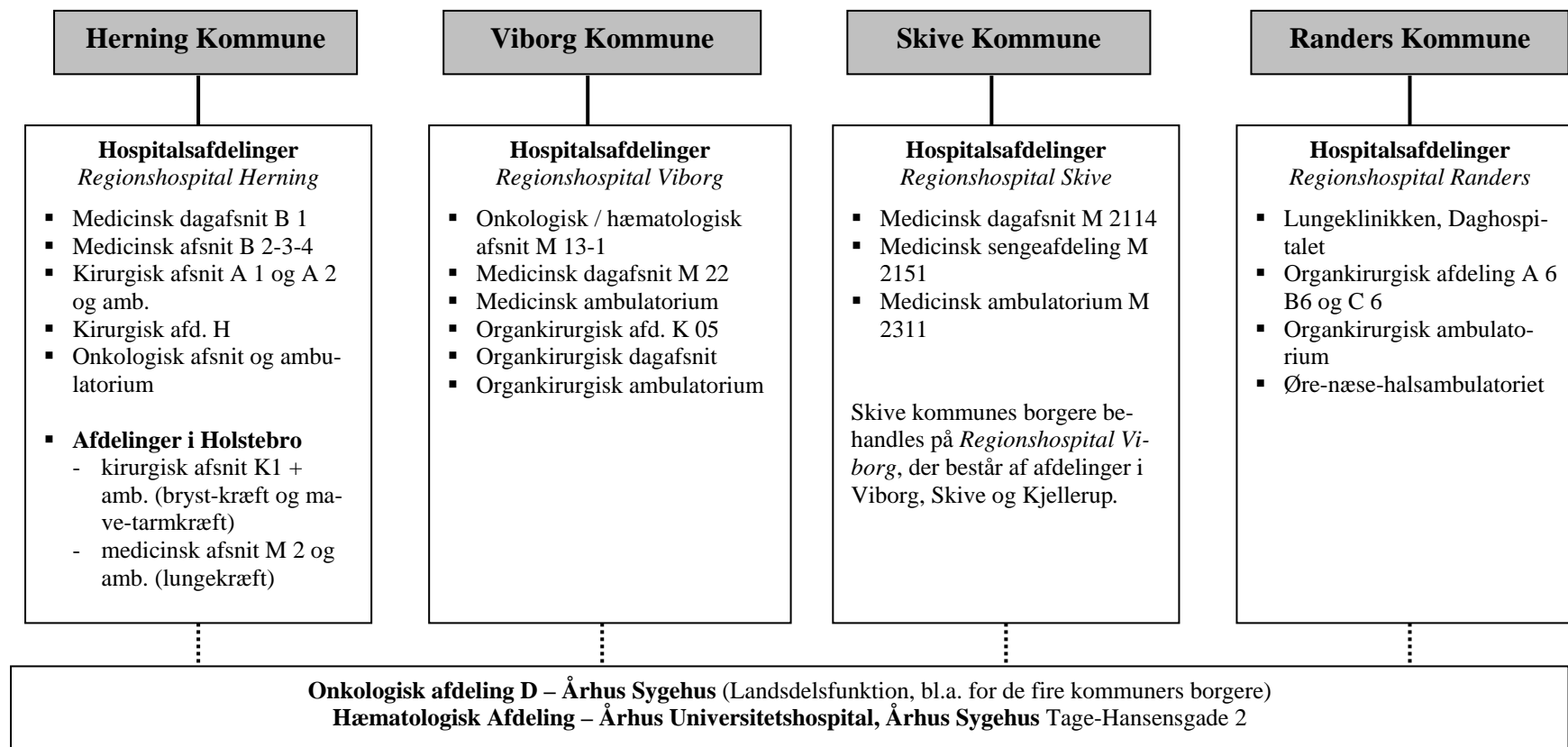
Vedrørende sammensætningen i grupperne har der været flere udskiftninger, der ikke beskrives her. Ressourcegrupperne har mødets 3-4 gange om året i projektperioden.

Samarbejdsrelationer i KOSAK-projektet

Kommuner / Hospitaler / Hospitalsafdelinger

BILAG 3:

Nedenfor beskrives inkluderede hospitaler og hospitalsafdelinger / afsnit i KOSAK-projektet. Organiseret i.f.t. de fire projektkommuner. Afdelingerne / afsnittene er inkluderet i projektet efter inklusionskriterier beskrevet i projektstyringsdokument og vejledning.



Vedr. onkologiske pt. fra Viborg, Skive og Randers diagnosticeres og behandles nogle af disse på Århus Sygehus, fx på Plastikkirurgisk ambulatorium Z og Onkologisk ambulatorium D.

For nogle patienter vil der være tale om diagnostisering på hospital uden for kommunen, fx lunge- og brystkræftpatienter fra Herning Kommune, der diagnosticeres på hospitalet i Holstebro.

Vejledning til forløbskoordinatorerne

PROJEKT KOSAK

VEJLEDNING - KOMMUNAL KOORDINATORFUNKTION

Et samarbejdsprojekt mellem Herning, Randers, Skive og Viborg kommuner samt 'MarselisborgCentret', 'Center for folkesundhed' og 'Marselisborg – Beskæftigelse, Kompetence & Viden' om udvikling af indsatsen overfor kræftramte borgere i den erhvervsaktive alder.

*Udviklingsfunktionen, MarselisborgCentret
Marselisborg - Beskæftigelse, Kompetence & Viden
Center for Folkesundhed, Region Midtjylland*

Baggrund

Sammenhængende patientforløb er et centralt tema i forbindelse med udarbejdelsen af de nye sundhedsaftaler mellem region og kommuner. I den generelle aftale for Region Midtjylland står der således:

”Formålet med at indgå sundhedsaftaler er at sikre, at borgere og patienter modtager en indsats, der bygger på et samarbejde mellem de involverede myndigheder. Indsatsen skal være sammenhængende og af høj kvalitet uanset karakter og antallet af kontakter.”¹

Den nye sundhedslov betyder, at indsatsen overfor borgere med et rehabiliteringsbehov samles i kommunerne, og at kommunerne får et medansvar for den patientrettede forebyggelse. Der er tale om nye opgave- og indsatsområder, hvorfor der er behov for at udvikle og afprøve metoder og indsatser, bl.a. i kræftrehabiliteringen.

Når gruppen af kræftpatienter er udvalgt som målgruppe for dette projekt, har det baggrund i anbefalinger, bl.a. i *Kræftplan II* fra Sundhedsstyrelsen samt en række øvrige anbefalinger, især fra Kræftens Bekæmpelse.

Herning Kommune, Randers Kommune, Skive Kommune og Viborg Kommune har et samlet befolkningsgrundlag på cirka 313.000 borgere, og de udgør omkring 25 procent af befolkningen i Region Midtjylland. De fire kommuner står over for en række nye udfordringer og opgaver på sundhedsområdet – herunder udviklingen af rehabiliteringsindsatsen over for borgere, der rammes af kræft.

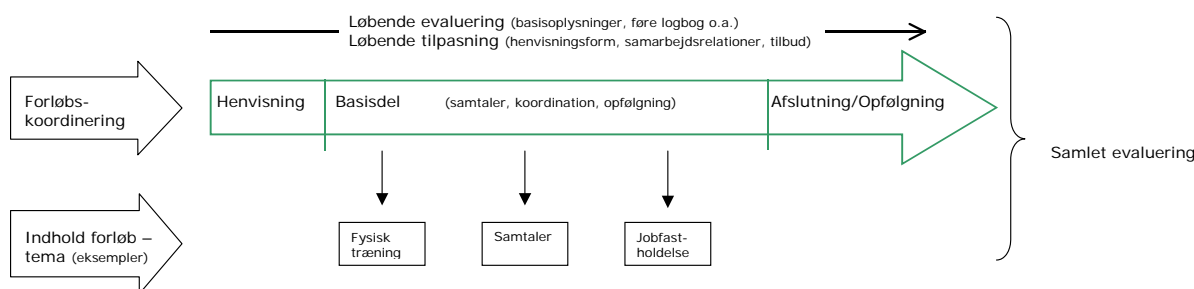
De fire kommuner har et fælles ønske om at udvikle og afprøve metoder og indsatser, der sigter mod en tidlig og forebyggende indsats, der aktivt inddrager borgernes egne ressourcer, som skaber *sammenhæng*, *koordination* og ressourceoptimalt samarbejde mellem alle aktørerne, og som inddrager arbejdspladsfastholdelsesperspektivet for borgere i den erhvervsaktive alder.

Rammebeskrivelse

Den overordnede model for forløbskoordinering og rehabiliteringsindsatsen (-pakker) i projekt KOSAK er vist i fig. 1.

Det er nævnt i projektbeskrivelsen til projekt KOSAK², at koordinatorfunktionen skal bidrage til at skabe sammenhæng og koordination på tværs af de kommunale serviceområder og sikre samarbejde og koordination med henholdsvis sygehus, praktiserende læge og borger omkring den enkelte borgers behandlings- og rehabiliteringsforløb.

Koordinatorfunktionen bliver endvidere omdrejningspunktet for, sammen med borgeren, at identificere behov for rehabilitering og formidle kontakt hertil. Det vil i mange situationer også være forløbskoordinatoren, der følger op på udviklingen i borgerens behov for rehabilitering.



Figur 1. Overordnet model for forløbskoordinering i projekt KOSAK.

Denne vejledning er udviklet som et redskab for forløbskoordinatorene til at varetage funktionen som forløbskoordinator i KOSAK-projektet over for de borgere, der ønsker at modtage tilbud om at indgå i det ovenfor skitserede tilbud om rehabiliteringsforløb.

¹ <http://www.rm.dk/files/Sundhed/Sundhedsstaben/Regionalt%20Sundhedssamarbejde/Sundhedsaftaler/generelle%20aftale/Sundhedsaftale07032007.pdf>

² http://www.marselisborgcentret.dk/fileadmin/filer/KOSAK/Ans_gning_som_fremsendt_310806.pdf

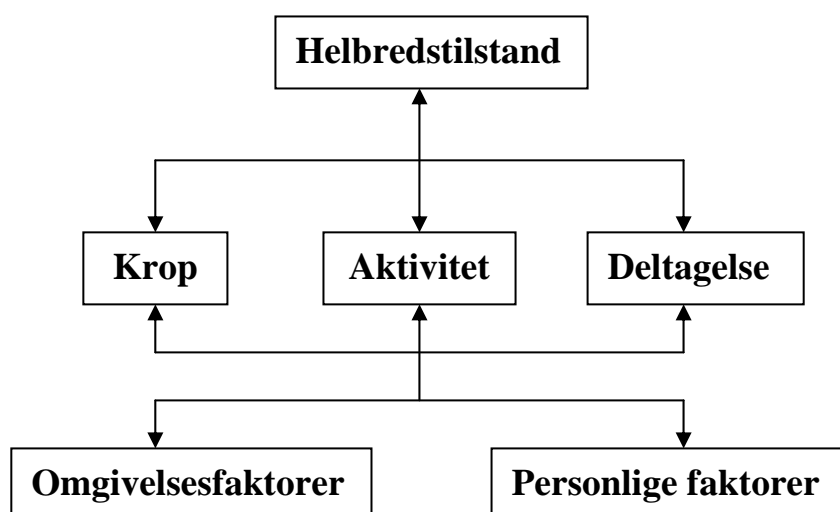
Vejledningen er udviklet i tæt samarbejde mellem projektledelse, kommuner og forløbskoordinatorer i projekt KOSAK³, samt via interviews/fokusgruppeinterviews med repræsentanter for de praktiserende læger, sygehus/kræftafdeling, Kræftens Bekæmpelse, borgere og kommuner med henblik på at indhente fag-professionelles/borgernes anbefalinger til den forebyggende indsats' indhold, opgaver og arbejdsfordeling.

Vejledningen ændres løbende efter anbefalinger fra *Den tværkommunale projektgruppe* i forhold til de erfaringer, der indhentes i kommunerne undervejs i afprøvningsfasen.

I forbindelse med henvisning og indledning af forløbskoordinering bør borgerens funktionsevne beskrives mhp. udarbejdelse af en rehabiliteringsplan, koordinering og evaluering. For at skabe ensartede rammer er det besluttet, at borgerens funktionsevne beskrives via en fælles begrebsramme kaldet International Classification of Functionality, eller International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand (ICF). Begrundelsen for valget af ICF er, at denne begrebsramme anskuer funktionsevne i et bredt og dynamisk perspektiv.

Gennem anvendelsen af ICF er det hensigten at flytte fokus fra borgerens sygdom og helbredelse til også at omfatte andre dele af tilværelsen, som har betydning for deltagelse i et almindeligt hverdagsliv, i fællesskab med andre og i samfundet, og hermed sigte mod en helhedsorienteret beskrivelse af behov for / tilbud om rehabilitering.

Formålet med anvendelsen af ICF er dermed, at tilbyde en overordnet begrebsramme til beskrivelse af funktionsevne og funktionsevnenedsættelse i relation til helbredstilstande.⁴ I figur 2 på næste side er hovedelementerne i ICF illustreret.



Figur 2. Overordnet model for ICF som referenceramme i projektet.

Diagrammet viser, at en persons funktionsevne inden for en komponent, er bestemt af et komplekst og dynamisk samspil mellem kroppens funktioner og anatomi, aktiviteter og deltagelse, omgivelsesfaktorer og personlige faktorer.

Formål med projektet

Med afsæt i projektansøgningens overordnede formål tager dette projekt om kommunalt samarbejde om kræftrehabilitering sigte på:

³ http://www.marselisborgcentret.dk/fileadmin/filer/KOSAK/Ans_gning_som_fremsendt_310806.pdf

⁴ <http://www.marselisborgcentret.dk/fileadmin/filer/PDF-filer/ICFvejledning.pdf>

- Gennem en tidlig indsats og koordinering at styrke borgere med en kræftsygdom til en bedre egenomsorg, og således give borgeren mulighed for i videst muligt omfang at opretholde sit hverdagsliv og for visse grupper bevare arbejdsevnen, så udstødelse fra arbejdsmarkedet undgås.
- At afprøve en ny funktion for en kommunal forankret koordinatorfunktion, som består i at kommunen indtager en ny og koordinerende rolle i det tidlige sygdomsforløb, i samarbejde med den henviste borger og sygehusafdelingen samt andre relevante samarbejdspartnere, fx den praktiserende læge.
- At belyse, hvorvidt konceptet/indsatsen kan accepteres af de involverede interessenter og muligheder for at implementere konceptet i praksis i forlængelse af projektførelsen. Dette gøres via interview/spørgeskema til interessenter, herunder borgeren for blandt andet at belyse samarbejdsrelationer og kommunikationsforhold.
- At belyse om den valgte organisering af indsatsen er hensigtsmæssig samt hvilke barrierer, der evt. optræder i forløbet.

Der er således tale om et projekt, der ud fra en systematisk tilrettelæggelse og evaluering af erfaringerne med projektets indsatsområder tager sigte på udvikling af praksis – her i forhold til rehabilitering af nydiagnosticerede, erhvervsaktive borgere med kræft.

Målgruppe og hospitalsenheder

De borgere (patienter), der inkluderes i projektet er følgende:

Borgere / patienter	▪ Være bosiddende i Herning Kommune, Randers Kommune, Skive Kommune eller Viborg Kommune
	▪ Være henvist fra et regionshospital i Herning Kommune, Randers Kommune, Skive Kommune eller Viborg Kommune
	▪ Borgere i den erhvervsaktive alder (18 - 64 år) - med eller uden arbejde
	▪ Nydiagnosticeret for en kræftsygdom
	▪ Får stillet / formidlet diagnosen på en udvalgt hospitalsafdeling
	▪ Uafhængigt af, om patienten kommer i behandling på en af de udvalgte hospitalsafdelinger
	▪ Alle kræftformer på de inkluderede hospitalsafdelinger

De afdelinger, der inkluderes i projektførelsen, er inkluderet ud fra følgende kriterier:

Hospitaller: Afdelinger / afsnit	▪ Hospitaler billigende i/har optageområde for borgere i Herning Kommune, Randers Kommune, Skive Kommune og Viborg Kommune
	▪ Specialiserede afdelinger for kræftlidelser (onkologisk afdeling) – sengeafdeling og/eller ambulatorium
	▪ Medicinske og kirurgiske afdelinger med diagnostik af kræftsygdomme – min. 10 pt. pr. år i flow ⁵ mellem kommune og hospital
	▪ Alle kræftformer på de inkluderede hospitalsafdelinger

Der søges inkluderet 10 borgere (patienter) fra hver af de fire kommuner inden for de første 4 uger af afprøvningsfasen (01.08. - 01.09.2007). Herefter inkluderes patienter fortløbende i afprøvningsperioden - 01.08.2007 til 01.05.2008.

⁵

Efter tal fra *Datamanagementenheden, Center for Folkesundhed* i samarbejde med *Udviklingsfunktionen, MarselisborgCentret* og beskriver flow mellem kommuner og kræftramte borgeres 1. kontakt til sygehusvæsenet febr. – dec. i 2005 (aldersgruppen 18 – 64 år)

Der henvises til bilag 1 for en mere konkret beskrivelse af de involverede hospitalsafdelinger.

Baggrund for vejledning

Opbygningen og den organisatoriske indretning af koordinatorfunktionen er forskellig i kommunerne, ligesom de personer der er tilknyttet funktionen, har forskellig baggrund.

Vejledningen benyttes som ramme for den indsats, der ydes overfor den kræftramte borger, hvor den konkrete udfoldelse af funktionen tilpasses den enkelte koordinator og de lokale forhold. Vejledningen skal således muliggøre en nogenlunde ensartet og ensrettet rehabiliteringsforløb af borgere med kræft. Dette bedrer mulighederne for at evaluere projektet og vurdere de faktorer, der påvirker effekten af indsatsen.

I figur 1 (side 4) vises den overordnede model for koordinationsforløbet samt delelementer i forløbet.

I afsnit 5 - 8 gives en detaljeret beskrivelse af forløbsindhold samt den ledsagende koordination.

Vejledningen understøttes af en række bilag, der rummer redskaber til brug for gennemførelsen af koordinatorfunktionen, herunder registrering af data til brug for den efterfølgende evaluering af projektet resultater.

Det kan i forbindelse med en evaluering være svært at adskille forløbskoordinering og rehabiliteringspakken fra hinanden, da indsatserne i høj grad er integrerede i hinanden, og givne effekter kan være vanskelige at tilskrive den ene eller anden indsats.

Der er udarbejdet særskilt dokument til brug for planlægning og gennemførelse af evaluering af projektet.

Formål med vejledningen er:

- At koordinatorene kender rammerne, og har de nødvendige redskaber for koordinering i det tidlige rehabiliteringsforløb for den kræftramte borger.
- At kunne sikre et ensartet basisprogram i de deltagende kommuner, således at borgere i de fire kommuner modtager samme ydelse med forløbskoordinering og de lokale kerneydelser, som dette inkluderer.
- Gennem en vis standardisering af forløbene via en vejledning, forbedrer det mulighederne for at evaluere og vurdere formålene med projektet.

Koordinatorfunktionens basisdel

Koordinatorfunktionens basisdel beskriver det indhold, samt den vejledning og information der som et minimum bør være indeholdt i et rehabiliteringsforløb i kommunen.

Af hensyn til evalueringen af projektets resultater er det vigtigt, at de overordnede rammer for koordinering og basisdel er ensartet i alle kommunerne. Det er desuden væsentligt, at der i rammen indgår en opgavefordeling som følges af koordinatorfunktionen, således at fastholdelse, vejledning og koordination ikke tabes. Indholdet af rehabiliteringspakkerne vil derimod være forskelligt i de 4 kommuner.

Minimumskravene kan dog ikke hindre borgeren i på ethvert tidspunkt at anmode om at udgå af projektet, hvormed forløbet afsluttes og borgerens data, hvis dette ønskes, slettes. Årsagen til afslutning af forløb skal dokumenteres af koordinator.

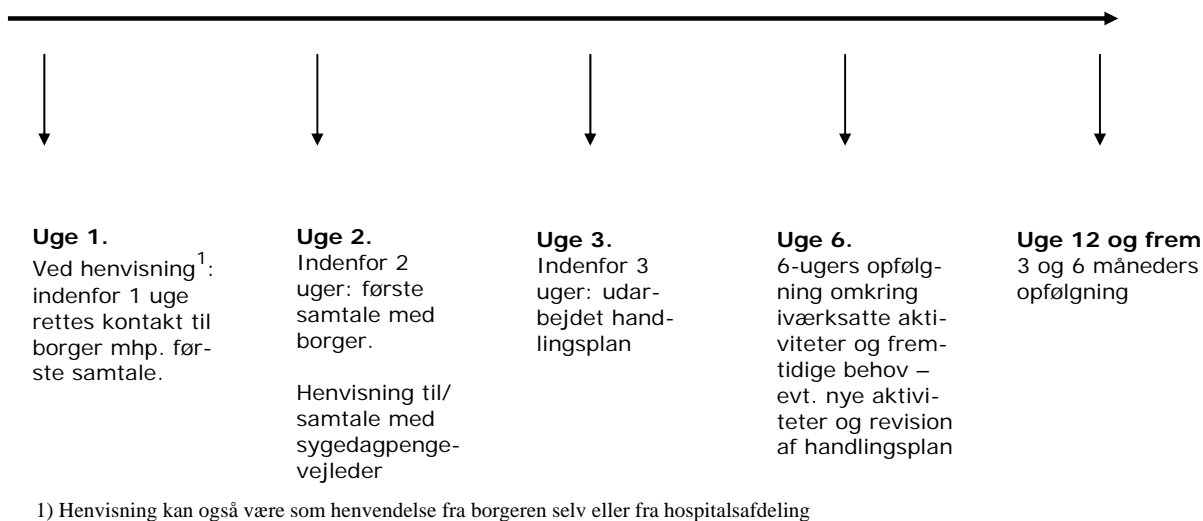
Forløbskoordineringen tager udgangspunkt i en aftalt samarbejdsmodel mellem de involverede hospitaler /afdelinger og de 4 projektkommuner - beskrevet i bilag 2.

Forløbskoordinatorens ansvar og opgaver er beskrevet i bilag 3.

Basisdel

I figur 3 nedenfor er en oversigt over forløbet i basisdelen af forløbskoordineringen beskrevet.

Basisdel (samtaler, koordination, opfølgning)



Figur 3. Oversigt over basisdelen (jf. figur 1) samt anbefalede minimumskrav til koordination

Fokus i dette projekt er for det første **borgeren** og dennes behov for rehabilitering, for det andet **en tidlig indsats**. Derfor skal forløbskoordineringen altid tage hensyn til borgerens individuelle ønsker og situation samtidig med, at den tidlige indsats fastholdes. Det vil kunne betyde at der kan være behov for afvigelser i.f.t. ovenstående. Eventuelle afvigelser dokumenteres af forløbskoordinator i logbogen.

Uddybning af basisdelen

Forløbskoordinering og tilbud om rehabilitering finder sted efter følgende rammer:

Uge	Opgaver og indhold
1	<p>Etablering af kontakt: Kommunen modtager henvisning på borger fra hospitalsafdelingen, jfr. samarbejdsmodellen bilag 2. Borgeren vælger evt. selv at henvende sig til koordinator. Ved henvisning fra hospitalsafdeling oplyser afdelingen om navn og telefonnummer samt accept fra borgeren om, at blive ringet op af koordinator. Denne første kontakt kan føre frem til</p> <ul style="list-style-type: none">- aftale om tidspunkt for indledende samtale- afslag om tilbud om støtte til koordinering / rehabiliteringsydelser fra kommunen. <p>Sted for den første kontakt/samtale kan være individuelt tilrettelagt ift. borgeren og lokale aftaler (fx hospitalet, kommunen, borgerens hjem). Koordinator opretter borgeren i database og udfylder basisskema på borgeren (bilag 4). Kommunen dokumenterer i egne systemer efter kommunens gældende praksis. Ved behov for yderligere oplysninger fra hospitalsafdelingen kontakter koordinator hospitalet (samtykkeerklæring fra borgeren skal foreligge – bilag 5).</p>
2	<p>Første samtale med borgeren: Forløbskoordinatoren beskriver sin rolle i borgerens rehabiliteringsforløb således, at borgeren ved, hvad denne kan forvente af koordinator og rehabiliteringsmuligheder. Der følges evt. op på basisskema med dokumentation af manglende eller yderligere relevante oplysninger. Beskrivelse af borgerens funktionsniveau og handleplan (individniveau) indledes (bilag 6). Logbog (overordnet niveau) føres af koordinator løbende (bilag 7). Alle væsentlige, over-</p>

ordnede beslutninger anføres i logbogen. Organisatoriske overvejelser og eventuelle barrierer beskrives ligeledes i logbogen, således at dette kan benyttes i en senere evaluering. Tilbuddet om rehabilitering vurderes og justeres løbende i.f.t. borgerens individuelle behov og vanskeligheder i hverdagslivet.

Der udformes notat til orientering for borgerens praktiserende læge (bilag 8). Dette følges op ved afslutning af forløb. Kopi af notat sendes til relevante hospitalsafdelinger – primært afdelingen der står for opfølgning af behandlingen, hvilket fremmer sammenhængen i forløbet.

2 Jobfastholdelse:

Forløbskoordinator orienterer/henviser evt. borgeren til sygedagpengevejleder m.h.p. samtale om job og gennemførelse af jobfastholdelsesprogram.

3 Handleplan:

Forløbskoordinator færdiggør handleplanen (jf. bilag 6) sammen med borgeren og aftaler med tværfaglige/tværsektorielle samarbejdspartnere. Det anbefales, at føre skemaet til registrering af funktionsevne, handleplan o.a. i overensstemmelse med de retningslinier der er beskrevet under bilag 6.

Kopi af handleplan udleveres til borgeren, hvis denne har ønske herom.

Det er væsentligt, at anledning til iværksatte aftaler/aktiviteter/ handlinger kan følges igennem skemaet og at alt er dateret.

Forløbet bør i høj grad være styret af borgerens behov og tilrettes fleksibelt og individuelt.

6, 12 Løbende opfølgning:

og >

Forløbskoordinator følger op på handleplan, samtaler, aftaler og aktiviteter i.f.t. borgerens rehabiliteringsforløb og tilstand.

Ud over disse elementer vil basisdelen indeholde håndtering af opgaver relateret til evaluering af projektet, fx information af borgeren om spørgeskema og interview. Der henvises til særskilt dokument vedr. evaluering af projektet.

Rehabiliteringspakken

Rehabiliteringspakkens [begrebet '*rehabiliteringspakken*' blev senere omdefinert til *rehabiliteringsindsatser*] indsatsområder/temaer er i nærværende vejledning tænkt som delementer der kan afprøves i forløbet – altså de rehabiliteringspakker, der kan tilbydes udover basispakken.

Indsatsområderne/temaerne er vejledende og beskriver nogle af de forhold, der gør sig gældende for indsatsen. Der foreligger således ikke en valideret og udtømmende beskrivelse af indsatsområderne/temaerne, men beskrivelsen er tænkt som en hjælp til at komme i gang med de for borgeren væsentlige aktiviteter. Beskrivelsen af rehabiliteringspakkens indsatsområder / temaer er opbygget efter hovedelementerne i ICF-referencerammen.

Under hvert indsatsområde / tema anføres idéer, forslag og evt. en beskrivelse i forhold til de enkelte indsatser. Litteraturen og de interview, som er afviklet forud for afprøvningsfasen, danner baggrund for de enkelte indsatstyper. Der henvises primært til "Kræftpatientens verden"⁶ som er publiceret af Kræftens Bekæmpelse, Kræftplan II fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet⁷ og "Rehabilitering af kræftpatienter" udgivet af Amtsrådsforeningen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet i april 2003⁸. Under hvert enkelt tema anføres desuden eksempler på tilbud der er gældende/aktuelle i én eller flere projektkommuner – offentlige som private. Samme tilbud kan være anført under flere temaer. Detaljeret beskrivelse af tilbudene for hver kommune er anført i bilag 9 - I-IV.

⁶ Kræftpatientens Verden, Grønvold et al., Kræftens Bekæmpelse, 2006.

⁷ http://www.sst.dk/Nyheder/Seneste_nyheder/kræftplan_2.aspx?lang=da

⁸ <http://www.arf.dk/Sundhed/BoegerOgPjecer/RehabiliteringAfKraeftpatienter.htm>

Rehabiliteringsindsatsen tager således afsæt i den enkelte kommunes nuværende aktiviteter. Undervejs i projektføreløbet eller i forlængelse af projektet kan der evt. opstå grundlag for at etablere relevante nye aktiviteter eller opbygning af kontakter til relevante institutioner.

I tabel 1.1 - 1.3 nedenfor er vist temaer, som forløbskoordinatoren kan tage op med borgerne. Temaerne tager bl.a. udgangspunkt i førnævnte referencer, og inkluderer elementer fra de somatiske, psykologiske, sociale, erhvervmæssige og materielle niveauer⁹. Temaerne er beskrevet efter ICF som referenceramme.

Tabel 1.1. Kroppens funktioner og anatomi

		Beskrivelse af tema / indsatsområde	Tilbud i kommunerne (eksempler)
Helbred / sygdom:		Borger med nydiagnosticeret kræftsygdom	
Funktionsevne	Kroppens funktioner og anatomi	Tema 1: Sygdomsforståelse - om sygdommen, behandlingsmuligheder, bivirkninger og senfølger af sygdom / behandling	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Opfølgningssamtale på hospitalet / egen læge ▪ Samtale-/selvhjælpsgruppe ▪ Kræftens Bekæmpelse
		Tema 2: Symptomer og bivirkninger af sygdommen og behandlingen - fx træthed, forringet seksualliv, vægttab, kvalme, diarre, inkontinens, forstoppelse, smerter, nedsat hukommelse/koncentration, påvirkede sanser	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Opfølgningssamtale på hospitalet / egen læge ▪ Motion / fysisk træning ▪ Henvisning til ergoterapeut eller fysioterapeut ▪ Hjemmesygepleje ▪ Kurser i sminkning /look-good-feel-better ▪ Samtale-/selvhjælpsgruppe ▪ Kræftens Bekæmpelse
		Tema 3: Kostrådgivning med henblik på sundhedsfremme, forebyggelse af vægttab og betydning for behandlingen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospital / egen læge ▪ Diætist
		Tema 4: Psykisk(mental) funktion, herunder støtte og hjælp til mestring fx af følelser af tab, ændret kropsideitet, seksualitet, tab af kontrol	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selvhjælpsgruppe ▪ Henvisning til psykolog ▪ Hjemmesygepleje ▪ Samtale med præst ▪ Oplyse om praktiserende psykolog
		Tema 5: Vurdering og valg af behandling - forståelse for hvad der sker, hvilke aktiviteter der kan iværksættes samt strategier til at mestre situationen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospital / egen læge ▪ Kræftens Bekæmpelse

I *Rehabilitering for kræftpatienter* er der fra side 25 ff. beskrevet diagnosespecifik rehabiliteringsindsats¹⁰ - især i forhold til det somatiske eller kropslige niveau. Oversigterne giver et godt indblik i de behov, borgerne indenfor forskellige kræftdiagnoser måtte have.

⁹ <http://www.arf.dk/Sundhed/BoegerOgPjecer/RehabiliteringAfKraeftpatienter.htm>

¹⁰ <http://www.arf.dk/Sundhed/BoegerOgPjecer/RehabiliteringAfKraeftpatienter.htm>

Tabel 1.2 Aktivitet og deltagelse

		Beskrivelse af tema / indsatsområde	Tilbud i kommunerne (eksempler)
Funktionsevne	Aktivitet og deltagelse	Tema 6: Fysisk aktivitet, muskelafspænding o.l.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Motions- og træningstilbud - fx svømning, gymnastik ▪ Henvisning til fysioterapeut ▪ Motion på recept
		Tema 7: Aktiv / deltagelse i eget sygdomsforløb, herunder anerkendelse, forståelse og ligeværdig kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Temaaftner - evt. for særlige grupper / aldersgrupper ▪ Patientundervisning - for indlagte / ambulante pt.

Tabel 1.3 Omgivelsesfaktorer og personlige faktorer

		Beskrivelse af tema / indsatsområde	Tilbud i kommunerne (eksempler)
Kontekstuelle faktorer	Omgivelsesfaktorer	Tema 8: Kontakt til hospitalet - fx vedr. behandling, kontrol, ventetid, kontaktperson	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Samtaler / opfølgning på hospitalet
		Tema 9: Kontakt til egen læge	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Samtaler / opfølgning hos egen læge
		Tema 10: Information og støtte fra patient foreninger, fx - Kræftens Bekæmpelse - specifikke patientforeninger	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lokale grupper / kontaktpersoner
		Tema 11: Arbejdsfastholdelse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sygedagpenge ▪ Revalidering ▪ Fleksjob ▪ Pension ▪ Kontanthjælp ▪ Samtale om 'at komme tilbage til jobbet' ▪ Virksomhedsbesøg ▪ Personlig assistance og mentor ▪ Arbejdsredskaber
		Tema 12: Støttemuligheder og sociale rettigheder	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bevilling af rehabiliteringsophold ▪ Pension ▪ Enkeltydelser ▪ Rådgivning og vejledning
		Tema 13: Støtte til personlige og praktiske opgaver i hjemmet samt hjælpemidler	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hjemmehjælp ▪ Hjemmesygepleje ▪ Hjælpemidler

		Beskrivelse af tema / indsatsområde	Tilbud i kommunerne (eksempler)
Kontekstuelle faktorer	Omgivelsesfaktorer (fortsat)	Tema 14: Støtte til forebyggende foranstaltninger, fx rygestop	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rygestopkursus ▪ Patientskoler
		Tema 15: Fastholdelse af job - herunder samspil / kommunikation / rummelighed på arbejdspladsen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sygedagpenge ▪ Revalidering ▪ Fleksjob ▪ Pension ▪ Kontanthjælp ▪ Samtale om 'at komme tilbage til jobbet' ▪ Virksomhedsbesøg
		Tema 16: Patientforeninger og rådgivning	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kommunale sundhedscentre (bred vifte af tilbud / aktiviteter) ▪ Private foreninger for forskellige grupper af kræftsyrge - fx PRO-PA, COPA, Kræftens Bekæmpelse ▪ Telefonrådgivning (patientforeninger)
		Tema 17: Rigtig brug af medicin - vejledning / rådgivning / støtte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospital / egen læge ▪ Hjemmesygepleje ▪ Vejledning på apotek
		Tema 18: Brug af alternativ behandling - fx brug af alternativ behandling / vejledning / støtte / information	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Støtte / råd / vejledning ▪ Kræftens Bekæmpelse - "Buen"
		Tema 19: Økonomiske forhold og muligheder for hjælp	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sygemelding (hel / delvis) ▪ Kommunal sagsbehandler ▪ Borgerens pengeinstitut ▪ Fagforening / pensionskasse ▪ Borgerens forsikringselskab
	Personlige faktorer	Tema 20: Om at komme tilbage til hverdagen - fx behov for psykisk støtte og ny rolle med sygdom	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Samtalegrupper ▪ Patientforeninger
		Tema 21: Familien, evt. børn og venner - fx netværkets reaktion / håndtering af situationen og støtte hertil	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Samtalegrupper for pårørende ▪ Samtalegrupper for børn med en syg forælder ▪ Sorggrupper

Tabel 1. Oversigt over temaer, som borgeren kan have vanskeligheder inden for, og eksempler på tilbud og henvisningsmuligheder. Oversigten er ikke udtømmende og vil blive opdateret ved ændringer eller tilføjelser.

For alle temaer gælder det, at borgeren kan bringe disse temaer op ved henvendelse til/samtale med forløbskoordinatoren. Koordinator vil også kunne være aktivt opsøgende ift. afdækning af behov for rehabilitering, hvor dette skønnes relevant ift. borgerens mestringssevne.

Det er herefter den enkelte koordinators opgave at sikre borgeren tilbud om rehabiliteringsindsats, tilpasset den enkelte borgers ønsker. Dette sker overvejende ved henvisning til andre, tværfaglige/tværsæktorielle samarbejdspartnere.

Der henvises i øvrigt til overordnet funktionsbeskrivelse for forløbskoordinator (bilag 3).

Jobfastholdelse

Det tredje element i KOSAK-projektet er en tidlig indsats i forhold til jobfastholdelse og derigennem begrænsning af borgerens sygefravær ved kræftsygdom. Udgangspunktet er også her borgerens aktuelle helbredstilstand og mestring af situationen.

Dette element varetages i projektet af den enkelte kommune, bistået af *Marselisborg – Beskæftigelse, Kompetence & Viden*. Der udarbejdes forløbsbeskrivelse (program), der beskriver tilrettelægning og gennemførelse af et jobfastholdelsesprogram i den enkelte kommune ud fra gældende praksis, dog med en tidligere indsats som fokus.

Jobfastholdelsesprogrammet koordineres i tæt samarbejde med kommunernes forløbskoordinatorer, lige som evalueringen af resultaterne, herunder datafangst, koordineres i forhold til projektets øvrige indsatsområder.

Afslutning og opfølgning

Hos borgere med behov for længerevarende rehabiliteringstilbud og opfølgning herpå, bør der i god tid før afslutning af det kommunale koordinationsforløb etableres opfølgning i primærsektoren, primært hos egen læge.

En måned før afslutning af projektets afprøvningsfase afsluttes borgeren i projektet. Opfølgende rehabiliteringssamtaler aftales med borgeren, og de relevante samarbejdspartnere kontaktes med henblik på fortsættelse og opfølgning på borgerens rehabilitering.

Ved afslutning af borgerens rehabiliteringsforløb aftales et tidspunkt med borgeren for en opfølgende kontakt (evt. senest 1 måned efter afslutning), og der følges op på indgåede aftaler og på eventuelle nytilkomne behov, hvor en kommunal sagsbehandler vil kunne bidrage med kontakter, information og lignende.

Bilagsoversigt

De redskaber og andre materialer, som forløbskoordinator benytter i dette projekt er følgende:

1. Involverede hospitalsafdelinger
2. Samarbejdsmodel - Hospital/Kommune
3. Forløbskoordinatorens ansvar og opgaver
4. Basisskema vedr. borgeren
5. Samtykkeerklæring
6. Handleplan
7. Logbog
8. Statusnotat til egen læge
9. Oversigt over kommunale rehabiliteringstilbud
 - 9.1: Herning Kommune
 - 9.2: Skive Kommune
 - 9.3: Randers Kommune
 - 9.4 Viborg Kommune

Der er endvidere udarbejdet følgende informationsmaterialer, som benyttes i projektet:

- Informationsfolder - borgeren:
- Informationsfolder - professionelle på hospitalsafdelinger og i kommuner

Arbejdsfastholdelsesprogram

KOSAK-projektet

Indledning

- Projektets idé** Idéen med indsatsområde III i KOSAK-projektet¹¹ er at afprøve om, og hvordan en tidlig arbejdsfastholdelsesindsats kan virke forebyggende i forhold til borgernes risiko for at miste sit arbejde under sygdomsforløbet.
- Problemets omfang** Undersøgelser i Kræftens Bekæmpelse, bl.a. på Dallund Rehabiliteringscenter viser, at 10-15 % af de kræftsyrge har arbejdsrelaterede problemer. Et endnu ikke offentliggjort studie om de kræftsyrges arbejdsituation tyder på, at borgere med kræft har ca. 30 % øget risiko for arbejdsløshed og ca. 70 % øget risiko for førtidig pensionering. Når hver 7. borger får kræft inden pensionsalderen, vil alle virksomheder og medarbejdere på et eller andet tidspunkt møde en ansat eller kollega, der har fået kræft. Betydningen af at kunne håndtere den særlige situation, der opstår med en medarbejder eller en kollega, der har fået kræft, er derfor ganske betydelig. En forbedret indsats over for den kræftsyrge medarbejders jobsituation rummer således store muligheder for at forbedre borgerens livskvalitet og samtidigt reducere udgifter til sygedagpenge og førtidspension.
- Forebyggelse hos kræftpatienter** Forebyggelse hos kræftpatienter sker ved at overveje anvendelse af redskaber og tilbud, som allerede findes i de enkelte kommuner, men her blot på et tidligere tidspunkt, end det gennem den almindelige praksis ville være sket. De kommunale redskaber og tilbud bør tidligt i borgerens forløb overvejes systematisk af de professionelle - sygedagpengemedarbejdere og virksomhedskonsulenter. **Programmet tager dermed udgangspunkt i kommunernes eksisterende praksis på arbejdsfastholdelsesområdet. Hertil kommer håndtering af de særlige udfordringer, der er i arbejdsfastholdelse af medarbejdere med en livstruende sygdom.** Med baggrund i de ovenfor nævnte udfordringer i forhold til borgere med kræft tilbydes den enkelte borger og virksomhederne viden om særlige forhold omkring arbejdsliv med en kræftdiagnose. Dette arbejdsfastholdelsesprogram skal dermed give inspiration til projektkommunerne og indgår som en del af projektets videnopsamling.
- Et redskab for kommunernes 'sagsbehandlere'** Dette bilag om arbejdsfastholdelse indgår som redskab for de fire projektkommuners *virksomhedskonsulenter og sygedagpengemedarbejdere* samt for projektets forløbskoordinatorer i gennemførelsen af KOSAK-projektet. Der henvises i øvrigt til håndbog - *Når en medarbejder får kræft* - udarbejdet af Kræftens Bekæmpelse¹² og en webside om sygefravær og arbejdsfastholdelse¹³.

Tilgangen til borgeren med kræft

I det følgende redegøres der kort for specielle forhold hos borgere med kræft, der har betydning for indsatsen med at jobfastholdelse hos borgere med kræft.

¹¹ En uddybet beskrivelse af KOSAK-projektet kan læses på www.marselisborgcentret.dk/projektudvikling/kræftrehabilitering.html

¹² <http://www.cancer.dk/Alt+om+kræft/taet+paa+en+kræftpatient/arbejdsgiver/>. Denne publikation er anvendt i dette program som kilde i beskrivelsen af de særlige forhold, der gør sig gældende for borgere med kræft.

¹³ www.via2000.dk

Det specielle hos borgere med kræft

Alle mennesker, der får kræft, vil reagere på deres egen måde.

På trods af individuelle forskelle er dog nogle fællestræk ved reaktionerne på at få kræft, der kan sige noget om den syges reaktioner og behov.

- De fleste bliver meget påvirket af at få en kræftsygdom, og mange nydiagnosticerede kræftpatienter befinder sig derfor i en krisepræget tilstand de første 6-8 uger.
- Borgere, der har fået kræft, reagerer forskelligt og prioriterer ofte på andre måder i livet end andre, hvilket kan præge medarbejderens forhold til arbejdet og arbejdsstedet. Det kan betyde
 - at mange borgere sygemelder sig i starten, selv om de fysisk set godt kunne arbejde, andre vil gerne arbejde den første tid
 - at arbejdets effektivitet vil kunne være påvirket i større eller mindre udstrækning
 - at borgeren kan udvise betydelige følelsesmæssige udsving, der kan være 'belastende' i forhold til andre på arbejdspladsen
 - at borgeren skal kunne prioritere tid til yderligere undersøgelser og behandling
 - at den syges kolleger vil reagere over for situationen (fx medfølelse, angst, usikkerhed).

Kræftpatienters sygdomsforløb er forskellige

Der kan være store forskelle på, hvor belastende to personers sygdomsforløb er, eller hvor længe de er sygemeldte.

- Kræftsygdomme er i vidt omfang at betragte som en kronisk sygdom. Nye og bedre behandlingsmuligheder medfører, at mange helbredes eller kan leve med sygdommen i mange år på samme måde som fx ved rygerlunger (KOL).
- Forskelle i den enkeltes belastning og sygefravær kan skyldes 1) behandlingens individuelle karakter (skræddersys til den enkelte), 2) forskelle i omfanget/karakteren af bivirkninger, 3) hvor fremskreden sygdommen er og 4) forskelle mellem mennesker - vi er ikke alle ens.
- Det vil derfor være forskelle i tidspunktet for, hvornår det er aktuelt at tale om jobfastholdelse.
- Kræft er en sygdom, som det kan være vanskeligt at tale om (tabu) - såvel for den syge som for andre mennesker omkring den kræftsyge.

Borgeren med kræft har en række særlige behov i begyndelsen af sygdomsforløbet

- Borgere med kræft kan i forhold til arbejdsstedet (ledelse og kollegaer) have behov for 1) nænsom opmærksomhed, 2) følelsesmæssig opbakning, 3) balance mellem fortrolighed og åbenhed om sygdommen, 4) kontakt til/fra arbejdsstedet, evt. møde på arbejdsstedet om situationen, 5) tilpasning af arbejdet ift. helbredssituationen og 6) forståelse for støtte i en kaotisk og vanskelig situation.

Virksomheden kan have behov for information om kræft og det at være ramt af kræft

- Viden om kræft, behandling og især senfølger kan give øget forståelse for borgeren med kræft og behov for fleksible løsninger i borgerens job, afpasset fx efter kræfter, motivation, senfølger og behandling.
- Viden om muligheder for arbejdstilrettelæggelse under sygdomsforløbet.

Etik i jobfastholdelse

Det etiske fundament for en tidlig indsats er, at arbejdsfastholdelsen ikke kommer til at blive en belastning for borgere, der har fået en kræftdiagnose. Derfor skal den forebyggende indsats over for en risiko for udstødelse af arbejdsmar-

kedet balancere mellem projektkommunernes ønske om en tidlig og målrettet indsats, arbejdspladsens og kollegers interesser og ønsker *samt* borgerens mulighed for at komme gennem sygdoms- og rehabiliteringsforløbet på en måde, der passer den enkelte bedst.

En måde at opnå dette på i projektet er en tilgang til borgeren, som er *individuel tilpasset, timet og præget af muligheder og fleksibilitet*.

Individuel tilpasning

Tilgangen til borgerens forhold til arbejdsmarkedet skal være præget af at være udtømmende i forhold til alle de muligheder, der findes i forhold til jobfastholdelse. På den måde skal kommunens medarbejdere have overvejet *individuelle muligheder* for den enkelte borger. Disse muligheder skal tilpasses individuelt ud fra en vurdering af den enkelte borgers behov og arbejdspladsens behov.

Kommunen tager udgangspunkt i en bred vifte af muligheder for borgeren. Borgeren tilbydes de dele af viften, som er relevante i borgerens individuelle situation. Denne individuelle tilpasning kan understøttes af forløbskoordinatorernes vurdering af den enkelte borgers behov og aktuelle situation.

Individuel tilpasning betyder dermed en vifte af muligheder sammensat ud fra den enkelte borgers behov.

Timning

Borgeren skal have muligheder for tilbud om jobfastholdelse på et individuelt tilrettelagt tidspunkt, der er afpasset efter borgerens situation og kravene til kommunen iflg. lovgivningen.

Borgerens kontakt med forløbskoordinatoren kan gøre det muligt at 'time' forskellige tilbud, så de passer den enkelte borger. Det kan f.eks. være mødet med virksomheden, der kan tilpasses den enkeltes behov.

Timning betyder dermed, at borgeren får de forskellige indsatser/tilbud på det rette tidspunkt i.f.t. borgerens helhedssituation.

Tænke i muligheder og fleksible løsninger

I arbejdet med jobfastholdelse, bl.a. af alvorligt syge borgere med fx med kræft er der behov for at tænke i *muligheder og fleksible løsninger* - at finde nye løsninger og nye veje at gå. Denne tænkemåde gør de professionelle i stand til bedre at kunne manøvrere i et kompliceret felt. Det gør også de professionelle i stand til bedre at udnytte de faktiske muligheder og til tider umuligheder, der ligger i jobfastholdelse hos kræftsyge borgere. Umuligheder er det, man på forhånd tror ikke kan lade sig gøre, men hvor det efterfølgende viser sig, at det alligevel kan lade sig gøre¹⁴.

En tænkning i muligheder og fleksible løsninger er at udnytte muligheder og umuligheder - at finde nye muligheder og nye veje at gå.

Organisering af indsatsen

Etablering af kontakt til sygedagpengeafdeling/fastholdelsesfunktion

De kommunale forløbskoordinatorer kan understøtte en tidlig indsats vedr. arbejdsfastholdelse gennem kontakten til borgeren og indadtil i kommunen. Det er endvidere forløbskoordinatorens ansvar at sikre, at programmet afprøves i den enkelte kommune. Dette sker gennem etablering af kontakt til sygedagpengeafdelingen samt evt. arbejdsfastholdelsesfunktion i disse afdelinger.

Fastholdelsesindsatsen skal så vidt muligt foretages som en del af kommunens øvrige praksis. Dette vil gøre en evt. implementering efter projektets ophør enklere.

Visitationen af borgere

Indsatsen overfor sygemeldte borgere i en kommune vil normalt foregå på baggrund af sygedagpengelovgivningens rammer¹⁵. Disse rammer medfører, at ind-

¹⁴ Thønning og Kabel, 2006: *Rehabilitering i Hjemmet - når livet skal leves på ændrede vilkår*. Hjerneskadecenter Nordsjælland, Frederiksborg Amt.

¹⁵ Se f.eks. "Vejledning om visitation og opfølgning mv. i sygedagpengesager", http://147.29.40.91/_GETDOC_/ACCN/C20050962760-REGL

satsen overfor den enkelte vil afgøres ud fra den sygedagpengekategori (1, 2 eller 3¹⁶), som sagsbehandleren visiterer borgeren til.

I projektet afprøves fastholdelsesindsatsen i princippet overfor alle borgere uanset sygedagpengekategori. Det betyder, at kommunen er forpligtet til at yde en indsats overfor borgere i alle kategorier, som vurderes at have et behov for projektets indsatsstyper.

Arbejdsfastholdelsesprogrammet - overordnet

Arbejdsfastholdelsesprogrammet

Projektkommunerne skal:

- Rådgive borgeren om lovgivningens muligheder.
- Tilbyde og opfordre borgeren til at kommunen rådgiver virksomheden omkring lovgivningens muligheder.
- Tilbyde rundbordssamtale med relevante interessenter.

Projektkommunerne kan endvidere anvende andre dele af arbejdsfastholdelsespraksis i kommunen tilpasset den enkelte borgers situation.

Lovgivningens muligheder

Lovgivningen giver mulighed for følgende løsninger/indsatser

1. Delvis sygemelding/delvis raskmelding (opstart)
2. Mentorordning
3. Personlig assistance
4. Omplacering
5. Afklarende virksomhedspraktik
6. Virksomhedsrevalidering
7. Psykologsamtaler
8. § 56 aftale (lønrefusion fra 1. sygedag)
9. Fleksjob
10. Indretning af arbejdspladsen
11. Hjælpemidler/arbejdsredskaber
12. Genoptræning
13. Fleksibel efterløn
14. Løntilskud til førtidspensionister
15. Opkvalificering (kurser)

Nedenfor er beskrevet nogle af de måder, som det er muligt at arbejde med jobfastholdelse på, set i forhold til borgere med kræft. Der er ikke tale om en udtømmende beskrivelse, men idéer til inspiration for projektkommunerne.

Faser og tiltag for arbejdsfastholdelse

Arbejdet med jobfastholdelse bør afpasses efter borgerens situation og de faser, som en borger med en kræftsygdom kan gennemløbe. Der vil naturligvis være store individuelle forskelle, ligesom der vil være overlapninger mellem faserne. I afsnittet om tilgangen til borgeren (side 2) er der beskrevet en række forhold, der især gør sig gældende i den første tid - især de første 6-8 uger - efter diagnosticering af en kræftsygdom.

De tiltag, der her særligt vil være i fokus, er:

- Håndtering af borgerens og arbejdsstedets første reaktioner på kræftdiagno-

Den første tid

¹⁶ 1) Sager, hvor tilbagevenden til arbejdsmarkedet er umiddelbart forestående (kategori 1).
2) Sager med risiko for langvarigt sygeforløb og/eller risiko i forhold til arbejdsevnen (kategori 2).
3) Sager, hvor lidelsen eller sygdommen medfører et længerevarende sygeforløb (kategori 3).

sen, og den angst og bekymring denne afstedkommer. Nogle borgere vil være sygemeldte i denne periode, andre vil gerne holde fast i fremmødet på jobbet, selv om engagementet og arbejdets udførelse vil kunne være påvirket.

- Håndtering af evt. fortsatte undersøgelser og påbegyndelse af behandlingen.
- Afklaring af evt. behov i virksomheden vedr. orientering om kræft, behandling og følgevirkninger samt om 'det at have en medarbejder med kræft'.

I det videre sygdomsforløb

En til to måneder efter diagnosen vil den syge borger i reglen have et vist overblik over situationen. Dermed vil han bedre kunne sige noget om og forholde sig til sin arbejdssituation med eller uden behandling af sygdommen.

De tiltag, der her kan komme i spil i det videre sygdomsforløb, vil fx kunne være:

- Etablering af et møde mellem borgeren og dennes nærmeste leder, evt. bistået af andre, som borgeren ønsker skal deltage (fx den faglige organisation, jobkonsulent, pårørende). Her vil der fx kunne 1) orienteres om sygdom og behandling, 2) ske drøftelse af virksomhedens personalepolitik vedr. alvorlig sygdom, 3) kontakten til arbejdspladsen, 4) information til kollegaer, 5) afklaring af økonomiske forhold og 6) aftaler om fremtidige møder.
- Hvis borgeren er sygemeldt under hele forløbet, vil der kunne være behov for at være opmærksom på, hvorledes kontakten mellem borgeren og virksomheden kan bevares.
- Ved delvis sygemelding vil der være behov for 1) afklaring af arbejdsbetingelserne og 2) løbende vurdere og tilpasse arbejdssituationen/omfanget i samarbejde med borgeren.
- Håndtering af den situation, hvor borgerens arbejde ikke er godt nok, herunder evt. opsigelse af medarbejderen.

Om kommunens opfølgingsforpligtelse ved sygemelding

Kommunerne er iflg. lovgivningen forpligtet til at foretage periodiske opfølgninger på sygedagpengesager (8 ugers opfølgning).

Ved opfølgning hos borgere med kræft bør den enkelte sagsbehandler vurdere, hvorledes en opfølgning bedst gennemføres under hensyntagen til, at borgere med kræft især i starten af sygdoms- og behandlingsforløbet er i en kaotisk, kriseagtig situation.

I den situation, hvor borgeren har fået en livstruende sygdom og måske er i en meget voldsom behandling (kemo- og/eller strålebehandling), kan det af borgeren blive oplevet meget 'ufølsomt' og indgribende at blive mødt med krav om opfølgning på, hvornår det kan forventes, at borgeren kan vende tilbage til arbejdet.

Sagsbehandleren bør derfor overveje andre tiltag, fx telefonisk kontakt til borgere, forinden sædvanlig praksis for opfølgning finder sted.

Når arbejdet genoptages

Personer, der har været sygemeldt i længere tid pga. en livstruende sygdom, kan reagere temmelig forskelligt ved genoptagelsen af arbejdet. Nogle vil synes, det er uoverskueligt at skulle vende tilbage til arbejdet. Andre har måske forandret sig psykisk og måske fysisk, og er derfor usikre på, om de kan klare de samme opgaver som før sygdommen. Andre igen er opsatte på at vende tilbage hurtigst muligt, når behandlingen muliggør dette.

De tiltag, der her kan komme i spil ved arbejdets genoptagelse, vil fx kunne være:

- Etablering af et møde mellem borgeren og arbejdsstedet, hvor rammerne og ønskerne for arbejdets genoptagelse kan drøftes.
- Borgeren kan have behov for at drøfte de evt. senfølger denne har af sygdommen og behandlingen, og hvorledes der kan tages hensyn hertil i arbejdssituationen.

- Borgeren kan have behov for langsomt at vende tilbage arbejdet.
- Der vil kunne være behov for at ændre borgerens arbejdssituation og kravene i jobbet. Hvis borgeren har så store begrænsninger i sin arbejdsevne, og det ikke er muligt at tilpasse jobbet eller omplacere borgeren til en anden funktion, vil afskedigelse kunne komme på tale.
Herefter vil det være kommunens opgave at søge andre muligheder for beskæftigelse afprøvet, fx gennem uddannelse, fleksjob, revalidering.
- Behov for orientering af kolleger for at mindske usikkerheder, fordomme og minimere risikoen for uoverensstemmelser og dårligt psykisk arbejdsmiljø.

Om orientering af virksomheden

Borgeren skal tilbydes rundbordsamtale hvor kommune, medarbejder og virksomhed mødes og drøfter situationen og de muligheder parterne ser. Det er én af de måder, hvorpå ovennævnte tiltag vil kunne håndteres på.
Samtalens emner kan fx være en række af de ovenfor nævnte - fx lovgivningens muligheder, orientering af kolleger om situationen, aftaler om kontakt i sygdomsperioden og tilbagevenden til arbejdspladsen efter sygdomsperioden.

Inddragelse af de faglige organisationer

De faglige organisationer, ofte repræsenteret af TR eller sikkerhedsrepræsentant/MED-repræsentant, kan ved en rundbordsamtale (og generelt i forhold til borgerens sag) bistå med viden om borgerens muligheder i overenskomsternes sociale kapitler, pensions- og arbejdsløshedskasse.
Desuden kan repræsentanter fra den faglige organisation fungere som en, der kan bane vejen for fastholdelse på arbejdspladsen og være en samarbejdspartner for borgeren og virksomheden.
Inddragelse af de faglige organisationer skal ske efter aftale med borgeren og virksomheden.

Inddragelse af egen læge

Kommunen kan i de enkelte tilfælde overveje at inddrage borgerens egen læge i forhold til at undersøge mulighederne for, at borgeren kan udføre delopgaver eller andre arbejdsopgaver på virksomheden. Denne bistand honoreres via sygesikringen.
Endvidere yder *Kræftens Bekæmpelse* rådgivning over for virksomheder, der har behov for information og rådgivning vedr. 'medarbejdere med kræft'. Denne bistand kræver en vis betaling fra virksomheden.

Økonomisk og praktisk støtte

Mange ledere vil gerne tage særlige hensyn til alvorligt syge medarbejdere, men det kan forekomme svært, fordi man også skal varetage virksomhedens generelle interesser.
Der vil derfor ofte kunne være behov for, at bl.a. kommunens sagsbehandlere, den faglige organisation eller evt. *Kræftens Bekæmpelse* rådgiver virksomheden om muligheder for økonomisk støtte til at fastholde borgeren i sit arbejde.

Hvis den syge ikke vender tilbage

Mange overlever i dag en kræftsygdom, men ikke alle bliver raske nok til at kunne begynde et arbejde igen. Nogle vil også dø af deres sygdom.
Hvis en medarbejder ikke bliver i stand til at genoptage sit arbejde, (eller på anden måde kan komme i beskæftigelse) betyder det, at virksomheden må opsiges medarbejderen. Her har det betydning, at *tabet af arbejde* ofte vil være et yderligere tab i en række af andre tab, hvorfor den måde dette foregår på, vil kunne have mærkbar betydning for borgerens videre liv.
Hvis borgeren bliver opsagt af virksomheden ophører arbejdspladsfastholdelsen. Kommunen skal i disse tilfælde, så vidt der er muligt sørge for, at afskedigelses-sagen bliver så lempelig som muligt ved at bidrage med viden og assistance, både over for virksomhed og borger.
Borgeren overgår i stedet til kommunens indsats overfor sygemeldte borgere

uden beskæftigelse, hvorefter denne vil komme i et afklaringsforløb mht. anden form for tilknytning til arbejdsmarkedet. I denne overgangsfase er det vigtigt, at borgeren får klarhed over forsørgelsesgrundlaget, når lønindtægten ophører.

**Kommunernes
arbejdsfastholdelses-
program**

Den enkelte kommunes eget arbejdsfastholdelsesprogram kan indgå som bilag ved afrapportering af indsatsområde III ved evaluering af projektføreløbet.

Bilag

Dette program er ledsaget af et bilag med et 'resume' af programmet.

Dette program er udarbejdet i et samarbejde mellem



Pjecer

I forbindelse med afprøvning af projektets tre indsatsområder blev der udarbejdet pjecer til

- information af borgere om projektet
- information af professionelle (hospitaller og kommuner) om projektet
- information af borgere om projektetik.

Bortset fra pjecen om projektetik blev alle pjecer udformet i fire kommunespecifikke udgaver.

En enkelt af kommunerne valgte at trykke pjecen til borgerne i eget design.

I denne bilagssamling er Randers Kommune valgt som eksempel.

Yderligere information

Du kan læse mere om kræftrehabilitering og forløbskoordinator på www.randers.dk under ”sundhed og sygdom” og ”genoptræning”.



Kræftrehabilitering

Forløbskoordinator - et tilbud til borgere med kræft

Dette tilbud er udviklet i samarbejde med:



Trykt: Juli 2007



Randers Kommune

Borgere med kræft

Er du mellem 18 – 64 år, bor i Randers Kommune og har du lige fået konstateret en kræftsygdom, så har vi her et tilbud til dig om at få kontakt med en forløbskoordinator.

Koordinering af dit forløb

En forløbskoordinator i 'Rehabiliteringsenheden - Randers Sundhedscenter' kan støtte dig i dit sygdomsforløb.

Hvad kan du få støtte til?

Det kan for eksempel være støtte i form af

- nogen at tale med om kræft
- hjælp til at håndtere din jobsituation
- motion og fysisk aktivitet
- råd om kræft og sund kost.

Forløbskoordinatoren i din kommune kan også

- hjælpe dig med at formidle kontakt til fagfolk og frivillige på hospitalet, i kommunen, hos praktiserende læge, og Kræftens Bekæmpelse
- være med til, at du får et overskueligt og sammenhængende forløb.

Hvordan får du hjælp?

Hospitalet vil kontakte forløbskoordinatoren i Randers Kommune. Herefter vil du blive ringet op af forløbskoordinatoren.

Du kan også selv henvende dig eller bede dine pårørende, din læge eller din sagsbehandler på kommunen om at tage kontakt til os. Her kan vi aftale en samtale om de ønsker, du har til støtte i forbindelse med din kræftsygdom.

Kommunens forløbskoordinator

Forløbskoordinator i Randers Kommune er
Vibeke Dahl
Rehabiliteringsenheden - Randers Sundhedscenter
Vestervold 4 ^{stuen}
8900 Randers

Tlf. direkte 51 56 20 15
email: vibeke.dahl@randers.dk

Fakta om KOSAK-projektet

Finansiering : 8 mio. kr. fra ”Pulje til kommunale projekter på kræftrehabiliteringsområdet” fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Projektperiode: 01.01.07 – 31.12.08 og omfatter:

Udviklingsfase	01.01.07 – 31.07.07
Afprøvningsfase	01.08.07 - 30.04.08
Evalueringsfase	01.05.08 - 31.08.08
Implementeringsfase	01.09.08 - 31.12.08

Projektledelse:

Projekt- og udviklingskonsulent Bjarne Rose Hjortbak, MarselisborgCentret

Tlf. 8949 1225. Mail: bjarne.hjortbak@stab.rm.dk

Kommunens projekt er et af fire kommunale projekter, der samarbejder med MarselisborgCentret, Marselisborg – Beskæftigelse, Viden & Kompetence og Kræftens Bekæmpelse.

De fire kommuner, der er med i KOSAK-projektet, er Skive, Herning, Viborg og Randers kommuner.

Yderligere information om projektet findes på:

www.kosak.marselisborgcentret.dk



Trykt: Juli 2007



Kræftrehabilitering

Samarbejde om borgere med kræft



Vi inviterer dig som samarbejdspartner til at deltage i et nyt fælles kræftprojekt kaldet **KOSAK-projekt**¹⁷

Vores mål er at skabe et sammenhængende rehabiliteringsforløb for borgere med kræft samt at støtte borgeren. Vi ønsker at være med til at fremme borgerens overskud og overblik til at håndtere deres sygdom og aktuelle livssituation.

Projektet retter sig mod borgere, der netop har fået diagnosticeret en kræftsygdom og er i alderen 18 år – 64 år .

KOSAK- projektet er et kommunalt udviklingsprojekt om kræftrehabilitering. Projektet er toårigt og afprøvningen strækker sig fra 01.08.2007 til 31.12.2008. Derefter vil der blive truffet beslutning om fortsættelse af tilbudet som permanent tilbud.

Henvisning til projektet sker via den afdeling på hospitalet, hvor borgeren har fået stillet kræftdiagnosen.

Kontakt til projektet sker ved henvendelse til:

Forløbskoordinator Vibeke Dahl
Randers Kommune
Rehabiliteringsenheden, Randers Sundhedscen-
ter
Vestervold 4, 8900 Randers
Tlf. direkte: 51 56 20 15
Mail: vibeke.dahl@randers.dk

I KOSAK-projektet vil vi:

- Tage en tidlig kontakt til borgeren med kræft.

Det vil vi for at lette og forebygge den fysiske, psykiske og sociale påvirkning, der er en følge af en kræftsygdom.

- Henvise og udvikle kommunale tilbud, der støtter borgeren i rehabiliteringsforløbet.

Det vil vi for at øge borgerens mulighed for at opretholde et så normalt hverdagsliv som muligt trods kræftlidelsen.

- Tilbyde en forløbskoordinator, der kan støtte borgeren i skabe sammenhæng i kontakten med de professionelle fagfolk, som er en del af rehabiliteringsforløbet.

Det vil vi for at støtte borgerens egne ressourcer til at bevare overblik over sin sygdom og livssituation

- Tilbyde borgeren en støtte til tidligt i sygdomsforløbet at tage kontakt til sin arbejdsplads.

Det vil vi for at borgeren og medarbejdere/ledere på arbejdspladsen kan bevare kontakt under rehabiliteringsforløbet, lette overgangen ved tilbagevenden til arbejdspladsen samt forebygge arbejdsophør på grund af kræftlidelsen.

¹⁷ KOSAK: KOMmunalt SAMarbejde om Kræftrehabilitering

Det er frivilligt at deltage i evalueringen af denne forsøgsordning, og du kan til enhver tid bede om ikke at deltage i evalueringen.

Undersøgelsen er godkendt af *Datatilsynet*, der sikrer at vores håndtering af dine personlige oplysninger foregår med fuld fortrolighed.

Aktindsigt

Som borger har du endvidere ret til aktindsigt i din sag. Det betyder, at du kan bede om at få udleveret en kopi af de oplysninger, som kommunen måtte ligge inde med om dit rehabiliteringsforløb.

Yderligere oplysninger

Ønsker du yderligere oplysninger om betydningen af videregivelse af oplysninger og deltagelse i evalueringen er du meget velkommen til at kontakte:

- Forløbskoordinatoren i din kommune
(navnet på koordinatoren finder du i den udleverede pjece om kommunens tilbud vedr. kræftrehabilitering)
- Projektlederen for forsøgsordningen

Bjarne Rose Hjortbak

Sygeplejerske, Cand. Scient. Soc.

MarselisborgCentret i Århus

Tlf.: 8949 1225

Mail: bjarne.hjortbak@stab.rm.dk



Forsøgsordning med **Kræftrehabilitering**

**Orientering til borgeren
om etik ved deltagelse i projektet**


MARSELISBORGCENTRET

midt
regionmidtjylland

Rehabilitering af borgere med kræft

I Danmark søger man at forbedre rehabiliteringen af borgere med en kræftsygdom. Derfor er der igangsat en række forsøgsordninger i Danmark med det formål at indsamle erfaringer om, hvorledes man kan yde borgere støtte og hjælp ud over den behandling af sygdommen, der allerede finder sted i sygehusvæsenet.

Tilbud om rehabilitering i din kommune

Herning, Randers, Skive og Viborg kommuner afprøver, i samarbejde med MarselisborgCentret i Århus, en ny forsøgsordning med rehabilitering hos borgere med kræft i den erhvervsaktive alder (18-64 år).

Du er blevet henvist til dette tilbud, eller måske har du selv rettet kontakt til din kommunes forløbskoordinator.

Sammen med forløbskoordinatoren har du haft samtale om de vanskeligheder, du oplever i din situation, og hvilke behov du har for støtte og hjælp.

Videregivelse af oplysninger til andre

I forbindelse med varetagelsen af din konkrete situation har du aftalt med kommunens koordinator, hvorledes koordinatoren kan bistå dig. I den forbindelse kan der være behov for at videregive oplysninger til andre relevante fagpersoner i eller uden for kommunen. Kun oplysninger, der har

betydning for koordineringen af hjælpen til dig, videregives.

Videregivelse af oplysninger om din situation vil kun ske efter skriftligt samtykke med dig.

Koordinatoren vil derfor bede dig om at underskrive en samtykkeerklæring om videregivelse af oplysninger.

Deltagelse i evaluering af projektet

Det er vigtigt at høre om dine personlige erfaringer med denne forsøgsordning og kommunens tilbud til dig. Derfor vil vi bede dig om

- at vi må anvende oplysninger om din situation i evalueringen af forsøgsordningen
- at besvare et lille spørgeskema om forsøgsordningen.

Oplysningerne om din situation indsamles og videregives af koordinatoren til MarselisborgCentret, der står for evalueringen af forsøgsordningen.

Oplysninger om dine behov for rehabilitering m.v. vil alle sammen blive anonymiseret, således at du ikke som person kan genkendes af nogen i evalueringen af ordningen.

Du vil blive nærmere orienteret om besvarelse af spørgeskemaet, når du modtager dette.

Registrerede kræftformer hos inkluderede borgere

KODNING AF KRÆFTFORMER

Ko- de	Diagnose	Kode	Diagnose
1	Brystkræft	10	Æggestokkræft
2	Almindelig hudkræft		kræft i underlivet i hø. æggestok
3	Prostatakræft		kræft i æggestokke
	prostatakræft m spredning lever og lunge	11	Hjerne og nervesystem
4	Tyk- og endetarmskræft		rygmarvskræft
	tarmkræft +/- spredning		kræftsvulst i hjernen
	tyktarmkræft	12	Nyrer og øvrige urinveje
	c. rectum		kræft i nyrer + spiserør
	tyktarmscancer		nyrekræft, spredning i lunger og brystvæv
	lever og tarm cancer	13	Livmoderhalskræft
	tarmkræft m/spredning/recidiv		underlivskræft m/spredning
	kræft i tyktarm m spredning til lever		underlivskræft, recidiv
	kræft i endetarm spredning livmode lever	14	Hoved-halskræft
5	Lungekræft		tungekræft
	lungekræft med spredning		mandelhalskirtelkræft
	lungekræft, uhelbredelig	15	Øvrige
	lungekræft, lymfer og luftrøret		lymfeknudekræft
	recidio, lungekræft		kræft sjælden, muskel
	lymfe, bryst og lungekræft		knoglekræft
	kræft i hjerne, lunger, hovedet		ondartet knude i benet
6	Modermærkekræft		kræft i lever
7	Lymfeknudekræft (non-Hodgkin)		kræft i bughulen
	lymfekræft		kræft i maven
8	Blodkræft (leukæmi)		kræft i spiserøret
	kronisk leukæmi		kræft på overgangen spiserør/mavesæk
9	Livmoderkræft		
	livmoderhalskræft		
	livmoderhalskræft m spredning til lever		

Basisskema

BASISSKEMA VEDR. BORGEREN SKEMA TIL REGISTRERING AF DATA

*KOSAK - K*ommunalt *S*amarbejde om *K*ræftrehabilitering

Dette skema til registrering af basisoplysninger er opdelt i tre dele:

- **Del A:** Udfyldes i alle situationer, hvor koordinator er i kontakt med borgeren
- **Del B:** Udfyldes løbende i forbindelse med rehabiliteringsforløbet (skemaet indeholder bruttooplysninger, der ikke nødvendigvis er relevante hos alle borgere).
- **Del C:** Udfyldes i forbindelse med jobfastholdelse

Del A:

Stamoplysninger

Dette skema er udfyldt af:

Forløbskoordinator	
---------------------------	--

Udfyldt den:	
---------------------	--

Accept fra borgeren om at deltage i evalueringen: (spørges kun ved forløb af 'en vis varighed')	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej (borgeren udgår af evalueringen i projektet, årsag anføres) _____
---	--

Accept fra borgeren om at egen læge informeres om rehabiliteringsplan:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej – borgeren ønsker ikke oplysninger videregivet til egen læge
---	--

1. Stamoplysninger

Borgerens navn:	
CPR nr.:	
Diagnose:	
Dato for diagnose:	

Borgerens alder:	
Hvad er borgerens køn? <i>Sæt ét kryds</i>	<input type="checkbox"/> Mand <input type="checkbox"/> Kvinde

Hvad er borgerens bopælskommune? <i>Sæt ét kryds</i>	<input type="checkbox"/> Herning <input type="checkbox"/> Randers <input type="checkbox"/> Skive <input type="checkbox"/> Viborg
--	---

2. Oplysninger om kontakt til forløbskoordinator

Kontakt til forløbskoordinator:	Første kontakt den:	_____
	Hvem tog kontakt til forløbskoordinator? <i>Sæt ét kryds</i>	<input type="checkbox"/> Sygeplejersken <input type="checkbox"/> Lægen <input type="checkbox"/> Borgeren selv (uden henvisning) <input type="checkbox"/> Borgeren selv (med henvisning) <input type="checkbox"/> Pårørende <input type="checkbox"/> Andre

Hvor har borgeren fået oplysning om rehabiliteringstilbudet? <i>Sæt ét kryds</i>	<input type="checkbox"/> På medicinsk afdeling <input type="checkbox"/> På kirurgisk afdeling <input type="checkbox"/> På onkologisk afdeling <input type="checkbox"/> Hos egen læge <input type="checkbox"/> Anden afdeling <input type="checkbox"/> Pårørende/andre i netværket <input type="checkbox"/> Sagsbehandler / kommunen <input type="checkbox"/> Kræftens Bekæmpelse <input type="checkbox"/> Ukendt
--	--

Hvem formidlede information om rehabiliteringstilbudet? <i>Sæt ét kryds</i>	<input type="checkbox"/> Sygeplejersken på afdelingen <input type="checkbox"/> Lægen på afdelingen <input type="checkbox"/> Anden person på sygehuset <input type="checkbox"/> Andre <input type="checkbox"/> Ukendt
---	--

Har borgeren henvendt sig selv uden henvisning fra hospitalsafdelingen? <i>Sæt ét kryds</i>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (hvis ja besvares efterfølgende) Hvordan havde borgeren fået kendskab til rehabiliteringstilbudet? _____ _____
---	---

2. Oplysninger om koordineringsforløbet

Samtale og handleplan:	Første samtale den:	_____
	Udarbejdet handleplan den:	_____

Hvor mange gange har koordinator haft samtaler med borgeren?	_____ <i>skriv antal gange</i>
	Dette er sket gennem <input type="checkbox"/> Personlig kontakt <input type="checkbox"/> Telefonisk kontakt <input type="checkbox"/> Skriftligt (mail / brev)

Hvor har samtaler med borgeren overvejende fundet sted? <i>Sæt ét kryds</i>	<input type="checkbox"/> På kommunen <input type="checkbox"/> I borgerens hjem <input type="checkbox"/> Telefonisk <input type="checkbox"/> På sygehuset <input type="checkbox"/> Andet sted (<i>skriv sted nedenfor</i>) _____
---	--

3. Afdækning af borgerens problemområder¹⁸

<p>Hvilke problemer har borgeren givet udtryk for i.f.m vejledningen?</p> <p>Problemerne kan være - faktiske / aktuelle - en bekymring for</p> <p><i>Sæt løbende kryds ved relevante problemområder</i></p> <p>.... fortsættes: Hvilke problemer</p>	<p>Praktiske problemer</p> <p><input type="checkbox"/> Bolig <input type="checkbox"/> Kost <input type="checkbox"/> Pension <input type="checkbox"/> Fritid <input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> Børnepasning <input type="checkbox"/> Offentlige myndigheder <input type="checkbox"/> Økonomi <input type="checkbox"/> Andre praktiske problemer</p> <p>Havde borgeren brug for din hjælp som koordinator? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>Arbejds- og skoleproblemer</p> <p><input type="checkbox"/> Arbejdsopgaver <input type="checkbox"/> Arbejdstid <input type="checkbox"/> Arbejdsomfang <input type="checkbox"/> Ledelse <input type="checkbox"/> Kolleger <input type="checkbox"/> Egne forventninger <input type="checkbox"/> Andre arbejds- og skoleproblemer</p> <p>Havde borgeren brug for din hjælp som koordinator? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>Familieproblemer</p> <p><input type="checkbox"/> Samlever <input type="checkbox"/> Børn <input type="checkbox"/> Andre familieproblemer</p> <p>Havde borgeren brug for din hjælp som koordinator? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>Psykyiske problemer</p>
--	--

¹⁸ Kilde: Dallund Rehabiliteringscenter: Rehabiliteringsmåling (enkelte punkter er justeret)

har borgeren givet udtryk for i.f.m. vejledningen?

Problemerne kan være
- faktiske / aktuelle
- en bekymring for

Sæt løbende kryds ved relevante problemområder

- Bekymret
 - Bedrøvet
 - Håb (reduceret / uden -)
 - Alene / ensom med problemerne
 - Deprimeret
 - Nervøs
 - Stresset
 - Angst
 - Andre følelsesmæssige problemer
- Havde borgeren brug for din hjælp som koordinator?
- Ja
 - Nej

Fysiske problemer

- Kvalme
- Hovedpine
- Svimmelhed / balance
- Træthed
- Søvn
- Hukommelse / koncentration
- Nedsat bevægelighed
- Nedsat muskelkraft
- Muskel- eller ledsmerter
- Vægttab eller vægtøgning
- Tænder
- Spise og drikke
- Forstoppelse / diarré
- Problemer med arvæv
- Problemer med syn og hørelse
- Problemer med hjertet
- Problemer med vejrtrækning
- Problemer med vandladning
- Problemer med huden
- Problemer med håret
- Stikken og prikken i fingre / tæer
- Hævede arme / ben
- Lymfødem
- Feber
- Hedeture
- Tørre slimhinder
- Seksuelle problemer
- Nedsat sexlyst
- Andre fysiske problemer

.... fortsættes:

<p>Hvilke problemer har borgeren givet udtryk for i.f.m vejledningen - fortsat?</p> <p>Problemerne kan være - faktiske / aktuelle - en bekymring for</p> <p><i>Sæt løbende kryds ved relevante problemområder</i></p>	<p>Havde borgeren brug for din hjælp som koordinator?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>Åndelige / religiøse bekymringer</p> <p><input type="checkbox"/> I forhold til Gud <input type="checkbox"/> I forhold til tro <input type="checkbox"/> I forhold til moral <input type="checkbox"/> I forhold til skyld <input type="checkbox"/> I forhold til eksistens <input type="checkbox"/> Andre bekymringer</p> <p><input type="checkbox"/> Havde borgeren brug for din hjælp som koordinator?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p>
--	--

4. Borgerens benyttelse af rehabiliteringstilbud

<p>Hvilke tilbud har borgeren benyttet i rehabiliteringsforløbet?</p> <p>- jf. temaoversigt i vejledningen</p> <p><i>Sæt kryds ved benyttede tilbud</i></p> <p>.... fortsættes:</p>	<p>Sygdomsforståelse (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Opfølgningssamtale på sygehuset <input type="checkbox"/> Opfølgningssamtale hos egen læge <input type="checkbox"/> Samtale- / selvhjælpsgruppe <input type="checkbox"/> Kræftens Bekæmpelse <input type="checkbox"/> Andet (<i>skriv nedenfor hvilken</i>)</p> <hr/> <p>Symptomer og bivirkninger (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Opfølgningssamtale på sygehuset <input type="checkbox"/> Opfølgningssamtale hos egen læge <input type="checkbox"/> Motion / fysisk træning <input type="checkbox"/> Henvisning til ergo- eller fysioterapeut <input type="checkbox"/> Henvisning til hjemmesygepleje <input type="checkbox"/> Kursus i sminke / look-good-feel-better <input type="checkbox"/> Samtale- / selvhjælpsgruppe <input type="checkbox"/> Kræftens bekæmpelse <input type="checkbox"/> Andet (<i>skriv nedenfor hvilken</i>)</p> <hr/> <p>Kostrådgivning (3)</p> <p><input type="checkbox"/> På hospital <input type="checkbox"/> Hos egen læge</p>
---	---

- Hos diætist
 - Andet (*skriv nedenfor hvilken*)
-

Psykisk (mental) funktion (4)

- Selvhjælpsgruppe
 - Henvisning til psykolog
 - Henvisning til hjemmesygepleje
 - Henvisning til samtale med præst
 - Oplyse om praktiserende psykolog
 - Andet (*skriv nedenfor hvilken*)
-

Vurdering og valg af behandling (5)

- Opfølgningssamtale på sygehuset
- Opfølgningssamtale hos egen læge
- Kræftens Bekæmpelse

Fysisk aktivitet / muskelafspænding (6)

- Motions og træningstilbud, fx svømning, gymnastik
 - Henvisning til fysioterapeut
 - Andet (*skriv nedenfor hvilken*)
-

Aktiv deltagelse i eget sygdomsforløb (7)

- Temaaftner - evt. for særlige grupper / aldersgrupper
 - Patientundervisning (indlagte / ambulante)
 - Andet (*skriv nedenfor hvilken*)
-

Kontakt til hospitalet (8)

- Opfølgningssamtale på sygehuset

Kontakt til egen læge (9)

- Opfølgningssamtale hos egen læge

Støtte fra patientforeninger (10)

- Lokale grupper / kontaktpersoner
 - Andet (*skriv nedenfor hvilken*)
-

.... fortsættes:

	<p>Arbejdsfastholdelse (11 + 15)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sygedagpenge <input type="checkbox"/> Revalidering <input type="checkbox"/> Fleksjob <input type="checkbox"/> Pension <input type="checkbox"/> Kontanthjælp <input type="checkbox"/> Samtale om 'at komme tilbage til jobbet' <input type="checkbox"/> Virksomhedsbesøg <input type="checkbox"/> Personlig assistance og mentor <input type="checkbox"/> Arbejdsredskaber <input type="checkbox"/> Andet (<i>skriv nedenfor hvilken</i>) <hr/> <p>Støttemuligheder og sociale rettigheder (12)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bevilling af rehabiliteringsophold <input type="checkbox"/> Pension <input type="checkbox"/> Enkeltydelser <input type="checkbox"/> Rådgivning og vejledning <input type="checkbox"/> Andet (<i>skriv nedenfor hvilken</i>) <hr/> <p>Personlig / praktisk hjælp m.v. (13)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hjemmehjælp <input type="checkbox"/> Hjemmesygepleje <input type="checkbox"/> Hjælpe midler <input type="checkbox"/> Andet (<i>skriv nedenfor hvilken</i>) <hr/>
--	--

<p>Hvilke tilbud har borgeren benyttet i rehabiliteringsforløbet?</p> <p>- jf. temaoversigt i vejledningen</p> <p><i>Sæt kryds ved benyttede tilbud</i></p>	<p>Forebyggende foranstaltninger (14)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Rygestopkursus <input type="checkbox"/> Patientskole <input type="checkbox"/> Andet (<i>skriv nedenfor hvilken</i>) <hr/> <p>Patientforeninger og rådgivning (16)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tilbud i kommunale sundhedscentre <input type="checkbox"/> Private foreninger <input type="checkbox"/> Telefonrådgivning <input type="checkbox"/> Andet (<i>skriv nedenfor hvilken</i>) <hr/>
--	--

Rigtig brug af medicin (17)

- Opfølgning på hospital
 - Opfølgning hos egen læge
 - Opfølgning ved hjemmesygeplejerske
 - Opfølgning på apotek
 - Andet (*skriv nedenfor hvilken*)
-

Alternativ behandling (18)

- Støtte / råd / vejledning
 - Kræftens Bekæmpelse ”Buen”
 - Andet (*skriv nedenfor hvilken*)
-

Økonomiske forhold

- Sygemelding (hel / delvis)
 - Kommunal sagsbehandler
 - Borgerens pengeinstitut
 - Fagforening / pensionskasse
 - Borgerens forsikringselskab
 - Andet (*skriv nedenfor hvilken*)
-

Om at komme tilbage til hverdagen (20)

- Samtalegruppe
 - Patientforening
 - Andet (*skriv nedenfor hvilken*)
-

Familie / børn / venner (21)

- Samtalegrupper for pårørende
 - Samtalegrupper for børn med en syg forælder
 - Sorggrupper
 - Andet (*skriv nedenfor hvilken*)
-

De rehabiliteringstilbud, der skal registreres (krydses af) er tilbud, som borgeren henvises til / benytter **som følge af projektet**. Borgeren kan godt i forvejen benytte én eller flere af disse, men det er kun de ’tilbud’, som I iværksætter i projektet I skal registrere her.

5. Sociale baggrundsoplysninger

Netværk – parforhold og børn:

Er borgeren gift eller har en fast samlever? <i>Sæt ét kryds</i>	<input type="checkbox"/> Er gift og lever sammen med ægtefælle <input type="checkbox"/> Har en fast samlever, er ikke gift <input type="checkbox"/> Er alene og har ikke tidligere været gift eller haft en fast samlever <input type="checkbox"/> Er alene efter at være blevet enke eller enkemand <input type="checkbox"/> Er alene efter at være blevet skilt eller separeret fra min ægtefælle <input type="checkbox"/> Er alene efter at samlivet med min samlever er ophørt <input type="checkbox"/> Andet (skriv hvad): _____
Har borgeren børn? <i>Sæt ét kryds</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Hvor mange bor der i husstanden og hvor gammel er det yngste barn? (borgeren tælles med) <i>Skriv antal</i>	Antal: _____ Yngste barns alder: _____

Uddannelse:

Hvad er borgerens højeste uddannelse? <i>Sæt ét kryds</i>	Skoleuddannelse: <input type="checkbox"/> 7. klasse <input type="checkbox"/> 9./10. klasse <input type="checkbox"/> Mellemskole-/realeksamen <input type="checkbox"/> Studentereksamen/HF <input type="checkbox"/> Erhvervsrettet EFG/HG/HH/HTX
<i>Sæt ét kryds</i>	Erhvervsuddannelse: <input type="checkbox"/> Ingen erhvervsuddannelse <input type="checkbox"/> Et eller flere kortere kurser (specialarbejderkurser, arbejdsmarkeds-kurser m.v.) <input type="checkbox"/> Faglært inden for håndværk, handel, kontor m.v. (lærlinge- eller EFG-uddannelse) <input type="checkbox"/> Kort videregående uddannelse, under 3 år (fx børnehave-pædagog, politibetjent, tekniker, merkonom) <input type="checkbox"/> Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år (fx folkeskolelærer, journalist, socialrådgiver, fysioterapeut) <input type="checkbox"/> Lang videregående uddannelse, mere end 4 år (fx civilingeniør, cand.mag., læge, psykolog)

Interviewskema – borgere

Borgere, der har givet tilsagn om at deltage i telefoninterview, er alle blevet interviewet om erfaringer og oplevelser fra ordningen.

Populationen af interviewede udgør 72 borgere eller 62,6 % af de i evalueringen inkluderede borgere. 43 borgere er ikke blevet interviewet af forskellige grunde; langt de fleste ud fra en vurdering af, at kontakten med koordinatoren har været af så kortvarig karakter, at det ikke har været relevant at bede disse om at deltage i et interview, enkelte har ikke magtet at deltage, eller det er ikke lykkedes at få kontakt med borgeren. En teknisk fejl har medført, at interviewdata fra en borger er bortfaldet.

Data blev efterfølgende behandlet via databaseprogrammet EPIDATA.

Interviewskema – KOSAK - Borgere:

Borgerens CPR nr. _____ Løbenr.: _____ Dato for interview: _____

Nr.	Spørgsmål	Besvarelse
0	Hvordan har du haft kontakt med forløbskoordinatoren i din kommune? - telefonisk (én gang) - telefonisk (flere gange) - på kommunen - telefonisk og besøg på kommunen - koordinatoren kom hjem til mig - Andet:	(sæt evt. flere kryds) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 6
Koordinatorfunktionen		
1	Alt i alt – hvor tilfreds var du med din kontakt med koordinatoren?	I høj grad 1 <input type="checkbox"/> I nogen grad 2 <input type="checkbox"/> I ringe grad 3 <input type="checkbox"/> Slet ikke 4 <input type="checkbox"/> Ved ikke 5 <input type="checkbox"/> Ikke relevant 6 <input type="checkbox"/>
2	Fik du mulighed for at tale om de vanskeligheder og behov, som du havde i dit sygdomsforløb?	I høj grad 1 <input type="checkbox"/> I nogen grad 2 <input type="checkbox"/> I ringe grad 3 <input type="checkbox"/> Slet ikke 4 <input type="checkbox"/> Ved ikke 5 <input type="checkbox"/> Ikke relevant 6 <input type="checkbox"/>
3	Fik du hjælp af koordinatoren i din aktuelle situation?	I høj grad 1 <input type="checkbox"/> I nogen grad 2 <input type="checkbox"/> I ringe grad 3 <input type="checkbox"/> Slet ikke 4 <input type="checkbox"/> Ved ikke 5 <input type="checkbox"/> Ikke relevant 6 <input type="checkbox"/>
4	Har du fået den information af koordinatoren, som du havde brug for?	I høj grad 1 <input type="checkbox"/> I nogen grad 2 <input type="checkbox"/> I ringe grad 3 <input type="checkbox"/> Slet ikke 4 <input type="checkbox"/> Ved ikke 5 <input type="checkbox"/> Ikke relevant 6 <input type="checkbox"/>
5	Blev tilbudene i kommunen beskrevet på en sådan måde af koordinator, at du kunne vælge og bruge disse? Hvis nej – hvad manglede du da? _____ _____ _____	Ja <input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 3 x 4 y 5 z

6	Har tilbudet om koordinering og rehabilitering haft betydning for dig i din situation med en kræftsygdom?	I høj grad 1 <input type="checkbox"/>	I nogen grad 2 <input type="checkbox"/>	I ringe grad 3 <input type="checkbox"/>	Slet ikke 4 <input type="checkbox"/>	Ved ikke 5 <input type="checkbox"/>	Ikke relevant 6 <input type="checkbox"/>
7	Hvilke faglige egenskaber syntes du en koordinator skal have? Stor faglig viden om kræft og kræftbehandling Være god til at lytte og stille spørgsmål Kende kommunens tilbud om rehabilitering Selv kunne løse de vanskeligheder, som jeg har i hverdagen med kræft Vide hvem hun kan henvise mig til, når jeg har brug for hjælp Andet: (skriv) _____	(sæt evt. flere kryds) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 6x					
ORGANISERING OG SAMMENHÆNG							
8	Når du henvendte dig til kommunen, var koordinatoren så nem at få kontakt med?	Ja <input type="checkbox"/> 1		Nej <input type="checkbox"/> 2			
9	Var tidspunktet for tilbudet om koordinering og rehabilitering i dit sygdomsforløb placeret - for tidligt - passende tidspunkt - for sent	(sæt kun 1 kryds) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3					
10	Hvor og hvornår syntes du det er bedst at blive informeret om tilbudet? - på sygehuset ved samtalen med læge/sygeplejerske om din sygdom - på sygehuset under eller ved afslutning af behandlingsforløbet - hos din egen læge - på kommunen når jeg selv henvender mig - Andet: (skriv) _____	(sæt evt. flere kryds) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 5 5 x					
11	Var der sammenhæng i forløbet for dig på den måde - at samarbejdet om dit forløb fungerede godt i kommunen - at der var et godt samarbejde mellem kommunen, sygehuset og din egen læge - at du ikke mødte for mange forskellige fagpersoner - at du ikke var i tvivl om, hvem du skulle henvende dig til med dit behov for hjælp - at du fik den information, du havde behov for	I høj grad 1 <input type="checkbox"/>	I nogen grad 2 <input type="checkbox"/>	I ringe grad 3 <input type="checkbox"/>	Slet ikke 4 <input type="checkbox"/>	Ved ikke 5 <input type="checkbox"/>	Ikke relevant 6 <input type="checkbox"/>

REHABILITERINGSINDSATSEN (i kommunen)							
12	Hjælp tilbudet fra kommunen dig til at få din hverdag til at fungere bedre?	I høj grad 1 <input type="checkbox"/>	I nogen grad 2 <input type="checkbox"/>	I ringe grad 3 <input type="checkbox"/>	Slet ikke 4 <input type="checkbox"/>	Ved ikke 5 <input type="checkbox"/>	Ikke relevant 6 <input type="checkbox"/>
13	Var der sammenhæng mellem dine behov og kommunens tilbud?	I høj grad 1 <input type="checkbox"/>	I nogen grad 2 <input type="checkbox"/>	I ringe grad 3 <input type="checkbox"/>	Slet ikke 4 <input type="checkbox"/>	Ved ikke 5 <input type="checkbox"/>	Ikke relevant 6 <input type="checkbox"/>
14	Var der tilbud, du savnede i forløbet? Hvis ja, hvilke tilbud savnede du da? _____ _____ _____	14 x 14 y 14 z					
15	Hvis ikke dette tilbud havde været der, ville du da have handlet anderledes? Hvad tror du, at du ville have gjort? _____ _____	Ja <input type="checkbox"/> 1		Nej <input type="checkbox"/> 2			
ARBEJDSFASTHOLDELSE (i kommunen)							
16	Blev dine muligheder for at håndtere din arbejdssituation forbedret ved koordinatorens vejledning?	I høj grad 1 <input type="checkbox"/>	I nogen grad 2 <input type="checkbox"/>	I ringe grad 3 <input type="checkbox"/>	Slet ikke 4 <input type="checkbox"/>	Ved ikke 5 <input type="checkbox"/>	Ikke relevant 6 <input type="checkbox"/>
17	Har du haft hjælp af - en sygedagpengemedarbejder på kommunen? - en jobkonsulent	Ja <input type="checkbox"/> 1		Nej <input type="checkbox"/> 2			
		Ja <input type="checkbox"/> 3		Nej <input type="checkbox"/> 4			
17	Blev din arbejdssituation forbedret af sygedagpengeafdelingens eller jobkonsulentens vejledning?	I høj grad 1 <input type="checkbox"/>	I nogen grad 2 <input type="checkbox"/>	I ringe grad 3 <input type="checkbox"/>	Slet ikke 4 <input type="checkbox"/>	Ved ikke 5 <input type="checkbox"/>	Ikke relevant 6 <input type="checkbox"/>
23	Har haft hjælp af sygedagpengeafdelingens eller jobkonsulentens indsats i forhold til din jobsituation?	I høj grad 1 <input type="checkbox"/>	I nogen grad 2 <input type="checkbox"/>	I ringe grad 3 <input type="checkbox"/>	Slet ikke 4 <input type="checkbox"/>	Ved ikke 5 <input type="checkbox"/>	Ikke relevant 6 <input type="checkbox"/>
16	Havde du behov for vejledning til at håndtere din arbejdssituation i dit sygdomsforløb?	Ja <input type="checkbox"/> 1		Nej <input type="checkbox"/> 2			

17	Havde din arbejdsplads behov for vejledning til at håndtere din situation under dit sygdomsforløb?	Ja <input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2
19	Tilbød din kommune dig at informere din arbejdsplads om støttemuligheder ved sygemelding?	Ja <input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2
20	<p>Var der tilbud, du savnede i forhold til håndtering af din arbejdssituation?</p> <p>Hvis ja, hvilke tilbud savnede du da?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ja <input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2</p> <p>20 x</p>
21	<p>Hvis ikke dette tilbud havde været der, ville du da have handlet anderledes i din situation?</p> <p>Hvad tror du, at du ville have gjort?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ja <input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2</p> <p>21 x</p>
24	<p>Hvornår er det rette tidspunkt for hjælp til at håndtere arbejdssituationen som kræftpatient?</p> <p>- før sygemelding?</p> <p>- under sygemelding?</p> <p>- ved raskmelding?</p>	<p>(sæt kun 1 kryds)</p> <p><input type="checkbox"/> 1</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p> <p><input type="checkbox"/> 3</p>

brh/27.06.2008

Interviewskema – kontaktpersoner på hospitaler

Ud over de individuelle telefoninterviews af borgerne blev der gennemført individuelle strukturerede spørgeskemainterviews af 20 kontaktpersoner på hospitalsafdelinger. Interviewene blev gennemført af den tilknyttede forløbskoordinator ud fra et struktureret spørgeskema.

Data blev efterfølgende behandlet via databaseprogrammet EPIDATA.

Ansvaret, faglighed og kompetencer							
5	Hvem bør have ansvaret for at tilbyde rehabilitering ved kræft? - hospitalet - kommunen - egen læge - en fælles opgave andet (skriv) _____ _____	(sæt evt. flere kryds) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 x					
6	Er ansvarsfordelingen for kræftrehabilitering mellem de forskellige sektorer (hospitalet, den kommunale sundhedssektor / egen læge og socialsektoren) klart for dig?	I høj grad 1 <input type="checkbox"/>	I nogen grad 2 <input type="checkbox"/>	I ringe grad 3 <input type="checkbox"/>	Slet ikke 4 <input type="checkbox"/>	Ved ikke 5 <input type="checkbox"/>	Ikke relevant 6 <input type="checkbox"/>
7	Er ansvarsfordelingen for kræftrehabilitering mellem de forskellige faggrupper (læger, sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter, socialrådgivere m.fl.) klart for dig?	I høj grad 1 <input type="checkbox"/>	I nogen grad 2 <input type="checkbox"/>	I ringe grad 3 <input type="checkbox"/>	Slet ikke 4 <input type="checkbox"/>	Ved ikke 5 <input type="checkbox"/>	Ikke relevant 6 <input type="checkbox"/>
8	Kræver kræftrehabilitering i kommunerne særlige faglige kompetencer? Hvis ja – nævn tre eksempler: _____ _____ _____	Ja <input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 x y z					
9	Er det dit indtryk, at kommunerne har de nødvendige faglige kompetencer til kræftrehabilitering ? Hvis nej – nævn tre punkter disse bør styrkes på: _____ _____ _____	Ja <input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ved ikke <input type="checkbox"/> 3 x y z					
10	Er det dit indtryk, at kommunerne har de nødvendige faglige kompetencer til forløbskoordinering ? Hvis nej – nævn tre punkter disse bør styrkes på: _____ _____ _____	Ja <input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 Ved ikke <input type="checkbox"/> 3 x y z					

Organisering		
8	Har du kendskab til KOSAK-projektets formål og indhold?	Ja <input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2
9	Har afdelingen / afsnittet henvist borgere til kommunens forløbskoordinator? Hvis nej - hvilke grunde var der til, at I ikke henviste hertil? _____ _____ _____	Ja <input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 x y z
10	Har afdelingen informeret alle borgere i projektets målgruppe om tilbudet i kommunen med forløbskoordinering og rehabilitering? Hvis nej - hvilke grunde var der til, at I ikke informerede borgerne herom? _____ _____ _____	Ja <input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 x y z
11	Har informationen om kommunens tilbud om forløbskoordinering og rehabilitering været organiseret i jeres afdeling? Hvis ja , hvorledes er dette da sket: - gennem alm. information / på 'personalemøder' i afdelingen - været op til den enkelte sygeplejerske/læge at informere herom - indarbejdet i den øvrige information til patienten - indarbejdet i afdelingens standarder - andet (skriv): _____ _____ _____	Ja <input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 x
12	Hvornår bør borgeren informeres om tilbud om rehabilitering i kommunen? - ved undersøgelse af sygdommen / diagnosesamtalen - under / ved afslutning af behandlingen - efter udskrivelsen hos egen læge - ved borgerens kontakt til kommunen - kun hvis borgeren selv spørger om hjælp til at komme videre - andet (skriv): _____ _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 x

Organisering (fortsat)		
13	<p>Hvordan bør borgeren informeres om kommunens rehabiliteringstilbud?</p> <ul style="list-style-type: none"> - mundtlig information - pjece fra kommunen - mundtlig information + pjece fra kommunen - andet (skriv): _____ 	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 x
14	<p>Er der grupper af borgere, hos hvem du mener der er et særligt behov for en kommunal forløbskoordinator?</p> <p>Hvis ja – nævn hvilke: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	Ja <input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 x y z
Sammenhæng i indsatsen / overgange mellem hospital og kommuner		
15	<p>Oplever du, at der er sammenhæng i rehabiliteringsindsatsen mellem hospital, kommune og egen læge?</p> <p>Hvis nej – nævn tre barrierer: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	Ja <input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 x y z
16	<p>Har du forslag til, hvorledes der skabes bedre sammenhæng ved overgange mellem hospital og borgerens kommune / egen læge?</p> <p>Hvis ja, nævn tre 'tiltag' der kan fremme sammenhængen i overgangen:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	Ja <input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 x y z
17	<p>Er der behov for, at hospitaler, kommuner og almen lægepraksis styrker samarbejdet om udvikling af en sammenhængende rehabiliteringspraksis?</p> <p>Hvis ja, sæt tre nøgleord på din begrundelse herfor:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	Ja <input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2 x y z

