

# REHPA

Videncenter for  
Rehabilitering og Palliation

## *Implementeringen af Behovsvurdering for Rehabilitering og Palliation hos kræftpatienter*

REHPA | NOTAT NR. 3 | MARTS 2017 (udgivet for Region Syddanmark)

# **Implementeringen af Behovsvurdering for Rehabilitering og Palliation hos kræftpatienter – evaluering foretaget for Region Syddanmark**

Forfattere: Karin B. Dieperink, Jette Thuesen, Lærke Kjær Tolstrup og Tina Broby Mikkelsen

Copyright © 2017

REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til REHPA.

ISBN (online): 978-87-93356-20-7

REHPA, notat nr. 3

Marts 2017

1. udgave

REHPA - Videncenter for Rehabilitering og Palliation

Vestergade 17

5800 Nyborg

Telefon 30 57 10 59

Mail: [rehpa@rsyd.dk](mailto:rehpa@rsyd.dk)

[www.rehpa.dk](http://www.rehpa.dk)

REHPA-notater følger op på områder, som efterspørges af myndigheder, samarbejdspartnere, fagfæller, forskere, praktikere og andre målgrupper, som videncentret deler interesser med.

Notaterne er ikke reviewet, men fagligt godkendt af videncentrets medarbejdere. Udarbejdelsen af og baggrunden for notatet fremgår af forordet.

Notaterne udkommer ad hoc som elektroniske dokumenter og kan downloades fra [www.rehpa.dk](http://www.rehpa.dk).

## Indhold

Forord .....	3
Resumé .....	4
Behovsvurdering i Region Syddanmark.....	4
Metode .....	4
Sammenfatning af resultater.....	4
Introduktion.....	5
Baggrund .....	5
Behovsvurderingspraksis i Region Syddanmark.....	6
Metode .....	7
Resultater .....	8
Kortlægning .....	8
Data fra Cosmic.....	14
Patienternes perspektiv .....	14
Sundhedsprofessionelles perspektiver.....	15
Diskussion .....	17
Konklusion .....	19
Referencer .....	20

## Forord

Nærværende notat fra REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation evaluerer implementering af behovsvurdering for rehabilitering og palliation hos kræftpatienter i Region Syddanmark med indgangen til 2017. Evalueringen baseres på data fra en kortlægning samt telefoninterviews dels med udvalgte kræftpatienter, som har fået foretaget en behovsvurdering, dels med sundhedsprofessionelle på sygehuse i Region Syddanmark.

Notatet er udarbejdet efter aftale med formandskabet for den tværsektorielle arbejdsgruppe vedrørende rehabilitering og palliation på kræftområdet i Region Syddanmark. Formandskabet har ønsket, at dette notat kun omhandler implementering af behovsvurdering i sygehusregi.

Notatet henvender sig primært til arbejdsgruppen. Notatet kan endvidere læses af ledere, klinikere, udviklingskonsulenter og beslutningstagere, der har interesse i at følge processen med implementering af behovsvurdering i forbindelse med kræft i Region Syddanmark og andre steder i landet.

Vi vil gerne rette en stor tak til de patienter, der deltog i vores telefoninterview, selv om flere af dem var hårdt belastet af deres kræftsygdom. Desuden en stor tak til de sundhedsprofessionelle i Region Syddanmark, der alle på trods af en travl hverdag afsatte tid til at deltage i kortlægning og interviews.

Notatets indhold er gennemgået af arbejdsgruppens formandskab, som bestillere af opgaven, og er efterfølgende revideret, så der tages højde for de lokale organisatoriske forhold, som gør sig gældende i Region Syddanmark.

*Ann-Dorthe Zwisler  
Centerleder, professor*

## Resumé

Dette notat belyser status for implementering af behovsvurdering for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft i den sekundære sektor i Region Syddanmark med indgangen til 2017. Notatet afdækker endvidere barrierer og udfordringer i implementeringsprocessen. Notatet er udarbejdet af REHPA for formandskabet for den regionale, tværsektorielle implementeringsgruppe, som har ønsket en evaluering af indsatsen i sygehusregi.

### Behovsvurdering i Region Syddanmark

Behovsvurdering i Region Syddanmark omfatter pr. 2017 et skema og en tilhørende vejledning. Skemaet udfyldes ved afkrydsning af eventuelle problemområder. Herudover tilbydes patienten en samtale for yderligere uddybning. Region Syddanmark anvender den fælles, elektroniske patientjournal (Cosmic) til dokumentation af behovsvurdering i sygehusregi samt til kommunikation og afsendelse af behovsvurdering til kommunen. Region Syddanmark har besluttet, at behovsvurderingen finder sted ved afslutningen af det initiale behandlingsforløb for at harmonere behovsvurderingen med opfølgingsprogrammerne. Det er herudover overdraget til den enkelte sygehusafdeling, hvordan behovsvurderingen kan foregå i klinisk praksis.

### Metode

Evalueringen er baseret på regionale, kvantitative data fra 14 sygehusafdelinger indsamlet som del af en national sygehuskortlægning om rehabilitering og palliation, samt dataudtræk fra det patientadministrative system. Herudover er der gennemført semistrukturerede telefoninterviews med 14 kræftpatienter, hvor der er gennemført behovsvurdering, samt fire sundhedsprofessionelle, som udfører behovsvurdering i den kliniske hverdag på forskellige sygehusafdelinger i Region Syddanmark.

### Sammenfatning af resultater

Evalueringen viser, at behovsvurdering med indgangen til 2017 er blevet introduceret på Region Syddanmarks sygehusafdelinger, og det regionale behovsvurderingsskema er taget i anvendelse. Der ses imidlertid betydelige forskelle mellem afdelingerne i forhold til, hvor langt de er nået med implementeringen; 4/14 afdelinger angiver, at behovsvurdering er fuldt indarbejdet. Baseret på dataudtræk er der i 2016 registreret 1.967 behovsvurderinger. Det kan ikke afgøres, om det svarer til det forventede antal. De adspurgte patienter har svært ved at erindre behovsvurderingssamtalen og kan ikke skelne den fra andre samtaler, men de fleste patienter har fået et tilbud om fysisk rehabilitering i kommunalt regi, og flere patienter oplevede udækkede psykosociale behov.

Undersøgelsen tegner et komplekst billede i forhold til patientperspektivet og de sundhedsprofessionelles oplevelser af behovsvurdering. Der peges på en række barrierer og udfordringer i forhold til implementering af behovsvurdering i klinisk praksis herunder tidspunkt og sted for behovsvurdering, ressourcer, behovsvurderingsskemaet, forskellig praksis, ulighedsproblematikken, faglighed og kompetencer.

## Introduktion

I dette notat har REHPA på foranledning af Region Syddanmark evalueret implementeringsprocessen af indførelse af behovsvurdering hos kræftpatienter i den sekundære sektor i Region Syddanmark. Notatet må forventes at være et øjebliksbillede, som kan ændre sig over tid på grund af organisatoriske eller andre forandringer.

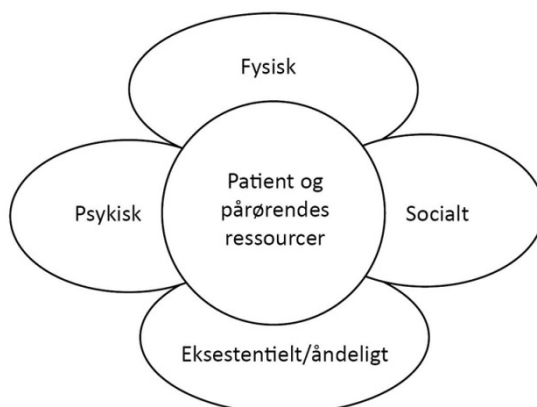
Formålet med notatet er at fokusere på status for implementering af behovsvurdering, samt afdække barrierer og udfordringer i implementeringsprocessen i den sekundære sektor. Hensigten er, at politikere og sundhedsfaglige ledere i Regionen kan bruge notatet til at tage beslutning om, hvordan implementeringen af behovsvurdering fortsat kan understøttes. Denne evaluering berører kun sporadisk implementeringen i kommunalt regi og i almen praksis, hvis patienterne har berørt dette.

## Baggrund

I 2012 udkom *"Forløbsprogram for Rehabilitering og Palliation i forbindelse med Kræft"* [1]. Et kardinalpunkt i dette forløbsprogram var, at samtlige sektorer skulle indføre en vurdering af kræftpatienters behov for rehabilitering og/eller palliation. Sundhedsstyrelsen, som stod for udarbejdelsen af forløbsprogrammet, kunne ikke pege på et fælles redskab til behovsvurdering, som kunne anvendes af alle involverede parter og medvirke til større ensartethed og øge kvaliteten i patientforløbene. Der var dog enighed om, at anvendelsen af et skema til afdækning af den enkelte patients behov, kombineret med en samtale var hensigtsmæssig. De 5 regioner i Danmark udviklede som følge heraf hver sit redskab til behovsvurdering.

Region Syddanmark nedsatte i 2013 en tværsektoriel implementeringsgruppe, som udviklede et implementeringsprogram og afviklede kick-of seminarer med henblik på at igangsætte processen [2]. Senest har Region Syddanmark afholdt to identiske kurser den 20. og 23. januar 2017 for sundhedsprofessionelle med titlen *"Kræftpatienters rehabilitering og palliation - hvordan vurderes behovet?"*

Ifølge forløbsprogrammet er hensigten at behovsvurderingen fokuserer på behov for rehabilitering og/eller palliation inden for alle områder [1] (Figur 1).



Figur 1. Elementer, som skal indgå i behovsvurderingen.

## Behovsvurderingspraksis i Region Syddanmark

Det regionale implementeringsprogram for behovsvurdering i Region Syddanmark indeholder et skema og en tilhørende vejledning. Materialet er tilgængeligt på regionens hjemmeside (<https://regionsyddanmark.dk/wm430928>). Tidligere var der også informationspjecer til både patienter og personalet, men disse anvendes ikke længere pr. 30. august 2016 jf. en beslutning i den tværsektorielle arbejdsgruppe.

Hensigten med behovsvurdering i Region Syddanmark er, at patienten får ovennævnte skema til afkrydsning af eventuelle problemområder. Derudover tilbydes patienten en samtale for yderligere uddybning/konkretisering. I Region Syddanmark er der ikke tilført ressourcer til at udføre behovsvurderingen, idet regionen har vurderet at behovsvurdering er en hjælp til systematisering af den kliniske praksis omkring rehabilitering og palliation.

Hver sygehusafdeling har defineret, hvordan behovsvurderingen kan foregå i klinisk praksis og hvilken sundhedsperson, som skal udføre den. Ift. spørgsmålet om, hvornår behovsvurderingen skal finde sted, anbefaler forløbsprogrammet, at første behovsvurdering finder sted kort efter diagnosen. Region Syddanmark har pr. 22. februar 2016 imidlertid besluttet, at den som udgangspunkt skal finde sted ved afslutningen af det initiale behandlingsforløb. Dette harmonerer med opfølgingsprogrammerne, som beskriver forløbet efter den initiale behandling af en kræftsygdom [3]. Disse opfølgingsprogrammer indeholder en tilsvarende behovsvurdering, og derfor var det nødvendigt at koordinere tidspunkter for udførelsen af behovsvurderingen.

I forløbsprogrammet anvendes begrebet "uddybende udredning" for en mere omfattende vurdering af patientens rehabiliterende eller palliative behov, og man anvender også begrebet "fælles plan", for indsatser som kan være tværsektorielle og også indeholde en genoptræningsplan [1] s. 28. Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering i Region Syddanmark har den 25. april 2016 besluttet, at "uddybende udredning og "fælles plan" ikke for nuværende anvendes i Region Syddanmark.

I Region Syddanmark har alle sygehuse den samme elektroniske patientjournal, Cosmic. Heri findes et korrespondance-modul til kommunikation med kommunen, samt en skabelon med overskriften: "behovsvurdering kræft". Behovsvurderingen kan således sendes direkte fra Cosmic til kommunerne. Denne forsendelse foregår som envejskommunikation, men såfremt kommunen ønsker at give tilbagemelding på den fremsendte behovsvurdering er det muligt, men tilbagemeldingen adviseres ikke overfor personalet og kan derfor ikke findes i den enkelte patients journal.

I Cosmic dokumenterer sygeplejersken følgende muligheder:

- *Der er udarbejdet behovsvurdering men ikke fundet behov*
- *Der er udarbejdet behovsvurdering og sendt behovsvurdering til kommunen*
- *Der er udarbejdet behovsvurdering men patienten ønsker ikke henvendelse til kommunen*
- *Patienten ønsker ikke behovsvurdering udført*

Fra Cosmic kan ovenstående data trækkes. Hvis patienten har behov for fysisk genoptræning er det ikke tilstrækkeligt med en behovsvurdering, så skal der også udfyldes en genoptræningsplan.

## Metode

Der er anvendt forskellige metoder til at undersøge implementering af behovsvurdering med både kvantitative og kvalitative data fra patienter, sundhedsprofessionelle og fra det patientadministrative system Cosmic.

### *Kvantitative data*

Kvantitative data vedr. behovsvurdering er trukket fra en National Kortlægning af Kræftrehabilitering udført i december 2016, hvor sundhedsprofessionelle fra sygehusafdelinger i bl.a. Region Syddanmark har deltaget. Kvantitative data er opgjort deskriptivt.

Data vedrørende udførte behovsvurderinger i hele året 2016 er udtrukket fra Cosmic. Her vises antallet af patienter, der har fået udført en behovsvurdering, men hvor der ikke er identificeret behov. Desuden vises antallet af patienter, hvor der er identificeret et behov samt det samlede antal notater fremsendt til kommunen.

### *Kvalitative data*

Den supplerende kvalitative evaluering af implementeringsprocessen har først og fremmest fokuseret på forskellige patientperspektiver. 14 kræftpatienter med en variation i alder, køn, diagnose og behandlingssted, og hvor der er dokumenteret en behovsvurdering i journalen, er tilfældigt udtrukket i det patientadministrative system i Cosmic. På baggrund af en semi-struktureret interviewguide er disse patienter i februar 2017 interviewet telefonisk om deres oplevelse af dels behovsvurderingen, og dels om denne har ført til rehabiliterings- eller palliative tilbud efterfølgende.

Interviews er endvidere, i februar 2017, gennemført med 4 professionelle, som udfører behovsvurdering/står for behovsvurdering på kræftafdelinger i Regionen: Onkologisk afdeling R på OUH, Hæmatologisk afdeling på Sygehus Lillebælt samt Onkologisk Afdeling på Sygehus Lillebælt.

Kvalitative data er analyseret ved at sammenfatte centrale omdrejningspunkter (meningskondensering)[4].

### *Etiske overvejelser*

Alle informanter er forespurgt om deltagelse og fremtræder anonyme. Projektet er registreret ved Datatilsynet, journal nr. 17/4677.



## Resultater

### Kortlægning

REHPA har i efteråret 2016 sendt et spørgeskema om behovsvurdering og kræftrehabilitering ud til alle sygehusafdelinger i Danmark, der behandler kræftpatienter. Det må bemærkes, at denne kortlægning er udført før gennemførelsen af to tværsektorielle undervisningsdage. I Region Syddanmark deltog 15 afdelinger, hvoraf den ene ikke responderede. Skemaet fra fire afdelinger på samme sygehus, blev besvaret af en rehabiliteringskoordinator. Den ene afdeling havde kun svaret på de første spørgsmål, derfor er der 13 besvarelser for nogle af spørgsmålene.

I det følgende præsenteres udvalgte resultater fra kortlægningen. Temaerne kobles til forløbsprogrammets anbefalinger, som har vejledt spørgsmålene.

### Status for implementering

Vi har spurgt, i hvilket omfang **behovsvurdering er indarbejdet** i praksis. Ud af 14 respondenter svarer 4, at behovsvurdering er fuldt indarbejdet i afdelingens praksis og 10 svarer, at behovsvurdering er delvist indarbejdet.

Ifølge forløbsprogrammet [1] skal alle patienter tilbydes behovsvurdering. Vi har spurgt, hvor mange der tilbydes behovsvurdering. I undersøgelsen svarer 5 respondenter ud af 14, at alle patienter **bliver tilbudt** behovsvurdering. 8 svarer, at ikke alle, men over halvdelen tilbydes behovsvurdering og 1 svarer, at under halvdelen tilbydes behovsvurdering.

Vi har spurgt respondenterne, **hvornår** patienterne tilbydes behovsvurdering. I forløbsprogrammet beskrives det, at alle patienter skal tilbydes systematisk behovsvurdering som minimum i begyndelsen af behandlingsforløbet [1]. Som anført, har Region Syddanmark besluttet at behovsvurdering skal foretages som minimum ved *afslutningen* af det initiale behandlingsforløb.

Besvarelser om **hvornår** i forløbet, patienterne tilbydes behovsvurdering, ses i Tabel 1. På 6 ud af 14 afdelinger tilbydes behovsvurdering i begyndelsen af behandlingen til alle patienter, mens 5 ud af 14 afdelinger ikke tilbyder behovsvurdering i begyndelsen af behandlingen. Flest afdelinger (10 ud af 14) tilbyder behovsvurdering ved afslutning af behandlingen til alle patienter. Samlet set tilbydes behovsvurdering på forskellige tidspunkter af forløbet med hovedvægt på afslutning af behandlingen.

Tabel 1. På hvilke tidspunkter i behandlingsforløbet tilbydes patienterne systematisk behovsvurdering?	Alle patienter	Nogle patienter	Ingen patienter	Ved ikke	ikke besvaret
I begyndelsen af behandlingen	6	3	5	0	
Ved ændring af tilstanden	5	8	1	0	
Ved afslutning af behandlingen	10	2	2	0	
Ved første opfølgning	4	4	6	0	
På andre tidspunkter	3	2	2	5	2

På spørgsmålet om, hvor mange patienter, der **tager imod** tilbud om behovsvurdering, svares som i Tabel 2. 6 ud af 14 afdelinger svarer, at alle eller over halvdelen af patienterne tager imod tilbud om behovsvurdering, og lige så mange afdelinger svarer, at under halvdelen tager imod tilbuddet.

Tabel 2. Hvor mange patienter, der tilbydes systematisk behovsvurdering, anslår du tager imod tilbuddet?	Antal
<b>Alle patienter</b>	1
<b>Ikke alle, men over halvdelen</b>	5
<b>Under halvdelen</b>	6
<b>Ved ikke</b>	2

### *Behovsvurdering – redskab og fokus*

Ifølge forløbsprogrammet kan behovsvurderingen gennemføres ved, at der anvendes et spørgeskema. Da forløbsprogrammet blev udarbejdet i 2012 fandtes der ikke et valideret redskab til behovsvurdering, der dækker såvel rehabilitering som palliation [1], og det var fortsat tilfældet i 2016 [5].

I forløbsprogrammets bilag 2 beskrives en række redskaber, der kan anvendes ved behovsvurdering. Siden forløbsprogrammet blev udarbejdet, har hver region udviklet et redskab til behovsvurdering i form af et spørgeskema.

Alle respondenter anvender et redskab til behovsvurderingen. Et redskab kan eksempelvis være et spørgeskema. 13 ud af 14 respondenter fra Region Syddanmark svarer, at de anvender det skema, der er udarbejdet i regionen, Figur 2. Den respondent, der ikke anvender et skema, anvender en rehabiliteringssamtale. 2 respondenter supplerer skemaet med en rehabiliteringssamtale, mens ingen anvender andre skemaer.

Tabel 3. Hvilket redskab anvender I til systematisk behovsvurdering?	Antal
<b>Vi anvender det skema til behovsvurdering, der er udarbejdet i det regionale samarbejde</b>	13
<b>Vi anvender et andet skema</b>	0
<b>Rehabiliteringssamtale</b>	3
<b>Andet</b>	2

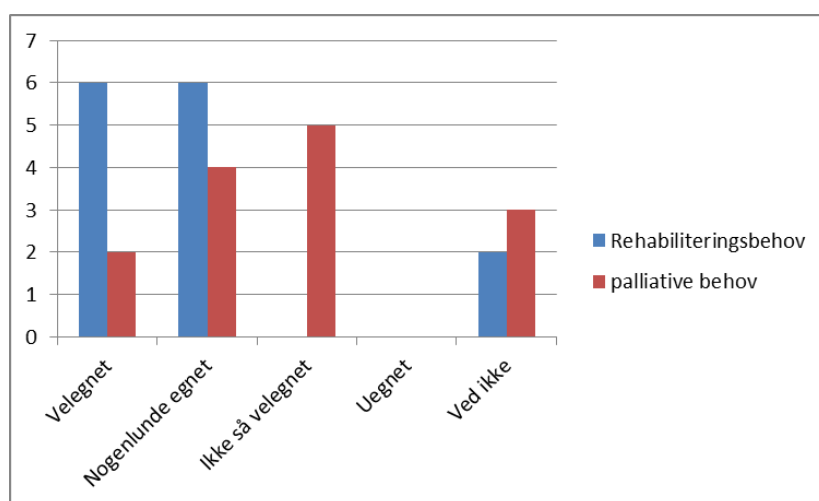
Vi har overordnet spurgt til, **hvilke behov** behovsvurderingen handler om. 10 respondenter svarer, at den handler om rehabiliteringsbehov, mens 4 svarer, at behovsvurderingen både handler om rehabiliterings- og palliative behov.

Vi har endvidere spurgt om, hvorvidt det anvendte redskab – som for 13 ud af 14 respondenter vedkommende er det regionale skema – også anvendes ved **fremskreden kræft**, hvilket især er relevant ift. palliative behov. 8 respondenter ud af 14 svarer ved ikke, 1 respondent svarer, at patienter med

fremskreden kræft ikke tilbydes behovsvurdering, mens 5 respondenter svarer, at det samme redskab anvendes ved patienter med fremskreden kræft. Ingen svarer, at der anvendes andre skemaer ved fremskreden kræft.

Derefter er der spurgt om, hvordan respondenterne vurderer **redskabets egnethed** til at vurdere rehabiliteringsbehov og palliative behov. Se Figur 3. 12 personer svarer, at redskabet er velegnet eller nogenlunde egnet til at identificere rehabiliteringsbehov, mens 2 respondenter svarer ved ikke. Til sammenligning svarer 6 respondenter, at redskabet er velegnet eller nogenlunde egnet til at vurdere palliative behov. 5 svarer, at redskabet ikke er så velegnet til at vurdere palliative behov, mens 3 svarer at de ikke ved det.

**Figur 3. Hvordan vurderer du redskabets/skemaets egnethed til at identificere rehabiliterings- og palliative behov?**



Nogle respondenter har skrevet kommentarer om redskabets egnethed. Nogle har konkrete forslag til ændringer i skemaet, en finder det detaljeret og tidskrævende og en anfører, at mange patienter har svært ved at forholde sig til skemaet. Det pointeres desuden, at nogle tiltag er standard på afdelingen og tilbydes uanset behovsvurdering: Fysioterapi, ergoterapeut, talepædagog, sygeplejeambulatorium, telefonlivline, hjælp til rygestop mm.

### *Hvem udfører – faglighed og kompetencer*

Ifølge forløbsprogrammet bør behovsvurderingen ”udføres af fagprofessionelle, der har en sundhedsfaglig professionsbacheloruddannelse (sygeplejerske, fysio- eller ergoterapeut) eller af en læge, og som har viden om kræftsygdomme, behandlinger, senfølger, rehabilitering og palliation” [1] s. 27. Vi har spurgt til, **hvilke faggrupper**, der varetager behovsvurdering, Tabel 4. Svarene viser, at sygeplejersker ofte eller altid varetager behovsvurdering på 13 ud af 14 afdelinger. På 3 afdelinger varetager lægerne behovsvurderingen altid eller ofte. På 2 afdelinger varetager fysioterapeuter altid eller ofte behovsvurdering, mens det samme gælder for ergoterapeuter på 1 afdeling.<sup>1</sup> På 11 afdelinger varetager læger sjældent eller aldrig

<sup>1</sup> I en parallel spørgeskemaundersøgelse til ergoterapi- og fysioterapiafdelinger har vi spurgt, om ergoterapeuter og/eller fysioterapeuter er involveret i arbejdet med systematisk behovsvurdering. 2 ud af 9 respondenter svarer ja, mens resten svarer nej. De to steder, hvor terapeuterne inddrages, varetager de funktionsmålinger før og efter operation og vurdering af behov for træning og behandling. Der ser altså ud til at være overensstemmelse mellem svarene i de to undersøgelser.

behovsvurdering. Fysioterapeuter varetager sjældent eller aldrig behovsvurdering på 11 afdelinger, og det samme gælder for ergoterapeuter på 12 afdelinger. Besvarelsen vidner om, at der kan være flere om at gennemføre behovsvurdering.

Tabel 4 Hvilke faggrupper varetager den systematiske behovsvurdering?	Altid	Ofte	Sjældent	Aldrig	Ved ikke	ikke besvaret
Læger	1	2	5	6	0	
Sygeplejersker	12	1	1	0	0	
Fysioterapeuter	1	1	2	9	1	
Ergoterapeuter	0	1	2	10	1	
Andre	0	0	0	9	4	1

12 ud af 14 respondenter oplyser, at de fagpersoner, der varetager behovsvurdering, har gennemgået undervisning. 1 svarer, det ikke er tilfældet og 1 svarer ved ikke. I de supplerende svar beskrives forskellige former for kompetenceudvikling, fra information af kolleger på et personalemøde til regional kursusdag.

I forløbsprogrammet skelnes mellem behovsvurdering og uddybende udredning. Som anført anvendes begrebet "uddybende udredning" ikke i Region Syddanmark. Vi har spurgt til, for hvilke patientgrupper den systematiske behovsvurdering suppleres med andre faggruppers vurderinger. Svarene viser stor variation i, hvilke patientgrupper der vurderes af **andre faggrupper**, og at der er flere afdelinger, hvor ingen eller få patienter vurderes af andre faggrupper. Flest patienter i kategorien "andre" vurderes også af andre faggrupper. Af uddybende kommentar fremgår det, at "andre" svarer til patienter med behov for genoptræning.

Tabel 5. For hvilke patienter suppleres den systematiske behovsvurdering med andre faggruppers vurderinger? Sæt gerne flere krydser	Antal
Alle patienter	1
Alle patienter med rehabiliteringsbehov	1
Patienter med komplekse rehabiliteringsbehov <sup>2</sup>	2
Patienter, der både har rehabiliterings- og palliative behov	2
Andre patientkategorier	4
Ingen eller få patienter	2
Ved ikke	1
Ikke besvaret	3

<sup>2</sup> "Komplekse rehabiliteringsbehov" er ikke defineret nærmere. Vi har spurgt respondenterne, hvad der karakteriserer patienter med komplekse rehabiliteringsbehov. Svarene varierer betydeligt og omfatter bl.a. social sårbarhed, komorbiditet, specifikke patientgrupper, pt med psykiske problemer og pt med mindreårige børn.

Supplerende kommentarer til spørgsmålet: Flere skriver at palliativt team eller andre involveres ved patienter med palliative behov. En anden skriver, at den tværfaglige vurdering vægtes højest og at den systematiske behovsvurdering er sekundær.

### Anvendelse af behovsvurderingen

Vi har spurgt til, hvordan behovsvurderingen **dokumenteres**, Tabel 6.

Tabel 6. Hvordan dokumenteres behovsvurderingen?	Antal
Konklusionen på behovsvurderingen dokumenteres i patientens journal	12
Sammendrag af samtalens indhold og patientens behov dokumenteres	10
Handlinger udført på baggrund af behovsvurderingen dokumenteres	9
Status for helbredsrelateret funktionsevne og senfølger, herunder betydning for hverdagsliv dokumenteres	3
Det dokumenteres, hvis patienten ikke ønsker at deltage i behovsvurdering	12
Andet	1

Vi har spurgt til, hvad behovsvurderingen **anvendes** til. Nedenfor ses svar vedrørende anvendelse af behovsvurderingen:

Tabel 7. Hvor ofte gennemføres følgende handlinger på baggrund af behovsvurderingen – efter din vurdering?	Altid	Ofte	Sjældent	Aldrig	Ved ikke	ikke besvaret
Henvisning til rehabiliterende (og evt. palliative) tilbud på hospitalet	0	1	7	3	2	
Kontakt til praktiserende læge	0	1	8	2	2	
Kontakt til kommunen via REF01 eller korrespondancemeddelelse	1	7	3	0	2	
Kontakt til kommunen via genoptræningsplan	0	3	6	1	3	
Indarbejdes i patientens rehabiliteringsplan el. lign	0	1	2	3	7	
Gives til patienten og er patientens eget redskab	5	2	3	1	2	
Andet	0	1	0	2	7	3

Det ses, at behovsvurderingen på 8 afdelinger *altid* eller *ofte* fører til en kontakt til kommunen via REF01 eller korrespondancemeddelelse. På 3 afdelinger medfører behovsvurderingen *ofte* en kontakt til kommunen via genoptræningsplan, mens den på 7 afdelinger *altid* eller *ofte* gives til patienten og er

patientens eget redskab. Kun i et tilfælde indarbejdes behovsvurderingen *ofte* i en rehabiliteringsplan<sup>3</sup>. Andre anvendelser sker *sjældent* eller *aldrig*. Der ses således ikke noget tydeligt mønster for anvendelse af behovsvurderingen.

### **Barrierer for behovsvurdering**

Vi har spurgt til **barrierer** for, at patienter tilbydes behovsvurdering. Spørgsmålet er kun stillet, hvis respondenterne har skrevet, at ikke alle tilbydes. Det ses i Tabel 8, at den vigtigste barriere er manglende tid (n=6), mens 5 respondenter oplyser etik som en barriere og 4 respondenter finder ikke, at skemaet eller behovsvurdering som sådan egner sig til alle patienter.

Tabel 8.  
Du skrev tidligere, at ikke alle patienter tilbydes systematisk behovsvurdering. Hvad er efter din vurdering de væsentligste barrierer for, at alle patienter kan tilbydes behovsvurdering?  
Sæt kryds ved op til fire af de vigtigste barrierer

	<b>Antal</b>
<b>Manglende tid til opgaven</b>	6
<b>Manglende kompetencer</b>	1
<b>Manglende ledelsesmæssig opbakning</b>	0
<b>Manglende enighed om, hvorvidt opgaven er relevant</b>	2
<b>Finder det uetisk at vurdere behov, der ikke kan modsvares med indsatser</b>	5
<b>Manglende egnede fysiske rammer</b>	1
<b>Utilstrækkelig IT-understøttelse</b>	0
<b>Skemaet egner sig ikke til alle patienter</b>	4
<b>Behovsvurdering er ikke muligt for alle patienter</b>	4
<b>Behovsvurdering er ikke relevant for alle patienter</b>	0
<b>Andet</b>	1

I et tidligere spørgsmål med åbne svarmuligheder har vi spurgt til, hvad der er de væsentligste udfordringer i arbejdet med systematisk behovsvurdering. Svarene understøtter og supplerer ovenstående: Udfordringer drejer sig bl.a. om manglende viden om kommunale tilbud, usikkerhed om, hvorvidt behovsvurdering faktisk har den tilsigtede effekt, kompleksitet (at man skal arbejde med 3 forskellige dokumenter til kommunen: genoptræningsplan, plejeforløbsplan og behovsvurdering) og at systemerne kun understøtter envejskommunikation.

Vi har tilsvarende spurgt, hvilke barrierer der kan stå i vejen for, at patienten **tager imod** tilbud om behovsvurdering. Svarene præsenteres i Tabel 9 og det ses, at alle 13 respondenter svarer, at når patienten ikke tager imod behovsvurdering kan årsagen være, at patienten ikke ønsker det. Man kan sætte kryds ved op til tre af de vigtigste faktorer. Andre væsentlige faktorer kan være sprog eller fremskreden sygdom.

<sup>3</sup> Vi har brugt termen "rehabiliteringsplan" i stedet for forløbsprogrammets "fælles plan". Vi har i skemaet defineret rehabiliteringsplan sådan: En rehabiliteringsplan er her en skriftlig tværfaglig og tværsektoriel plan for individuelle rehabiliteringsforløb. Planen vil typisk beskrive mål for indsatser samt hvilke handlinger der iværksættes og af hvem. En rehabiliteringsplan omfatter typisk flere indsatser end en genoptræningsplan.

Tabel 9. Hvilke faktorer kan efter din vurdering stå i vejen for, at patienter tager imod tilbud om behovsvurdering (Sæt kryds ved op til tre af de vigtigste faktorer)		Antal
<b>Patienten ønsker det ikke</b>		13
<b>Sprog- patienten taler ikke eller kun lidt dansk</b>		6
<b>Kognitive vanskeligheder</b>		2
<b>Fremskreden sygdom</b>		5
<b>Andre</b>		0

Både her og ved andre besvarelser skriver flere respondenter, at det måske ikke er helt klart for patienterne, hvad der menes med behovsvurdering og lignende udsagn. Flere nævner, at patienterne kan have vanskeligheder ved at forstå hensigten.

## Data fra Cosmic

Data hentet fra Cosmic alle 12 måneder i 2016 og alle sygehusenheder i Region Syddanmark, er udtrukket af chefkonsulent Inge Lise Udbye Christiansen fra Region Syddanmark. Dette udtræk viser, at der i alt er foretaget 1124 behovsvurderinger, hvor der ikke vurderes at være et behov. Desuden er der foretaget 378 behovsvurderinger, hvor der er identificeret et behov, mens 465 patienter ikke har ønsket at få lavet en behovsvurdering. I 2016 blev der i alt sendt 644 notater til kommunerne. Der burde være sendt 378 notater, hvilket svarer til antallet af patienter, hvor der er identificeret et behov, men vi har intet kendskab til indholdet i disse notater.

## Patienternes perspektiv

Telefoninterviews er udført med 14 kræftpatienter som alle iflg. Cosmic har fået udført en behovsvurdering. 12 af patienterne har fået sendt en henvisning fra sygehuset med henblik på at få et tilbud i kommunalt regi. De sidste 2 er vurderet til ikke at have et behov.

Vi har interviewet 10 kvinder og 4 mænd, i alderen 47-86 år og med forskellige kræftdiagnoser: tyktarmskræft, malignt melanom, pancreaskræft, tungekræft, lungekræft, underlivskræft, halskræft og hjernetumor. 7 af patienterne er behandlet på OUH og 7 i Sygehus Lillebælt i Vejle. Nogle af patienterne er kurativt behandlet og andre går i palliative forløb.

Interviewene handler dels om, hvordan patienterne har oplevet den samtale, som er udført i forbindelse med behovsvurderingen, dels om der er taget udgangspunkt i skemaet fra Region Syddanmark. Desuden handler interviewene om, hvordan patienterne har oplevet de støttemuligheder, de er blevet tilbudt efterfølgende.

## Samtalen om behovsvurdering

En stor del af patienterne erindrer ikke denne samtale tydeligt, og de har svært ved at differentiere den samtale fra så mange andre samtaler. Nogle få husker dog, at de er blevet ringet op fra sygehuset, og enkelte har også udfyldt et skema. Erindringen af samtalen kompliceres af at flere af patienterne siger, at de har mødt mange forskellige sygeplejersker og har fået mange papirer under forløbet, og de kan ikke altid skelne de forskellige skemaer fra hinanden. Nogle af patienterne tilskriver det, at de ikke kan huske samtalen, til deres sygdom eller deres alder, idet de generelt synes det er svært at huske: *"Jeg kan ikke huske det skema, der er så mange sedler..." kvinde 70 år*

En patient ved end ikke der er indgået nogen aftaler og ved ikke, at der er sendt en henvisning: *"det kan være at min opfattelse er anderledes end deres..." kvinde 69 år*

De fleste af patienterne er behovsvurderet telefonisk og i forbindelse med afslutningen på medicinsk kræftbehandling. En patient var i tvivl om, hvad han måtte efter en stor operation og synes at han har gået alt for længe inden der kom fokus på dette. Ganske få patienter har selv været opsøgende og direkte bedt om at få et tilbud: *"Jeg sidder ikke her og venter – hvis ikke der sker noget så ringer jeg selv..." mand 65 år*

### **Støttemulighed**

Hovedparten af de patienter, som har fået sendt en henvisning, har også fået et tilbud i deres kommune, eller går og venter på at få et tilbud. Tilbuddet handler typisk om fysisk aktivitet bestående af 2-3 gange træning om ugen, fælles med andre eller selvtræning med elastik. En patient har fået et tilbud om socialt samvær, men har takket nej, da hun ikke har brug for at høre andre snakke om sygdom.

De patienter, som tager imod den fysiske træning virker tilfredse med det, selvom en enkelt er holdt op, da hun synes, at de andre deltagere var for gamle. Patienterne fortæller, at sygeplejersken på sygehuset typisk ikke vidste, hvilke tilbud der ville blive givet. En patient oplevede at blive lidt desillusioneret da kontaktpersonen i kommunen heller ikke vidste det: *"Jeg har ikke gjort mere ved det ... så mistede jeg egentligt lidt modet..." kvinde 47 år.*

Flere af de kvindelige patienter udtrykker behov indenfor det psykosociale område, som de ikke har fået dækket i kommunalt regi: *"Troede det handlede om lidt mere end bare motion, ift. alt det man læser at man har behov for..." kvinde 78 år*

Tre af dem beskriver sig selv som deprimerede og en er ved at bearbejde, at hun ikke længere kan blive rask. De manglende tilbud har ført til, at en patient har søgt hjælp hos Kræftens Bekæmpelse, da hendes hverdagsliv var ved at bryde totalt sammen: *"Nogen skulle jeg altså tale med..." kvinde 78 år*

Patienterne skelner ikke mellem tilbud til rehabilitering og tilbud til palliation, og de kan også have svært ved at sondre mellem andre kommunale tilbud fx hjemmepleje. Desuden bliver det klart, at behov kan forandre sig fra dag til dag. En kvinde beskriver at hun ikke ville have sagt ja til et tilbud, men efter hun begyndte at arbejde fandt hun ud af, hvor dårligt hun havde det.

### **Sundhedsprofessionelles perspektiver**

Fire sygeplejersker, som har været tovholdere og selv udfører behovsvurdering, er interviewet: 2 sygeplejersker fra Onkologisk Afdeling R, OUH, samt en sygeplejerske fra Onkologisk Afdeling og en sygeplejerske fra Hæmatologisk Afdeling Sygehus Lillebælt, Vejle.

De 4 interviews beskriver, hvordan behovsvurderingen er organiseret på 4 forskellige hospitalsafsnit i Region Syddanmark. Derudover er der fokus på selve behovsvurderingsskemaet som redskab samt de fordele og ulemper, som de involverede sygeplejersker oplever i forbindelse med at udføre behovsvurderingen.

### **Organisering**

Nogle steder foretages behovsvurderingen af få sygeplejersker, mens den andre steder udføres af alle sygeplejersker. Det er imidlertid den generelle opfattelse, at alle sygeplejersker kan foretage den. Et enkelt



sted har man forsøgt at oprette et decideret sygeplejespor, men i og med de fleste patienter takker nej til at få foretaget en behovsvurdering, er dette blevet lukket igen. For et enkelt afsnits vedkommende skønnes det at mere end 50 % af patienterne siger ja, men det generelle billede vurderes til færre end 20 %. Der er som oftest ikke blevet afsat ekstra sygeplejersketid af til at udføre denne opgave *"Det er halvhjertet – enten vil man det her ellers vil man det ikke"*. Det kan være svært for personalet at huske at få udleveret skemaet. Tovholder skal således hele tiden minde om, at der skal udføres behovsvurderinger.

Patienterne behovsvurderes på forskellige tidpunkter i deres kræftbehandlingsforløb afhængigt af, hvilken afdeling eller team, de er tilknyttet. På et enkelt afsnit foretages behovsvurderingen kort tid efter at patienten er blevet diagnosticeret, men det typiske er dog, at behovsvurderingen foretages, når patienterne er færdige med deres aktive behandling, det være sig kirurgi, strålebehandling eller kemo/immunterapi. Der skelnes ikke tydeligt mellem rehabilitering og palliation, men fokus er klart mest på rehabilitering.

Behovsvurderingsskemaet udleveres som regel enten i forbindelse med den afsluttende samtale eller ved 1. kontrolbesøg. Patienterne får skemaet med hjem og skal returnere det ved næste fremmøde. Det er ikke intentionen, at behovsvurderingen skal medføre ekstra fremmøder i afdelingen. Et enkelt sted har man forsøgt med en ekstra samtale som opfølgning, men her har tilbagemeldingen fra patienterne været at, det er langt at køre bare for at blive sendt videre *"Skulle jeg så køre så langt bare for at blive sendt videre?"*.

Et andet sted afsættes den tid til behovsvurderingen, der er brug for, hvilket kan være alt mellem 10 og 60 minutter. Nogle steder foretages behovsvurderingen således ansigt til ansigt, mens man andre steder har valgt at ringe patienten op eller lade patienten ringe i tilfælde af, at de har et behov, hvilket de typisk ikke gør. De pårørende inddrages som regel ikke i samtalen.

### **Ordvalg og brug af behovsvurderingsskema**

Da man har en formodning om at patienterne ikke helt forstår begreberne behovsvurdering og rehabilitering introduceres skemaet som oftest med andre ord. Et sted har man valgt at lave en forside til patienten, hvor formålet er beskrevet. Andre fortæller patienten, at der kan være nogle tilbud i kommunen som han/hun måske kunne have gavn af. Nogle synes, ordlyden i skemaet kan være svær at forstå og at skemaet kan være svært for patienterne at forholde sig til, da det er meget bredt og der er mange spørgsmål. Andre er af den opfattelse, at det er en god måde at komme omkring patienterne på og at man opdager behov, som man måske ellers ikke ville have set. Der er enighed om, at det er nemmest *"at sælge"* fysisk træning til patienterne.

### **Kompetence/uddannelse**

Som nævnt kan alle sygeplejersker udføre vurderingen, men det kræver introduktion/kurser, hvilket alle langtfra har fået og nogle føler sig derfor ikke rustet til opgaven, selvom der er blevet afholdt kurser i Regionen. Andre oplever derimod ikke at denne samtale er så forskellig fra så mange andre samtaler, som finder sted mellem patient og sygeplejerske og derfor ikke vanskelig *"Mange ting er vi inde omkring alligevel"*. På et eller andet plan foregår der således behovsvurdering løbende, som en del af den almindelige sygepleje, uden det måske lige er det ord eller skema, der bliver brugt.

## Fordele

Sygeplejerskerne oplever, at de nogle gange fanger de patienter, som ikke selv ville have opsøgt et kommunalt tilbud. Man viser fra afdelingens side, at man gerne vil tage hånd om patienten – også efter afsluttet behandling. Derudover anerkender man også, at der kan være nogle udfordringer med at komme tilbage til hverdagslivet (signalværdi). Det er godt at kunne sende patienter med behov videre til kommunerne, da de er gearet til at tage imod patienterne, især på det fysiske område. *”De starter med den fysiske træning, men så hører vi, at de får andre tilbud senere”.*

## Ulemper

Der er tvivl om, hvorvidt man når de rigtige patienter og det tager tid *”Rigtig meget arbejde for få vurderinger/henvisninger”.* Det faktum, at sygeplejerskerne på hospitalerne ikke ved, om kommunen har et tilbud, der dækker patientens behov, kan opleves som vanskeligt. Nogle oplever det som et problem, at der ikke er mulighed for at følge op på, hvad der sker med patienten, mens andre ser at patienterne kommer tilbage og fortæller, hvilket tilbud de har modtaget eller at de ikke har hørt noget. Sygeplejerskerne er ikke vant til at identificere behov hos patienterne uden at gøre noget ved det, hvilket opleves som en barriere for nogle. Der er en del dobbeltarbejde, da sygeplejerskerne har indtrykket af, at kommunerne laver deres egen behovsvurdering, selvom de har modtaget en fra hospitalet. De håber dog, at der tages udgangspunkt i det, der er skrevet i henvisningen.

Flere sygeplejersker oplever, at det er svært at få tid til at lave behovsvurderingerne, da opgaven er kommet oveni alle de andre arbejdsopgaver og således nedprioriteres og bliver venstrehåndsarbejde: *”Vi håbede, at vi skulle udføre rigtig god sygepleje, men det er reduceret til det her, hvilket har skuffet mange sygeplejersker”.* Der foreligger ingen viden om det eksakte tidsforbrug ift. behovsvurdering.

## Diskussion

Der tegner sig nogle centrale diskussionspunkter, som forener resultaterne fra de forskellige typer af data. Disse er: tidspunkt og sted for behovsvurderingen, ressourcer til opgaven, behovsvurderingsskemaet og praksis, faglighed samt rehabilitering/palliation. Disse diskussionspunkter kredser alle om barrierer og udfordringer.

### Tidspunkt og sted for behovsvurdering

Ifølge gældende aftaler i Region Syddanmark skal afdelingerne udføre behovsvurdering ved afslutningen af den initiale kræftbehandling, hvilket kortlægningen også viser at de fleste gør. Klinisk praksis er dog varieret og der kan være mange lokale hensyn, hvorfor nogle behovsvurderinger foregår via personlige fremmøder og andre behovsvurderinger foregår via telefonsamtaler. Måske er det derfor, at mange af patienterne i vores undersøgelse ikke erindrer behovsvurderingen som en væsentlig del i deres patientforløb.

Få steder har fokus på at italesætte rehabilitering og palliation på et tidligt tidspunkt, og få den kommunale sektor involveret tidligt, hvilket synes relevant ift. anbefalingerne i forløbsprogrammet [1]. Behovsvurderingen opleves af nogle professionelle som en opgave, som ikke rigtigt passer ind i den behandlingslogik som er fremtrædende på sygehusene. Dette fund er i overensstemmelse med forskning i Region Hovedstaden [6]. Nogle professionelle oplever, at deres indsats er overflødig, idet

behovsvurderingen gentages i den kommunale sektor, og at patienten der samtidig kan få viden om hvilke indsatser, der kan tilbydes. En viden som sygehuspersonalet ikke kan give patienten.

### **Ressourcer**

Som nævnt blev der i forbindelse med implementeringen ikke afsat ekstra tid eller andre ressourcer til at udføre behovsvurderingen. Flere af de interviewede sygeplejersker har givet udtryk for, at opgaven kan være svær at overkomme/nå i en i forvejen travl hverdag. Der er som følge heraf risiko for at nogle patienter slet ikke bliver tilbudt en behovsvurdering, da personalet måske frygter, at det vil give ekstra arbejde, eller at behovsvurderingen bliver udført uden at gå i dybden, men så man i det mindste kan dokumentere, at man har gjort det.

Nogle steder får patienterne behovsvurderingsskemaet med hjem og bliver bedt om at kontakte afdelingen, hvis de har et behov. Et fåtal af patienterne benytter sig af denne mulighed og der er grund til at tro, at nogle patienter undlader at henvende sig på trods af at de har et reelt behov. Her kan eksempelvis være tale om de mere svage patientgrupper, som ikke har overskud til selv at henvende sig [7], hvilket må overvejes i en implementeringsproces. Udtræk fra Cosmic viser samstemmende at mange patienter siger nej til at få udført behovsvurderingen. Kommentarer fra fagprofessionelle i kortlægningen omfatter: *”Nogle vil ikke kommunaliseres”*.

### **Behovsvurderingsskemaet og behovsvurdering i praksis**

I forløbsprogrammet var der lagt op til en behovsvurdering af ALLE patienter, men når så mange patienter siger fra, kan det måske være fordi enten skemaet og/eller proceduren er for kompleks, hvilket underbygges af interviewene med de professionelle. Her nævnes, at skemaet er for bredt og patienterne måske ikke helt kan se meningen med det. Ydermere er nogle af den opfattelse at sproget ikke er velegnet til alle patientgrupper. På trods af at en enkelt afdeling oplever skemaet som en god måde at komme omkring patienten på, er det generelle billede dog, at det er vanskeligt at anvende skemaet i sin nuværende form. Man kan overveje, om proceduren og skemaet skal forenkles og tilpasses praksis og patienternes præferencer, så alle kan omfattes af en overordnet og mere simpel behovsvurdering.

### **Behovsvurdering som tilbud i forhold til ulighedsproblematikken**

Behovsvurderingen ses som et tilbud, patienter kan sige ja eller nej til – men som overraskende mange takker nej til. Flere undersøgelser peger på en betydelig ulighed i fordeling af kræftrehabilitering. Generelt henvises der færre til rehabilitering end forventet [8]. Endvidere har studier de senere år påvist en væsentlig ulighed i, hvem der har behov for og henvises til kræftrehabilitering. Her spiller både køn, alder, etnicitet, uddannelsesniveau [9-11] og kræftdiagnose ind [12, 13]. Systematisk behovsvurdering har været foreslået som en metode til at minimere ulighed i, hvem der henvises [8], men dette kan ikke imødekommes når mange patienter takker nej til tilbuddet. Dette synes at støtte op om at overveje nuværende praksis, herunder i hvilken grad (en overordnet) behovsvurdering skal være et tilbud eller en fast aktivitet.

### **Faglighed og kompetence**

Praksis viser, at det overvejende er sygeplejersker, som udfører behovsvurderingen. Det kan umiddelbart synes naturligt, da det som oftest er sygeplejersker, som er til stede hos patienterne. Ifølge forløbsprogrammet og en tidligere medicinsk teknologivurdering kunne opgaven imidlertid varetages af forskellige faggrupper [1, 14], og det må være et relevant spørgsmål at rejse om fx terapeuterne er

tilstrækkeligt involveret i behovsvurderingen? Rehabilitering og palliation er pr. definition en tværfaglig disciplin [15, 16], men det vil være patienternes behov og klinisk praksis som afgør hvilken faggruppe der skal inddrages.

Den kompetenceudvikling, der er tilbudt for at uddanne personalet til behovsvurdering italesættes som sporadisk, på trods af at der er gennemført nogle undervisningsdage. Der efterspørges således en mere systematisk mulighed for kurser og for løbende supervision.

### *Rehabilitering/palliation*

Som udgangspunkt skelner hverken sygeplejersker eller patienter mellem begreberne rehabilitering og palliation i forbindelse med behovsvurderingen, men resultaterne tyder på, at behovsvurderingsskemaet egner sig bedre til at identificere rehabiliteringsbehov end palliative behov. Dette kalder naturligvis som tidligere nævnt på et eftersyn af skemaet.

I praksis har de fleste af de patienter, vi har interviewet, fået et tilbud om fysisk træning i deres kommune. Flere af de interviewede patienter udtrykte dog uopfyldte psykosociale behov. Om dette skyldes at behovsvurderingen generelt har mere fokus på rehabilitering end på palliation kan vores undersøgelse ikke give belæg at udtale sig om.

### **Konklusion**

På baggrund af dette nedslag i en implementeringsproces kan det konkluderes, at behovsvurdering er blevet introduceret på Region Syddanmarks sygehusafdelinger. Det er dog tydeligt, at hvor nogle få enheder er meget langt fremme, har andre kun lige taget hul på emnet. Der synes derfor at være et stykke vej, før behovsvurdering for rehabilitering og palliation er implementeret som et naturligt element i klinisk praksis. Undersøgelsen viser et komplekst billede med barrierer og udfordringer forbundet med ressourcer, behovsvurderingsskema, forskellig praksis, faglighed, indhold, tidspunkt og sted. Dette giver anledning til at overveje, om nuværende praksis skal justeres.

## Referencer

1. Sundhedsstyrelsen, *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft - del af samlet forløbsprogram for kræft*. 2012, Sundhedsstyrelsen.
2. Region Syddanmark og de 22 kommuner, *Implementering af forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*. <https://regionsyddanmark.dk/wm430928>. 2013.
3. Sundhedsstyrelsen. *Opfølgingsprogrammer Kræft*. [cited 2017 01.03].
4. Kvale, S. and S. Brinkmann, *Interview analyses focusing on meaning*, in *Interviews. Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. 2009, Thousand Oaks: SAGE Publications.
5. Sundheds- og Ældreministeriet, *Patienternes Kræftplan - Kræftplan IV*. 2016.
6. Pedersen, P.V., I. Ingholt, and T. Tjørnhøj-Thomsen, *Når man har sagt A, må man også sige B: Om social ulighed i kræftrehabilitering*. 2015, Statens Institut for Folkesundhed.
7. Moustsen, I.R., et al., *Social position and referral to rehabilitation among cancer patients*. *Acta Oncol*, 2015. **54**(5): p. 720-6.
8. Kristiansen, M., et al., *Need for strengthened focus on cancer rehabilitation in Danish municipalities*. *Dan Med J*, 2015. **62**(4): p. A5045.
9. Holm, L.V., *Danish cancer patients' rehabilitation needs, participation in rehabilitation activities and unmet needs*. . 2014, University of Southern Denmark.
10. Kræftens Bekæmpelse, *Fra viden til handling i rehabiliteringsindsatsen i forbindelse med kræft - Rapport fra en national arbejdsgruppe*. 2015.
11. Handberg, C., et al., *Understanding male cancer patients' barriers to participating in cancer rehabilitation*. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 2015. **24**(6): p. 801-11.
12. Holm, L.V., et al., *Participation in cancer rehabilitation and unmet needs: a population-based cohort study*. *Support Care Cancer*, 2012. **20**(11): p. 2913-24.
13. Ross, L., et al., *Are different groups of cancer patients offered rehabilitation to the same extent? A report from the population-based study "The Cancer Patient's World"*. *Support Care Cancer*, 2012. **20**(5): p. 1089-100.
14. Sundhedsstyrelsen, *Rehabilitering efter brystkræft, tyk- og endetarmskræft og prostatakræft - en medicinsk teknologivurdering*. 2010.
15. Maribo, T. and C.V. Nielsen, *Rehabilitering – en grundbog*. 2016: GADs forlag.
16. (EAPC), E.A.f.P.C. *White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe*. 2009; Available from: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=f63pXXzVNEY=&tabid=735>.