

Fra plan til praksis

En undersøgelse af kompetenceudvikling
som led i implementering af behovsvurdering

Fra plan til praksis. En undersøgelse af kompetenceudvikling som led i implementering af behovsvurdering

Forfattere: Henriette Knold Rossau, Tina Broby Mikkelsen, Bibi Charlotte Hansen, Karna Vinther, Lise Bjerrum Thisted, Winnie Lund, Jette Thuesen

Redaktion: Charlotte Toft-Petersen

Copyright © 2018
REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation

REHPA, notat nr. 9. I REHPA har nærværende rapport status af REHPA-notat som følge af internt review.

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.

REHPA, august 2018
1. udgave

ISBN: 978-87-93356-30-6 (online)

REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation

Vestergade 17
5800 Nyborg
Telefon 21 81 10 11
Mail: rehpa@rsyd.dk
www.rehpa.dk

Notatet kan downloades fra www.rehpa.dk.

Forord

Sundhedsstyrelsen har netop udgivet en revideret udgave af *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*, som opdaterer forløbsprogrammet fra 2012 og understreger anbefalingerne af systematisk behovsvurdering hos mennesker med kræft som en del af ethvert kræftpakkeforløb. Hver region har siden det første forløbsprogram udviklet metoder i form af skemaer til anvendelse ved behovsvurdering, som de senere år er søgt implementeret i praksis på hospitaler og i kommuner. I Region Hovedstaden har man i tillæg til udviklingen af et struktureret skema til behovsvurdering forsøgt at styrke kompetencerne blandt sundhedsprofessionelle, som varetager behovsvurderinger hos personer med kræft.

Denne rapport undersøger brugen af kompetenceudvikling i forbindelse med implementering af behovsvurdering i Region Hovedstaden på foranledning af Center for HR i Region Hovedstaden. Ligeledes giver undersøgelsen et indblik i anvendelsen af en specifik metode til behovsvurdering og de sundhedsprofessionelles indstilling hertil.

Vi håber, at rapporten kan være til inspiration for fagpersoner og andre interessenter, samt at den kan bidrage til videre udvikling af sammenhængende rehabiliterings- og palliative indsatser for mennesker med kræft og andre livstruende sygdomme.

Rapporten er udarbejdet af akademisk medarbejder Henriette Knold Rossau, forsker Tina Broby Mikkelsen og post.doc. Jette Thuesen, REHPA.

En stor tak til projektgruppen, som har bidraget til indsamling af data og udarbejdelse af rapporten: udviklingskonsulent Winnie Lund og udviklingskonsulent Bibi Charlotte Hansen, Center for HR, Region Hovedstaden; kræftrehabiliteringssygeplejerske Lise Bjerrum Thisted, Enheden for Kræftrehabilitering, Rigshospitalet og rehabiliteringskoordinator Karna Vinther, Halsnæs Kommune.

Ligeledes en stor tak til alle sundhedsprofessionelle, som har deltaget i evalueringsundersøgelsen, både i interview såvel som i forbindelse med kortlægning af kræftrehabilitering i Danmark.

Karen la Cour,
Forskningsgruppeleder, professor
Nyborg, august 2018

Indhold

Forord	3
Resumé	5
1 Introduktion	7
1.1 Indledning	7
1.2 Baggrund	7
1.3 Formål	8
2 Metode	10
2.1 Kvantitativ dataindsamling	10
2.2 Kvalitativ dataindsamling.....	10
2.3 Fortolkningsmæssigt udgangspunkt	11
3 Resultater	14
3.1 Materiale.....	14
3.2 Resultater: Besvarelse af evalueringsspørgsmål.....	15
4 Diskussion	39
4.1 Implementering af behovsvurdering i Region Hovedstaden – diskuteret under ramme af CFIR....	39
4.2 Metodemæssige begrænsninger	42
5 Konklusion	44
6 Referencer	45
7 Bilag	46

Resumé

Kræftrehabilitering er en relativt ny praksis i Danmark, og den er under fortsat udvikling. Forløbsprogram for Rehabilitering og Palliation i forbindelse med kræft udkom første gang i 2012 (revideret i 2018) og anbefaler, at alle kræftpatienter skal vurderes med henblik på behov for rehabilitering og palliation. I 2014 udgav Region Hovedstaden 'Støtte til livet med kræft' – et forberedelsesskema til patienter med kræft', som kan anvendes ved behovsvurdering. For at fremme implementering af behovsvurdering med 'Støtte til livet med kræft' udbyder Region Hovedstaden kompetenceudviklingskurser, som sætter fokus på behovsvurdering og anvendelse af skemaet. Efter tre års kursusudbud, og foranlediget af forløbsprogrammets revision, ønsker Center for HR at undersøge kompetenceudviklingskursets bidrag i implementering af behovsvurdering i Region Hovedstaden.

Metode

Til undersøgelsen anvendes kvantitative data fra en kortlægning af kræftrehabilitering i Danmark, som udførtes i 2017, samt data fra Region Hovedstadens Kursusportal, hvor oplysninger om deltagere på kompetenceudviklingskurset findes. Herudover anvendes empiri fra fem fokusgruppeinterview og tre individuelle interview gennemført med sundhedsprofessionelle fra Region Hovedstaden.

Resultater

Behovsvurdering med 'Støtte til livet med kræft' er delvist implementeret i Region Hovedstaden. Omkring halvdelen af hospitalsafdelingerne i Region Hovedstaden *tilbyder* behovsvurdering til mere end halvdelen af de kræftramte, og 60% anslår, at mere end halvdelen af de kræftramte *tager imod* tilbuddet om behovsvurdering. Alle kommuner gennemfører systematisk behovsvurdering forud for rehabiliteringsforløb. Næsten alle hospitalsafdelingerne og 75% af kommunerne anvender 'Støtte til livet med kræft'.

Informanter beskriver, at kompetenceudviklingskurset giver større indsigt i og forståelse af opgaven med behovsvurdering. Kurset viser sig som en vigtig, motiverende faktor i at indføre den nye praksis. Implementering er dog udfordret fra andre sider. Involvering af ledelsen er en vigtig brik i implementeringsarbejdet, og dér, hvor ledelsen ikke prioriterer implementeringen, ender nøglepersoner og ildsjæle med at stå alene med opgaven.

Der er desuden uenighed om gavnigheden af at anvende et skema til behovsvurdering af kræftramte. Nogle anvender i stedet den sygeplejefaglige samtale eller andre skemaer til vurdering af behov. Andre er glade for skemaet og finder, at den struktur, skemaet tilvejebringer, virker tidsbesparende og relevant.

Skemaet kan gøre kræftramte opmærksomme på særlige problemområder, men der er uenighed om, hvorvidt alle kræftramte kan bruge det. Ligeledes vurderes det, at behovsvurdering initialt i behandlingsforløbet er for tidligt. Der er desuden stor variation i opfattelsen af, om behovsvurdering med 'Støtte til livet med kræft' øger brugerinddragelse.

Den mest fremtrædende barriere for gennemførelse af behovsvurdering er manglende tid, men derudover peges der også på fx uegnede fysiske rammer og manglende indsigt i kommunale tilbud eller manglende oplevelse af meningsfuldhed med opgaven.

Diskussion

Behovsvurdering er en vigtig opgave, som er politisk prioriteret, og som har stor opbakning fra de regionale myndigheder, dog uden tilførelse af midler til opgaven i de lokale enheder. I forhold til den store opmærksomhed, de centrale og regionale myndigheder giver behovsvurdering, kan beskrivelsen af manglende lokal ledelsesmæssig opbakning undre. Der er god grund til at tro, at implementering af opgaven kan styrkes, hvis lokale betingelser herfor forbedres.

Kompetenceudvikling synes at yde et væsentligt bidrag til implementering, men informanter oplever fortsat at mangle viden og kompetencer ud over det, der tilføres på kurset. Derudover kan det undre, at der er kursusedtagere, som ikke finder mening i at anvende skemaet eller ligefrem aktivt fravælger det. Det bør give anledning til overvejelser om årsager hertil og ændringer, som adresserer dette.

Konklusion og anbefalinger

Det udbudte kompetenceudviklingskursus er et vigtigt element i implementeringen af behovsvurdering med 'Støtte til livet med kræft', idet det bidrager med nødvendig viden og opbygning af kompetencer blandt sundhedsprofessionelle, som udfører opgaven.

Hvis man ønsker at øge implementeringen af behovsvurdering, kan kurset ikke stå alene, men bør understøttes af bl.a. fokus på ledelsens engagement, inkl. feedback, samt hjælp til hvordan de enkelte enheder bedst implementerer opgaven i praksis. Yderligere kan man afhjælpe de væsentligste barrierer, som manglende tid og uegnede fysiske rammer, ligesom opgavens meningsfuldhed kan adresseres.

1 Introduktion

1.1 Indledning

Rehabilitering ved kræftsygdomme er under udvikling i det danske sundhedsvæsen. I takt med at antallet af kræfttilfælde og kræftoverlevende i Danmark stiger, ses også et øget fokus på, hvordan funktionsevne og livskvalitet kan understøttes gennem rehabilitering og andre tiltag [1].

I 2012 udkom *Forløbsprogram for Rehabilitering og Palliation i forbindelse med Kræft* første gang [2] (forløbsprogrammet udkom i revideret version den 3. august 2018, mens nærværende rapport var i finpudsningsfasen, hvorfor der her tages afsæt i det oprindelige program fra 2012).

Forløbsprogrammet stillede krav til de faglige kompetencer samt til en tværfaglig og tværsektoriel forståelse og tilgang til opgaveløsningen. Et af kardinalpunkterne i forløbsprogrammet 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 [3], men der var enighed om, at anvendelsen af et skema til afdækning af den enkelte patients behov, kombineret med en samtale, var hensigtsmæssig. De fem danske regioner udviklede som følge heraf hver sit redskab til behovsvurdering. I Region Hovedstaden udviklede man skemaet 'Støtte til livet med kræft'. Skemaet er udviklet over tre pilottest med bl.a. med spørgeskema, observationsstudie, individuelle- og fokusgruppeinterview med såvel tværfagligt, tværsektorielt personale som patienter og patientpaneler [4]. Den færdige udgave udkom i 2014 og var del af regionens implementeringsplan for forløbsprogrammet [5], som blev præsenteret for personalet i marts 2015. Skemaet er den kræftramtes eget forberedelsesskema og ikke en nødvendig forudsætning for at afholde en behovsvurderingssamtale; det skal ikke afleveres til personalet, og alene en konklusion på samtalen dokumenteres [5].

1.2 Baggrund

I det oprindelige forløbsprogram fra 2012 var anbefalingen, at behovsvurdering af kræftramte som minimum bør foretages i forbindelse med det initiale behandlingsforløb med status ved afslutningen af et behandlingsforløb samt ved ændringer i funktionsniveau og ved sektorovergange [2]. Det reviderede forløbsprogram holder fast i anbefalingen [6].

Region Hovedstaden har, på linje med de øvrige regioner, siden udgivelsen igangsat initiativer til implementering af forløbsprogrammet, herunder tværfaglig og tværsektoriel kompetenceudvikling, hvori kursus i brug af det regionale behovsvurderingsskema til sundhedsprofessionelle indgår. Kurset udbydes af regionens Center for HR.

Center for HR ønskede i samarbejde med REHPA at gennemføre en evaluering af de iværksatte kompetenceudviklingstiltags indflydelse på implementeringen af behovsvurdering i praksis - i overensstemmelse med anbefalingerne i *Rehabilitering og Palliation i forbindelse med kræft*. Evalueringen aktualiseredes af den netop udkomne revision af forløbsprogrammet, der ligesom det

oprindelige forløbsprogram lægger vægt på krav til kompetencer på tværs af sundhedssektorer samt fokusområder som ernæring, træning mv. inden for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft [2]. Det var derfor relevant at undersøge, i hvilken grad tidligere kompetenceudviklingstiltag, her specificeret til 3,5 times undervisning i brug af behovsvurderingsskemaet 'Støtte til livet med kræft', har bidraget til implementering af programmets anbefalinger.

1.2.1 Begrebsafklaring

Kræftramte

Idet aktører i primær sektor (almen praksis og kommunalt regi) og sekundær sektor (hospitalsregi) kan kollidere, og idet denne rapport omhandler behovsvurdering af mennesker med kræft i begge kontekster, frafaldes begreberne borger og patient og kobles i stedet til et fælles begreb: *kræftramte*. Således appliceres en term, som kan anvendes uanset regi.

Slutbrugeren

Slutbrugeren i kontekst af dette evalueringsprojekt er den kræftramte, som i sidste ende er slutbruger af behovsvurderingsskemaet 'Støtte til livet med kræft'.

'Støtte til livet med kræft' - behovsvurderingsskema

'Støtte til livet med kræft' er Region Hovedstadens behovsvurderingsskema og er omdrejningspunkt for behovsvurdering i regionen. Derfor omtales behovsvurderingsskemaet i flæng som 'Støtte til livet med kræft', 'behovsvurderingsskemaet' og 'skemaet'. Skemaet er præsenteret visuelt i bilag 1Bilag 1.

1.3 Formål

Det overordnede formål med evalueringen er at undersøge sammenhængen mellem det iværksatte kompetenceudviklingskursus og implementeringen af behovsvurdering i praksis i Region Hovedstaden. Formålet søges besvaret ud fra en række konkrete delspørgsmål listet nedenfor og samles op til sidst. Delspørgsmål og data til besvarelse af spørgsmålene fremgår af Tabel 1.

Tabel 1. Oversigt over evalueringsspørgsmål og datakilder til besvarelse af disse

Evaluerings spørgsmål	Data fra kortlægning af kræftrehabilitering (REHPA)	Data fra Region H, bl.a. fra Kursusportalen	Data fra kvalitativ undersøgelse
Hvordan anvendes behovsvurderingsskemaet på hospitaler og i kommuner i Region Hovedstaden?	X		X
Hvordan bruges skemaet af slutbrugeren?	X		X
Hvordan bidrager skemaet til brugerinddragelse?			X
Hvordan bidrager skemaet til tværsektorielt samarbejde?	X		X
Hvilke barrierer er der for at bruge skemaet?	X		X
Hvordan er kursus i behovsvurdering udbudt og gennemført?		X	
Hvem har deltaget i kursus om behovsvurdering?		X	
Hvad får kursusedtagerne med sig ved deltagelse på kompetenceudviklingskurset?			X
Hvilke eventuelle kompetenceudviklingstiltag eller andre tiltag behøves for at implementere behovsvurdering i praksis?			X

2 Metode

Dette evalueringsprojekt bygger på data med tre forskellige ophav. Et udsnit af kvantitative data fra en nyligt gennemført, national kortlægning af kræftrehabilitering i Danmark [1] og fra Region Hovedstadens kursusportal vedrørende deltagelse i kompetenceudviklingskursus i behovsvurdering af kræfttramte. Derudover kvalitative data indsamlet hovedsageligt ved fokusgruppeinterview, suppleret med tre individuelle interview med sundhedsprofessionelle i Region Hovedstaden.

2.1 Kvantitativ dataindsamling

2.1.1 Kortlægning af kræftrehabilitering i Danmark

I perioden december 2016 til juli 2017, kortlagde REHPA kræftrehabilitering på danske hospitaler og i danske kommuner med afsæt i Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer, opfølgingsprogrammer og faglig udvikling mere generelt, iværksat fra 2012-2015 i forlængelse af Kræftplan III. Der blev sendt elektroniske spørgeskemaer om praksis for rehabilitering og palliation til kræfttramte til 83 sengeafdelinger og ambulatorier, 52 terapiafdelinger og 98 kommuner, og det omfattede fire temaer: behovsvurdering, rehabiliteringsindsatser, tværfagligt samarbejde samt koordination og sammenhængende forløb. For hver enhed har én (evt. flere) repræsentant udfyldt spørgeskemaet på vegne af enheden. En uddybet metodebeskrivelse af dataindsamlingen kan ses i rapporten *Kræftrehabilitering i Danmark – Kortlægning af praksis på hospitaler og i kommuner* [1].

Udtræk af data vedrørende kurserne i behovsvurdering i Region Hovedstaden og praksis i forhold til behovsvurdering og tværfagligt samarbejde behandles i nærværende rapport deskriptivt. Responsrater for Region Hovedstaden kan aflæses i Tabel 3. For terapiafdelinger i Region Hovedstaden er der ikke gengivet tal i denne rapport ud over responsrate. I praksis er det på hospitalerne oftest sygeplejersker, der varetager opgaven med behovsvurdering, jf. tal fra kortlægningen [1]. Af samme årsag var det overvejende sygeplejersker der deltog i fokusgruppeinterviewene.

2.1.2 Deltageroplysninger fra Region Hovedstadens Kursusportal

Data fra Kursusportalen, indeholdende oplysninger om deltagere på kursus i *Behovsvurdering – Støtte til livet med kræft*, blev leveret af Center for HR, Region Hovedstaden i Excel ark. Data blev herfra koblet og renset og indlæst i SAS Enterprise Guide, hvorfra analyser og kodninger blev foretaget. Data blev behandlet anonymt og analyseret deskriptivt.

2.2 Kvalitativ dataindsamling

Deltagere i den kvalitative dataindsamling blev udvalgt ud fra oplysninger i Region Hovedstadens kursusportal. I kursusportalen fremgår, på hvilke afdelinger, kommuner eller andet sted kursisten er ansat på det tidspunkt, kurset gennemføres. Kursusleder Lise Bjerrum Thisted (LBT), Rigshospitalet, sørgede for kontakt til hospitalspersonale ved per e-mail at skrive til afdelingsledelser med information om evalueringsprojektet og behovet for deltagere til fokusgruppeinterviewene.

Projektkoordinator Bibi Charlotte Hansen (BCH), Region Hovedstaden sørgede for kontakt til kommunalt personale gennem direkte kontakt til kommunale kursusdeltagere via oplysninger, der var opgivet i kursusportalen (e-mail og/eller telefon) (se bilag 2).

Inklusionskriteriet for deltagelse i fokusgrupper var tidligere deltagelse i det udbudte kompetenceudviklingskursus, og fokusgrupper blev som udgangspunkt sammensat af ansatte i de samme planområder (se bilag 3) og sektorer, med hospitalspersonale og kommunalt personale i separate fokusgruppeinterview. Undtagelsen til denne regel var fokusgruppeinterview på Bornholm, hvor det vurderedes bedst gennemførligt med et samlet, tværsektorielt fokusgruppeinterview. I fokusgrupper med kommunalt personale søgtes variation i faggrupper.

I forbindelse med afholdelse af fokusgrupper var forskningsassistent Henriette Knold Rossau (HKR) moderator og BCH observatør på hospitalerne Nordsjællands Hospital (planområde Nord), Herlev Hospital (planområde Midt), Rigshospitalet (planområde Byen) og Bornholms Hospital (planområde Bornholm). Alle fokusgruppeinterview blev gennemført med anvendelse af semistruktureret interviewguide (bilag 4). Fokusgruppeinterview blev afholdt på hospitalerne i uforstyrret lokale, og der var afsat 1,5 time.

Idet det viste sig svært at få kommunalt personale til at deltage i fokusgrupper (se årsager til afslag i bilag 5) blev det besluttet, at tre individuelle interview skulle forfølges med deltagere fra de planområder, som ikke var repræsenteret i gennemførte fokusgruppeinterview (Midt, Syd og Byen). Kontakt til individuelle interviewdeltagere blev opnået via udførende interviewer (HKR), som kontaktede kommunalt personale telefonisk ud fra en liste over tidligere deltagere på behovsvurderingskurset i disse planområder. Udvælgelsen skete tilfældigt ud fra først opnået kontakt. De individuelle interview blev gennemført ansigt til ansigt på den enkelte interviewdeltagers arbejdsplads, og samme semistrukturerede interviewguide, som blev anvendt på hospitalerne, blev benyttet i tilpasset version.

Alle interview blev optaget og efterfølgende transskriberet meningskondenserende med citater udskrevet ad verbatim i tilfælde, hvor det bidrager til at underbygge ekstraktioner.

Meningskondensering indebærer, at de meninger, interviewpersonerne udtrykker, gives i kortere formulering, men hovedbetydningen af det sagte bibeholdes og omformuleres i få ord [7]. Analysen er gennemført som tematisering af datamaterialet med kodning i Nvivo 11 (se bilag 6). Af hensyn til anonymisering indgår ingen navne eller stednavne i rapporten. Ved citeringer angives blot faggruppe og sektortilhørsforhold.

2.3 Fortolkningsmæssigt udgangspunkt

Implementering forstås i denne rapport som den proces, der finder sted i sundhedsvæsenet for at overføre beslutningen om en bestemt intervention (i dette tilfælde behovsvurdering) til konkrete rutiner i sundhedspersonalets daglige arbejde [8]. Interventionen er således i denne kontekst behovsvurderingen af kræftramte ved brug af Region Hovedstadens eget udviklede

behovsvurderingsskema 'Støtte til livet med kræft' [5] og er nærværende rapportens omdrejningspunkt.

Overordnet relaterer implementeringsprocessen sig til en række faktorer vedrørende behovsvurderingens kompleksitet samt indre og ydre omstændigheder, som forklares yderligere i nedenstående afsnit om Consolidated Framework for Implementation Research.

2.3.1 Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)

Diskussionen i nærværende rapport rammesættes ud fra Damschroder *et al.*s Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) [8], som tager udgangspunkt i fem afgørende områder for implementering af komplekse interventioner: *interventionens karakteristika, indre omstændigheder, ydre omstændigheder, individkarakteristika* af personer, som skal udføre opgaverne, samt *processen* i implementeringen. Hvert område er defineret ud fra en række forhold, som hver især har afgørende betydning for udfaldet af implementeringsprocessen (Tabel 2). Forholdene vil i den faktiske implementeringsproces interagere, i særdeleshed fordi behovsvurderingen af kræftramte implementeres i et krydsfelt mellem sundhedsvæsenets forskellige aktører.

Damschroder *et al.* betoner, at idet CFIR er en overordnet typologi, bør de dele af modellen, som har relevans for det enkelte arbejde, udvælges [8]. Nærværende evalueringsprojekt betragter forhold i implementeringen af en national top-down udrullet praksis, hvorfor samtlige af de fem afgørende områder er relevante. Der vil dog være nogle af de overordnede områder, som fylder mere i evalueringen end andre. I Tabel 2 er de fem afgørende områder for implementering beskrevet overordnet.

Tabel 2 Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)

Interventionens karakteristika (Characteristics of Intervention)	Ydre omstændigheder (Outer Settings)	Indre omstændigheder (Inner Settings)	Individ karakteristika (Characteristics of individuals)	Implementeringsproces
Hvad opleves at være udbyttet af interventionen, hvilken form for viden og evidens understøtter interventionen, hvor kompleks er interventionen at gennemføre og i hvor høj grad kan den tilpasses de lokale forhold?	Ydre politikker, økonomi, sociale kontekst med mere. Dækker desuden de vilkår, der generelt gør sig gældende for patienterne og dermed hvilke behov patienterne opleves at have.	De vilkår og rammer som gør sig gældende i den organisation hvor interventionen implementeres. Herunder implementerings klima, prioritering og implementeringsparathed	Individens: - viden om og holdning til interventionen, - tro på egen evne til at udføre implementeringen, - engagement og entusiasme imod vedvarende brug af interventionen, - identifikation med organisationen	Succesfuld implementering kræver en proaktiv strategi og proces for ændringer, for at sikre individuelle og organisatoriske ændringer. Processen omfatter strategier for planlægning, involvering, udførelse og evaluering.

Kilde: Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, et al. 2009 [8], tilpasset med inspiration fra Lehn et al. 2014 [9]

2.3.2 Ethiske overvejelser

Alle informanter i undersøgelsen er forespurgt om deltagelse og fremtræder anonyme. Ved alle interview blev der indsamlet samtykkeerklæringer, og der blev givet information om projektet både mundtligt og skriftlig (se bilag 7). Ligeledes blev alle deltagere oplyst om frivillighed samt mulighed for at trække sit samtykke tilbage. Alle deltagende afdelinger/kommuner blev ved invitation til deltagelse tilbudt økonomisk kompensation for tabt arbejdstid.

3 Resultater

3.1 Materiale

3.1.1 Data fra kortlægningen af kræftrehabilitering i Danmark

Specifikke data for Region Hovedstaden blev udtrukket af det samlede datamateriale fra kortlægning af kræftrehabilitering i Danmark [1]. I kortlægningen blev 28 sengeafdelinger og ambulatorier i Region Hovedstaden inviteret til at deltage, og 20 (71%) gennemførte. Ligeledes blev 17 terapiafdelinger inviteret til at deltage, hvoraf 9 (53%) gennemførte, og ud af de i alt 29 kommuner i Region Hovedstaden gennemførte 28 (97%) kortlægningen (Tabel 3).

Tabel 3. Oversigt over svarprocent for henholdsvis sengeafdelinger og ambulatorier, terapiafdelinger, samt kommuner i Region Hovedstaden

	Gennemført antal	Antal i alt	Svarprocent %
Sengeafdelinger og ambulatorier	20	28	71
Terapiafdelinger	9	17	53
Kommuner	28	29	97

3.1.2 Data fra Kursusportalen (Region Hovedstaden)

Data fra Kursusportalen på deltagere i perioden august 2015 til september 2017 blev koblet og dubletter fjernet, hvilket efterlod i alt 677 deltagere fordelt over perioden. Deltagernes stillingsprofiler kan ses i bilag 8.

Kompetenceudviklingskurser afholdt fra 2015-2016 blev udbudt til hospitalsafdelinger i Region Hovedstaden og havde fokus på behovsvurdering og det intersektorielle samarbejde. Fra 2017 og frem blev kurserne udbudt tværsektorielt (dvs. både hospitaler, kommuner og almen praksis) med afsæt i regionens planområder.

3.1.3 Data fra fokusgrupper og interview

Der blev afholdt fem fokusgrupper med 3-8 deltagere i hver og i alt 25 deltagere. Pga. misforståelser i rekrutteringskæden havde tre deltagere fra hospitalsregi ikke deltaget på kurset, mens én deltager ikke huskede deltagelse. Udover fokusgrupperne blev tre individuelle interview afholdt, i alt summet op til 28 deltagere i den kvalitative dataindsamling.

3.2 Resultater: Besvarelse af evalueringsspørgsmål

De første fem underkapitler i dette resultat afsnit behandler data for selve behovsvurderingen og forberedelsesskemaet 'Støtte til livet med kræft', både i forhold til praktisk anvendelse af skemaet, slutbrugeren, brugerinddragelse, tværsektorielt samarbejde og barrierer for anvendelse af skemaet. De efterfølgende tre afsnit omhandler Region Hovedstadens kompetenceudviklingskursus, en beskrivelse af kurset, hvem der har deltaget, og hvad deltagerne får med sig fra kurset. Til slut fremgår resultaterne for, hvilke andre tiltag der efter informanternes vurdering kan styrke den fremtidige implementering af behovsvurdering i praksis.

3.2.1 Hvordan anvendes behovsvurderingsskemaet på hospitaler og i kommuner i Region Hovedstaden?

Opsummering af fund:

- Halvdelen af hospitalsafdelingerne i Region Hovedstaden *tilbyder* behovsvurdering til alle eller over halvdelen af de kræftramte, mens 60% anslår at alle eller over halvdelen af de kræftramte *tager imod* tilbuddet om behovsvurdering
- Alle kommuner gennemfører systematisk behovsvurdering forud for rehabiliteringsforløb
- 90% af hospitalsafdelingerne og 75% af kommunerne anvender 'Støtte til livet med kræft' til behovsvurdering. De hyppigste handlinger efter gennemført behovsvurdering er kontakt til kommunen via REF01 eller korrespondancemeddelelse og kontakt til kommunen via genoptræningsplan
- Sundhedsprofessionelle er uenige om gavnigheden af at anvende et skema til behovsvurdering af kræftramte. Mange gennemfører vurdering af behov enten ved den sygeplejefaglige samtale, eller ved anvendelse af andre skemaer; andre er glade for skemaet og finder, at den struktur anvendelse af skemaet tilvejebringer virker tidsbesparende og relevant

Til at besvare spørgsmålet om, hvordan behovsvurderingsskemaet 'Støtte til livet med kræft' anvendes i Region Hovedstaden, anvendes dels kvantitative data fra kortlægningen, dels kvalitative data fra fokusgrupper og interview.

Kvantitative data vedr. anvendelse af behovsvurderingsskemaet 'Støtte til livet med kræft'

Sengeafdelinger og ambulatorier

Tabel 4 nedenfor viser sengeafdelinger og ambulatorier i Region Hovedstadens skøn af, hvor mange kræftramte, som henholdsvis tilbydes behovsvurdering og tager imod behovsvurdering.

Tabel 4. Hvor mange patienter anslår du henholdsvis tilbydes behovsvurdering, henholdsvis tager imod tilbud om behovsvurdering (sengeafdelinger og ambulatorier)

	Anslået antal patienter, som <i>tilbydes</i> behovsvurdering (sengeafdelinger og ambulatorier) N (%)	Anslået antal patienter, som <i>tager imod</i> tilbud om behovsvurdering (sengeafdelinger og ambulatorier) N (%)
N=20		
Alle patienter	3 (15)	1 (5)
Ikke alle, men over halvdelen	7 (35)	11 (55)
Under halvdelen	8 (40)	4 (20)
Ved ikke	2 (10)	4 (20)

Af Tabel 4 kan læses, at halvdelen (n=10, 50%) af afdelingerne tilbyder *over halvdelen* eller *alle* kræftramte behovsvurdering. Ligeledes fremgår det, at 60% (n=12) afdelinger anslår, at *alle* eller *over halvdelen* af de kræftramte tager imod tilbuddet. Fire ud af 20 afdelinger svarer *ved ikke* til spørgsmålet om, hvor mange kræftramte, det anslås, tager imod tilbuddet.

Tabel 5. Hvilket redskab anvender I til systematisk behovsvurdering? (sengeafdelinger og ambulatorier)

	N (%)
Antal besvarelser n=20	
Vi anvender det skema til behovsvurdering, der er udarbejdet i det regionale samarbejde	18 (90)
Vi anvender et andet skema	-
Rehabiliteringssamtale	2 (10)
Andet*	1 (5)
Ved ikke	1 (5)

* Andet: 1) afdelingens eget skema til opfølgning

Af Tabel 5 fremgår det, at hovedparten af hospitalsafdelingerne i Region Hovedstaden anvender 'Støtte til livet med kræft' til den systematiske behovsvurdering. Ingen afdelinger bruger andre skemaer, men to ud af 20 angiver at benytte en rehabiliteringssamtale.

Tabel 6. Hvor ofte gennemføres følgende handlinger på baggrund af behovsvurderingen efter din vurdering? (Sengeafdelinger og ambulatorier)

	Altid eller ofte Antal (%*)	Sjældent eller aldrig Antal (%)	Ved ikke Antal (%)
Antal besvarelser=20			
Henvisning til rehabiliterende (og evt. palliative) tilbud på hospitalet	11 (55)	7 (35)	2 (10)
Kontakt til praktiserende læge	3 (15)	12 (60)	5 (25)
Kontakt til kommunen via REF01 eller korrespondance-meddelelse	16 (80)	1 (5)	3 (15)
Kontakt til kommunen via genoptræningsplan	16 (80)	1 (5)	3 (15)
Indarbejdes i patientens rehabiliteringsplan el. lign	2 (10)	9 (45)	9 (45)
Gives til patienten og er patientens eget redskab	10 (50)	4 (20)	6 (30)
Andet (n=15)	1 (5)	1 (5)	13 (65)

* Angivne procenter er rækkeprocenter, dvs. hver række indeholder 100%

Handlinger, der gennemføres ud fra behovsvurdering på hospitalet, præsenteres i Tabel 6. De hyppigste er *kontakt til kommunen via REF01 eller korrespondancemeddelelse* og *kontakt til kommunen via genoptræningsplan*, som hver angives af 80% (n=16) af afdelingerne at blive gennemført *altid eller ofte* efter en behovsvurdering. Godt halvdelen (n=11, 55%) henviser *altid eller ofte* til tilbud på hospitalet, og halvdelen af afdelingerne (n=10, 50%) giver *altid eller ofte* behovsvurderingen til den kræftramte som dennes eget redskab. Over halvdelen (n=12, 60%) kontakter *sjældent eller aldrig* praktiserende læge.

Kommuner

I de følgende tabeller præsenteres tal for kommunernes anvendelse af det regionale behovsvurderingsskema 'Støtte til livet med kræft' [5].

Tabel 7. Anvender I det regionale behovsvurderingsskema? (kommuner)

Antal besvarelser N=28	N (%)
Ja, vi anvender skemaet som ramme for vores indledende kontakt	21 (75)
Ja, vi anvender det udfyldte skema, patienterne har med fra hospitalet, ved vores indledende kontakt med borgeren	-
Nej, vi bruger andre skemaer/redskaber	2 (7)
Nej, vi anvender ikke skemaer/redskaber	1 (4)
Andet*	4 (14)
Ved ikke	-

* Andet: 1) Kræftkoordinator anvender funktionsvurderingsskema; 2) Sygeplejefaglig udredning; 3) Vi udsender skemaet til forberedelse inden opstart på forløbsprogram; 4) Ja det anvendes, men ikke systematisk.

Tabel 7 peger på, at hovedparten af kommunerne i Region Hovedstaden (n=21, 75%) anvender 'Støtte til livet med kræft' som ramme for den indledende kontakt med de kræftramte. To kommuner angiver at bruge andre skemaer, mens én kommune angiver ikke at bruge et skema.

Kommunerne er adspurgt, om de indledningsvis systematisk gennemfører en samtale med den kræftramte. Spørgsmålet svarer til spørgsmålet om behovsvurdering af kræftramte i hospitalsregi, dog uden at 'behovsvurdering' her specifikt kobles til anvendelse af redskabet 'Støtte til livet med kræft'.

Tabel 8. Kommunens indledende kontakt med borgeren. Gennemfører I en systematiseret samtale fx om borgerens funktionsevne, hverdag og evt. mål, der kan ligge til grund for rehabilitering?

	N (%)
N=28	
Ja, med alle borgere	24 (86)
Ja, for udvalgte borgere	4 (14)
Ja, med borgere uden henvisning fra hospitalet	-
Nej, ikke med nogen borgere	-
Ved ikke	-
Andet	-

Som det ses af Tabel 8, gennemfører alle 28 besvarende kommuner i Region Hovedstaden en indledende samtale, svarende til en behovsvurdering, med den kræftramte. Hovedparten af de adspurgte kommuner angiver, at de sundhedsprofessionelle gennemfører samtalen med alle borgere (n=24, 86%), mens et fåtal (n=4) af kommunerne angiver, at de sundhedsprofessionelle gennemfører en sådan samtale med udvalgte borgere.

Tabel 9. Har du kendskab til det regionale behovsvurderingsskema, der anvendes til systematisk behovsvurdering i jeres region?

	N (%)
N=28	
Ja	27 (96)
Nej	1 (4)
Ved ikke	-

Én af kommunerne i Region Hovedstaden angiver i kortlægningen ikke at kende til 'Støtte til livet med kræft' (Tabel 9), hvorimod de resterende, besvarende kommuner kender til skemaet (n=27, 96%).

Kvalitative data vedr. anvendelse af behovsvurderingsskemaet 'Støtte til livet med kræft'

Udsagn fra fokusgrupper og interview med sundhedsprofessionelle i Region Hovedstaden røber stor variation i forhold til, hvordan 'Støtte til livet med kræft' anvendes på hospitaler og i kommuner. En gruppe af sundhedsprofessionelle fordelt over hele regionen anvender skemaet med succes og oplever fordele såsom, at det er tidsbesparende, går mere til sagen og kan belyse udfordringer for den kræftramte, som den sundhedsprofessionelle ikke ville have fået øje på uden skemaets hjælp.

Jeg udleverer det og siger, om de vil udfylde det til næste gang, og så har vi et udgangspunkt til at snakke om tingene. Man bliver mere præcis på tingene, og jeg synes faktisk, det kan spare tid en gang i mellem. (Hjemmesygeplejerske, kommune)

Jeg synes i hvert fald, at de behovssamtaler, jeg har holdt, det gør det mere overskueligt, når de har udfyldt dette her, frem for at jeg skal sidde og spørge mig ind til alt muligt. (Sygeplejerske, hospital)

Det synes at være en tendens, at hospitalsafdelinger, hvor udførelsen af behovsvurderingen enten ikke opleves succesfuld, fx fordi de kræftramte ikke medbringer skemaet til samtalerne, eller hvor der er modstand på opgaven blandt personalet (berøres i afsnit 3.2.5 om barrierer), ikke ender med en succesfuld implementering af behovsvurdering. Her bliver det enten helt forkastet, eller behovsvurderingen baseres på et fagligt skøn af, hvilke kræftramte der skal have skemaet og hvornår. Andre beskrivelser omfatter, at man på afdelinger, hvor patienterne i de fleste tilfælde klarer sig godt (fx elektiv kirurgi uden bivirkninger og efterfølgende medicinsk behandling) ikke ser mening i at gennemføre behovsvurdering. Her beskrives opgaven som ressourcespild, både for personalet og de kræftramte.

Det er mange ressourcer [der bruges på behovsvurdering]. Nu skal vi så trække data på et tidspunkt, og så må vi så se, om det er unødvendigt for de helt tynde melanomer, om det er de lidt tykkere vi skal tage [...]. Det er noget vi ligesom skal finde ud af, fordi vi faktisk implementerede det i november, så fra november har vi kørt med det. Det kører fint, men jeg tænker, at vores tid kunne bruges anderledes. (Sygeplejerske, hospital)

En del informanter beskriver desuden en lang søgen efter den rette måde at bruge 'Støtte til livet med kræft' på. Blandt de deltagere, som arbejder med meget dårlige kræftramte og palliation fortæller de fleste, at deres enheder har valgt at benytte andre skemaer til behovsvurderingen. Det lader til, at man flere steder har forsøgt med anvendelse af 'Støtte til livet med kræft', men ikke er lykkedes med det eller har vurderet skemaet for ressourcekrævende for målgruppen. Således anvendes i stedet andre kendte metoder/skemaer, fx EORTC eller samtalen ud fra det sygeplejefaglige skøn. I den forbindelse må det påpeges, at man i Region Hovedstaden har aftalt, at de specialiserede palliative enheder skal anvende EORTC-PAL til behovsvurdering, jf. aftale i Dansk Selskab for Palliation og den regionale implementeringsplan for Region Hovedstaden [5].

En deltager angiver, at man i deres tværkommunale samarbejde anvender en skabelon for den indledende samtale, som kommer omkring de samme emner som 'Støtte til livet med kræft', hvorfor

det førstnævnte anvendes. En anden deltager beskriver, at selvom ideen med behovsvurderingsskemaet er god, bliver udleveringen af det blot endnu et spørgeskema i bunken af mange, som kun en særlig type kræftramte vil benytte sig af.

For dem, som er allerdårligst, er det måske mere om at overleve og komme videre end om at overskue at skulle gå igennem [et skema] (Sygeplejerske, hospital)

Mange af de ting, er ting vi spørger dem om i forvejen, så det blev ligesom bare et ekstrapapir, som røg med hjem i skuffen. Det bliver ikke rigtig brugt længere. (Sygeplejerske, hospital)

Ved opfattelsen af, at udleveringen af behovsvurderingsskemaet er unødvendig for de kræftramte, igangsættes gradvist en bevægelse væk fra den systematiske brug af 'Støtte til livet med kræft'. Dette kan fx afhænge af, at den sundhedsprofessionelle vurderer det belastende for de kræftramte at få endnu et papir at forholde sig til eller at timingen for behovsvurderingen ikke er rigtig.

Jeg er stor modstander af alle de skemaer, fordi jeg ved bare, at specielt denne her gruppe [kræftpatienter] kan ikke overskue dem. (Fysioterapeut, kommune)

[...] Så derfor tror jeg heller ikke det er bedst at aflevere det fra starten, den skal afleveres senere hen i forløbet, eller hvis der er en forandring. (Sygeplejerske, hospital)

Nogle steder er systematisk brug af skemaet blevet indarbejdet i de daglige rutiner, men mange peger på det udfordrende arbejde med at finde en god model for, hvordan skemaet kan benyttes på en meningsfuld måde for både den kræftramte og de sundhedsprofessionelle. Eksempler er fx en hospitalsafdeling, hvor man har indarbejdet en rutine med udlevering af 'Støtte til livet med kræft' ved udskrivelse fra sengeafdelingen eller udlevering ved besøg i ambulatoriet. I tilfælde hvor den kræftramte ikke har medbragt skemaet udleveres et nyt med en anvisning om at bruge 10 minutter på at løbe skemaet igennem. Men implementeringen af opgaven er tilsyneladende svær, og selv steder hvor en god implementering af opgaven er lykkedes, italesættes fortsat behov for en kontinuerlig påmindelse om opgaven.

3.2.2 Hvordan bruges skemaet af slutbrugeren?

Opsummering af fund:

- Skemaet kan fremme kræftramtes opmærksomhed på særlige problemområder
- Der er uenighed om, hvorvidt kræftramte med komplekse behov og/eller sårbarhed kan bruge skemaet
- Timing er vigtig: nogle kræftramte kan have svært ved at tage stilling til behovsvurderingen initialt i behandlingsforløbet
- Kræftramte forstår ikke altid meningen med behovsvurderingen og kan glemme at medbringe skemaet både til behovssamtalen og videre i forløbet
- Kræftramte kan opleve 'Støtte til livet med kræft' som krævende

Til besvarelse af dette evalueringsspørgsmål bruges kvalitative data fra fokusgrupperne med sundhedsprofessionelle i Region Hovedstaden. Det betyder, at alle data er andenhåndsberetninger og derfor ikke udsagn fra de kræftramte (slutbrugerne) selv.

En stor del af de sundhedsprofessionelle i den kvalitative undersøgelse peger på, at de kræftramte ikke altid forstår meningen med behovsvurderingen. De indikerer, at skemaet - for at få den kræftramte til at se formålet med behovsvurderingen - skal 'sælges' virkelig godt. Det påpeges, at de kræftramte hellere vil samtale, og alt fra ressourcestærke ældre til yngre med små børn oplever skemaet som krævende, da der er mange emner at forholde sig til. Én deltager påpeger, at hun har udviklet sin egen 'salgsmetode' til at få de kræftramte til at gå ind i samtalen om behovsvurdering:

Når jeg så udleverer det [skemaet], så har jeg sådan en taktik med at negligere det lidt og sige på sådan en måde: 'det er ikke sådan et skema vi skal gennemgå, jeg lægger det her i mappen, kig på det, for så kan du se, hvad jeg måske spørger om, og så kan du forberede dig', sådan så jeg ikke siger: 'nu har du krydset af til næste gang, og så går vi igennem hvor der står ja og nej' (Hjemmesygeplejerske, kommune)

Ifølge de sundhedsprofessionelles beskrivelser udfordres behovsvurderingen af, at de kræftramte glemmer skemaet, når de kommer til samtaler. Det gælder både i hospitals- og kommunalt regi samt ved sektorovergange.

Det er forskelligt, om patienterne husker det eller ej. Det er svært at finde det mest optimale tidspunkt at udlevere skemaet på, så det ikke forsvinder i informationsmængden. (Sygeplejerske, hospital)

I sammenhæng hermed er der blandt de sundhedsprofessionelle forskelle på opfattelsen af, om man formår at fange de kræftramte, som reelt har udækkede behov. Nogle mener, at kræftramte, som har stort behov for hjælp, i højere grad får udfyldt skemaet end dem med færre behov.

Dem, som har meget [behov for hjælp], de har som regel udfyldt det skema, og hvis der ikke er så meget, så gør vi nogle gange det, at vi udleverer det og siger: 'sid lige 10 minutter og kig på det og lad dig inspirere lidt', og så kan man sagtens holde samtalen alligevel ud fra det der [skemaet], ikk? (Sygeplejerske, hospital)

Patienter, som ikke har så mange behov, er tit dem, der glemmer det, dem med mange behov har det med og nøje udfyldt det. Man kan altid finde noget, der er behov for ved at bruge bagsiden. De svære patienter har det altid fyldt ud. (Sygeplejerske, hospital)

Omvendt mener andre, at socialt udsatte kræftramte eller kræftramte med få ressourcer ikke kan overskue skemaet, som mønstrer adskillige afkrydsningsbokse på side 1 og fritekstfelter på side 2 (se bilag 1).

Dem, der er sårbare, de kommer ikke til at bruge det skema. (Sygeplejerske, kommune)

Hvis man ikke har så mange ressourcer, så lægger man det væk. Det er for overvældende. Her [s. 2] skal jeg ligefrem selv finde på, hvad jeg skal skrive, ej det orker jeg simpelthen ikke. (Sygeplejerske, hospital)

Derudover er der forskel på informanternes beretninger om, hvorvidt kræftramte synes om at bruge skemaer som 'Støtte til livet med kræft'. Nogle typer kræftramte er angiveligt glade for 'endnu' et skema, mens andre ikke ser formålet. Flere deltagere peger dog på, at skemaet kan være en hjælp for de kræftramte til at få sat ord på egne udækkede behov og derved gøre de sundhedsprofessionelle opmærksomme på, hvad der er på spil.

Idet patienterne får skemaet ud, oplever jeg også, at der er nogle områder de bliver opmærksomme på, det er lovligt at tale om. De bliver bevidste om, 'hov det kan også være noget jeg kan få hjælp til...' På den måde synes jeg, at skemaet er et super godt værktøj og også især noget der handler om, hvordan de egentlig har det i det hele taget, man kan skematisere på belastningstermometeret også. Det er enormt godt, at det kommer fra dem selv af. Fordi to ens patienter, næsten, hvis man kan sige de har den samme diagnose og samme alder, kan opleve situationen enormt forskelligt, og det bliver mere synligt synes jeg. (Sygeplejerske, kommune)

Det bliver meget mere patientens perspektiv. Man kan opdage, hvad patientens største problem er – uden at det bliver vores gæt ud fra symptomscore. (Sygeplejerske, hospital)

De kræftramte er ifølge de sundhedsprofessionelle nærmest opfostret med, at alle skemaer eller lignende, som udleveres på hospitalet, skal afleveres til personalet igen. De skal vænne sig til, at 'Støtte til livet med kræft' er deres eget redskab og vænne sig til et skema, som ikke skal afleveres.

Nogle gange tror patienterne, de skal aflevere det, de er så vant til, at de skal aflevere alt afkrydsnings... til os. Hvis de synes, det er for svært, tager jeg udgangspunkt i barometeret. Det kan være svært at læse og tage stilling til [skemaet] – der er meget [at forholde sig til]. (Sygeplejerske, hospital)

Samtidig oplever flere deltagere, at de kræftramte ved brug af skemaet hjælpes til at identificere områder, som volder problemer.

Men når man så giver dem skemaet, så synes jeg der kommer noget frem, som der ellers ikke kom frem. Altså, at nogen... det får i hvert fald sat nogle tanker i gang hos dem, at de tænker, nå ja, men jeg er måske også lidt bange for at skulle gå den sidste tid inden jeg skal dø og sådan nogle ting. Så der synes jeg faktisk det virker meget godt. (Sygeplejerske, hospital)

Mange patienter kommer uden, at de har udfyldt skemaet, men har kigget på det og derved er mere bevidste om, hvilke problemer de synes, de har lyst til at tale om. Det kan være grænseoverskridende for nogle patienter at udfylde skemaet og komme med det. Fordi tingene nok bliver synlige. (Sygeplejerske, hospital)

Timing af behovsvurderingen er også afgørende for, om de kræftramte kan deltage på en god måde i en samtale om deres behov. Mange af elementerne i skemaet er irrelevante for de kræftramte i

begyndelsen af sygdomsforløbet, fordi de endnu ikke har oplevet funktionstab eller bivirkninger, ligesom kræftramte, der ikke føler sig syge eller kommer igennem et længerevarende behandlingsforløb, ikke forstår meningen i behovsvurderingen.

*Lige når man får en kræftdiagnose bliver man slået fuldstændig ud [...] Det kommer i baggrunden, sådan et skema her, det der kommer i forgrunden er 'hvordan overlever jeg dette her?'.
(Sygeplejerske, hospital)*

Flere patienter har måske slet ikke nået at være hjemme inden de har den første samtale – derfor har de svært ved at forholde sig til de meget praktiske behov. (Sygeplejerske, hospital)

På samme måde, kan timing i den anden ende af forløbet også være en hindring, vurderer nogle informanter. Det afkræftes dog af én informant, som har opdaget, at det handler om, hvor man lægger fokus.

Jeg har været bange for at tage det op med patienter, som har været allerdårligst, som er døde inden for en uge. Bange for om de ville tage det ilde op, men det har de ikke gjort. Så har det bare været fokus på de bitte-bitte-små ting, pårørende kan også få værktøjer til at hjælpe. (Hjemmesygeplejerske, kommune)

Kræftramte kan have barrierer for behovsvurderingen, som man bør være opmærksom på. Fx nævnes det, at man ved behovsvurderingen skal huske at orientere de kræftramte om, at der ved henvisning til rehabilitering i kommunen ikke oprettes en sag. Socialt belastede grupper af kræftramte, som måske allerede har kontakter i kommunalt regi, kan stejle blot ved at høre, at det er kommunen, de skal rehabiliteres ved.

De tror, det er kommunekontoret de kommer ind på, men det er det slet ikke. Det er vigtigt at få formidlet til patienterne. (Sygeplejerske, hospital)

3.2.3 Hvordan bidrager skemaet til brugerinddragelse?

Opsummering af fund:

- Der er stor variation i opfattelsen af om 'Støtte til livet med kræft' (og til dels behovsvurdering) bidrager til øget brugerinddragelse eller om det blot bevirker en mere formaliseret samtale med den kræftramte, end den almindelige sygeplejefaglige samtale
- Brugerinddragelsen er direkte afhængig af den sundhedsprofessionelles kompetencer eller oplevelse af samme ift. afholdelse af den svære samtale

Til besvarelse af dette evalueringsspørgsmål anvendes kvalitative data fra fokusgrupper. Behovsvurderingssamtalen har ifølge flere sundhedsprofessionelle fokus på den kræftramte og dennes livsverden og på, hvad de oplever af udfordringer efter diagnosen. Samtalen er meget specificeret, og man har tid til at fokusere på behovene. Det er de omstændigheder, der gør, at en behovsvurderingssamtale adskiller sig fra en almindelig, sygeplejefaglig samtale.

Det [skemaet] er også godt at støtte sig op ad, hvis det er svært at få samtalen i gang, så er det meget godt at sige: 'jeg kan se du har sat kryds i...'. Bagsiden er også et godt redskab, som lægger op til lidt mere løs snak. (Sygeplejerske, hospital)

Jeg plejer også at sige til patienterne, at: 'det er jo ikke et must, at der skal være krydset af i alle de der, det er jo som inspiration til, at vi holder en samtale om, hvad du har lyst til at tale om', ikk? (Sygeplejerske, hospital)

Brugerinddragelse under behovsvurderingsopgaven synes betinget af den professionelles kompetencer og faglige selvtilid. Side 2 af skemaet med de åbne spørgsmål og barometeret opleves af nogle informanter svært at tale om pga. den potentielt alvorlige samtale, man begiver sig ud i. Det betyder, at den sundhedsprofessionelle kan opleve at bevæge sig ud på usikker grund. Nogle informanter italesætter, at de svære samtaler stiller krav til den professionelles menneskelige kompetencer og er afhængige af, at den professionelle tør at tale om de svære ting. Hvis man ikke føler sig klædt på til det, kan det medføre, at man holder sig til at tale om symptomer, da det er et mere sikkert emne at adressere i forhold til de kliniske, sygeplejefaglige kompetencer.

Man skal turde være til stede, man skal turde rumme, man skal også have et fundament inden for kommunikation, som gør, at man kan begå sig med sådan noget her [det svære], og hvis man dybest set ikke føler sig klædt på til det, så er det jo, at man kigger på en nefrostomi eller såret. (Sygeplejerske, kommune)

Andre oplever netop barometeret og de åbne spørgsmål på side 2 af skemaet som særligt brugbare og befordrende for brugerinddragelse.

Bagsiden på 'Støtte til livet med kræft' er god. (Sygeplejerske, hospital)

Tit kan patienterne sige, at der ikke er noget. Når man så bruger bagsiden, kan man få en god samtale med nogle gode ting der kommer frem. (Sygeplejerske, hospital)

De fokusgruppedeltagere, som ser mening i behovsvurdering og har oplevet, at det har bidraget med noget ud over den almindelige sygeplejefaglige samtale, synes at vurdere, at brugerinddragelse højnes med 'Støtte til livet med kræft'.

Jeg tænker det [skemaet] kan rigtig meget i de rigtige hænder på det rigtige tidspunkt. [...] Det kan komme omkring tænker jeg, nogle ting som de måske lever med, men ikke rigtig får udtrykt eller bliver bevidstgjort om eller går med selv og ikke rigtig får fortalt til deres partner. Jeg tænker, det er et rigtig godt redskab at sidde med sin partne, eller børn eller dem, der er nærmest én, og faktisk snakke: 'hvordan har jeg det, og hvordan oplever du det, og hvordan har vi det i familien?' og få vendt alle de her ting. Det var det, der gjorde, at jeg tænkte, 'hold da op, det er et godt redskab til at man faktisk får snakket om de svære ting ud fra noget der ligesom hjælper én.' (Fysioterapeut, kommune)

Men som beskrevet i afsnittet ovenfor, påpeges det, at der er nogle kræftramte, man ikke får fat på og derved ikke får inddraget i egen behandling. Her peges der på, at der måske skal noget andet til.

Ja, det er måske i hvert fald dem, som har nogle barrierer i forhold til dels måske at erkende... [...] Som i virkeligheden sidder og kæmper rigtig, rigtig meget, der er mange, som er rigtig gode til at sætte ord på, højt og lavt

og vidt og bredt. De klarer sig jo. Men de andre som burer sig inde, ikk'? Der vil den [skemaet] måske kunne bruges i en tilpasset form, som bliver lavet i samarbejde med en professionel, så man bliver hjulpet undervejs. (Sygeplejerske, kommune)

Én informant påpeger, at behovsvurderingen på vedkommendes afdeling mest har handlet om lavpraktiske forhold som fx ernæring. Det kan være et udslag af, at behovsvurderingen ligger tidligt i forløbet, hvor det er rent praktiske forhold, som fylder for den kræftramte. Andre kræftramte er så dårlige (palliative), at de sundhedsprofessionelle vurderer, at 'Støtte til livet med kræft' er for omfattende, og at andre skemaer i højere grad vil bibringe brugerinddragelse for denne målgruppe.

Mine borgere er meget dårlige og har kort tid tilbage. De har svært ved at finde en mening med det. De er så dårlige, at de ikke har mulighed for at udfylde det. Til den allersidste fase passer EORTC skema bedre. (Hjemmesygeplejerske, kommune)

Nogle deltagere peger på, at skemaet blot skematiserer emner, som erfarne sundhedsprofessionelle i forvejen berører i samtaler med kræftramte. Det fremhæves dog også, at skemaet dermed har gang på jord, fordi det hjælper uerfarne sundhedsprofessionelle til at have en patientcentreret samtale.

Jeg synes jo, når de [de kræftramte] sidder med et skema, så synes jeg, at de i højere grad er styrende for, hvad vi snakker om, end som når de ikke har et skema, fordi der er det ligesom mig, der tænker: 'nå men disse ting skal jeg ind over', og jeg gætter jo deres problemer. Når de har dette her, og de ligesom har kropslugt kradset ind, så tænker jeg: 'okay, det kan godt være, at jeg skal snakke lidt om kropslugt her, ikk'?' (Sygeplejerske, hospital)

Brugerinddragelsen bliver dermed tydelig, når det lykkes at få øje på udfordringer, som man ikke kan se med det blotte øje. Det gælder uanset, om de kræftramte har udfyldt skemaet eller blot har brugt det som udgangspunkt for samtalen.

Jeg har kørt det aktivt i mere end halvandet år, hvor vi har kørt fuldstændig systematisk, og jeg synes jo, altså arbejdet med skemaet, altså den store forskel, det er ikke så meget skemaet, det er det, at de har gjort et forarbejde til samtalen, altså, det er jo det. Det er det, der giver effekten i samtalerne, det er, at de har tænkt nogle tanker hjemmefra, og om de så har udfyldt det eller ej... Men det, at de har tænkt det igennem og ligesom... Det er forberedelsen, det er forberedelsen til samtalen, der gør, at du kan nå lidt videre omkring i samtalen, end hvis du starter fuldstændig fra scratch. (Sygeplejerske, hospital)

3.2.4 Hvordan bidrager skemaet til tværsektorielt samarbejde?

Opsummering af fund:

- Over halvdelen af hospitalerne i Region Hovedstaden oplever mulighederne for koordinerede og sammenhængende tværsektorielle rehabiliteringsforløb som helt eller delvist tilstrækkelige, hvorimod over halvdelen af kommunerne i Region Hovedstaden oplever disse muligheder som helt eller delvist utilstrækkelige
- Informanter i den kvalitative undersøgelse peger stort set alle sammen på, at det tværsektorielle samarbejde er problematisk – med eller uden skema. Hospitalsansatte sundhedsprofessionelle kan mangle tillid til kommunernes mulighed for at understøtte de kræftramte med de rette tilbud, mens de kommunalt ansatte sundhedsprofessionelle oplever det svært at trænge igennem til hospitalerne og få de rette slags henvisninger

Dette spørgsmål besvares både med kvantitative data fra kortlægningen [1] om oplevelse af muligheder for koordinerede og sammenhængende, tværsektorielle rehabiliteringsforløb og med kvalitative data om oplevelser af det tværsektorielle samarbejde og evt. hvad der kan forbedre dette.

Kvantitative data vedr. skemaets bidrag til tværsektorielt samarbejde

Tabel 10 giver et overblik over, hvordan sundhedsprofessionelle ansat på hospitaler og i kommuner oplever mulighederne for koordinerede og sammenhængende tværsektorielle rehabiliteringsforløb i Region Hovedstaden.

Tabel 10. Hvordan oplever du mulighederne for koordinerede og sammenhængende tværsektorielle rehabiliteringsforløb – data for Region Hovedstaden

	Helt eller delvist tilstrækkelige Antal (%)	Helt eller delvist utilstrækkelige Antal (%)	Ved ikke Antal (%)
Sengeafdelinger og ambulatorier* (n=15)	10 (67)	3 (20)	2 (13)
Kommuner ift. hospital (n=28)	11 (39)	16 (57)	1 (4)
Kommuner ift. almen praksis (n=28)	19 (68)	8 (29)	1 (4)

* Hospitalerne er spurgt til muligheder for koordinerede og sammenhængende tværsektorielle rehabiliteringsforløb med primær sektor samlet (dvs. både kommuner og almen praksis)

Af tabellen fremgår det, at sengeafdelinger og ambulatorier oftest (n=10, 67%) oplever mulighederne for tværsektorielle rehabiliteringsforløb som *helt eller delvist tilstrækkelige*, mens dette også gør sig gældende for kommunerne ift. almen praksis (n=19, 68%). Omvendt oplever kommunerne ift. hospital ikke de samme muligheder. Her angiver 57% (n=16), at mulighederne for koordinerede og sammenhængende, tværsektorielle rehabiliteringsforløb er *helt eller delvist utilstrækkelige*.

Kvalitative data vedr. skemaets bidrag til tværsektorielt samarbejde

Det tværsektorielle samarbejde opleves oftest som svært eller nærmest ikke-eksisterende ud over et par beretninger om et velfungerende samarbejde. Kommunale deltagere beskriver, hvordan teten ligger hos dem ift. udveksling af erfaringer og tilbud, ligesom hospitalsdeltagere oftest er usikre på, hvilke tilbud kommunen har til de kræftramte, og at de praktiserende læger er endnu længere væk i samarbejdet, selv om egen læge opleves at kunne være en god tovholder på den kræftramtes forløb. Ifølge informanter fra hospitaler har de ikke føling med, hvilke indsatser der sættes i gang i kommunerne, da der ikke kommer anden tilbagemelding end den, man får fra de kræftramte selv. En del af deltagerne beskriver dog en tillid til, at kommunerne følger op på henvisningerne.

Jeg får egentlig sendt rigtig mange ud. Jeg siger til patienterne, at jeg ikke ved, hvad der er af tilbud, men vi sender den og ser, hvad der er af tilbud, og at de altid kan sige nej tak. Jeg har tillid til, at kommunen griber henvisningen. (Sygeplejerske, hospital)

Vi sender de her REF01'ere ud en gang i mellem, og så hører vi jo ikke mere, så vi ved jo ikke så meget. Men jeg var inviteret til et møde i [navn] kommune, her for nylig, og der skulle jeg åbenbart sidde som en del af et panel, det vidste jeg så ikke. Men hold da op de kan noget derude! Det var på et virkelig højt niveau. Så nu har jeg jo noget viden, så jeg virkelig kan sælge varen til patienterne. (Sygeplejerske, hospital)

Kontinuiteten ved anvendelse af samme skema til behovsvurdering på tværs af sektorer opleves dog mangelfuld.

Det tog lang tid, inden vi stødte overhovedet på et skema... Nu begynder det. Der er hul igennem, men lige præcis med behovsvurdering – altså vi har masser af godt tvær..., men med behovsvurderingen kan jeg ikke sige vi har..., ja det skal lige være med X [en særlig kræftpsykolog]. (Fysioterapeut, kommune)

Overgangen mellem sektorer besværliggøres ligeledes af IT systemer, som gør kommunikation mulig, men ikke giver adgang til hinandens data. De sundhedsprofessionelle påpeger, at kontinuiteten forbedres ved, at hver sektor kan kigge i patientjournalen og derved forstå sygdomsforløbet og vejlede den kræftramte bedre i behandling og opfølgning. Eksempler på forsøgsordning med kommunal adgang til at læse i patientjournalen påpeges at bidrage til en forståelse for, hvordan forbedrede IT muligheder kan nedbryde specifikke barrierer.

[Kommunalt rehabiliteringscenter] fik på et tidspunkt i en forsøgsordning kigge-adgang til Sundhedsplatformen i 3 mdr. De kunne slet ikke få armene ned, de syntes bare det var virkelig fedt. Netop fordi, de faktisk fik lov til at se, hvad skete derovre hos os, og hvordan kunne de bruge detovre hos dem. Det er jo også en måde at nedbryde de her overgange på. Det er et kæmpe problem, at man kører med nogle forskellige systemer. (Sygeplejerske, hospital)

Undervejs i fokusgrupper med deltagerne fra begge sektorer (to fokusgrupper) skabes der opmærksomhed på procedurer, som skal ændres, eller handlinger som skal sættes i gang. Det insinuerer, at opgaven med behovsvurdering er behæftet med en del usikkerhed i relation til, hvordan samarbejdet på tværs af sektorer skal foregå. Der igangsættes ligeledes i regi af fokusgrupperne initiativer til at opsætte gå-hjem møder. Andre idéer til forbedringer af det

tværsektorielle samarbejde er fx oplæg rettet begge veje. Alt i alt lader det til, at fundamentet for tværsektorielt samarbejde er lagt, men at der skal igangsættes initiativer til at styrke det. Alle vil gerne have det tværsektorielle samarbejde til at køre, opleves det, men det begrænses af tid.

Bare dialogen i dag har gjort, at vi har fået øje på, at vi skal sende skemaerne med ud i kommunen. (Spl, hospital)

Det er mig selv der skal invitere mig selv derind [på hospitalet], det er mig selv der skal finde de sygeplejersker der skal tage mig med til nogle ting, både om formiddagen, og så er der nogle andre jeg skal aftale med om eftermiddagen, fordi der er ikke nogen derinde, der siger: vi laver en dag hvor I kan komme ind, og hvor vi viser, hvad vi har, og hvad vi kan. Og det synes jeg er ringe, når man står herude og siger, vi vil rigtig gerne deles, altså sørge for at vores borgere får et sammenhængende forløb, hvor den indsats, I har lavet, den hænger sammen med det, vi kommer til at lave. (Sygeplejerske, kommune)

3.2.5 Hvilke barrierer er der for at bruge skemaet?

Opsummering af fund:

- De kvantitative data fra kortlægningen peger på, at den mest fremtrædende barriere er manglende tid til opgaven, men derudover angives også uegnede fysiske rammer og manglende indsigt i kommunale tilbud
- Disse barrierer går igen i den kvalitative undersøgelse, som identificerer yderligere barrierer:
 - Behovsvurdering opleves ikke altid meningsfuldt af de sundhedsprofessionelle
 - Der er usikkerhed om procedurer og organisering af opgaven
 - Tværsektorielt samarbejde og IT-understøttelse af opgaven er udfordret

Til besvarelse af, hvilke barrierer sundhedsprofessionelle brugere af 'Støtte til livet med kræft' oplever, anvendes kvantitative data fra kortlægningen [1] og data fra den kvalitative undersøgelse.

Kvantitative data vedr. barrierer for at bruge 'Støtte til livet med kræft'

I kortlægningen af kræftrehabilitering i Danmark spørges ikke til barrierer for at bruge behovsvurderingsskemaet, men i stedet mere overordnet til barrierer for at tilbyde behovsvurdering til kræfttramte. I kortlægningen er kommunerne ikke spurgt om dette, da de ikke på tidspunktet for undersøgelsen (forår 2017) forventedes at have det samme fokus på behovsvurdering (både som begreb og praksis), som hospitalerne havde. Tabellen nedenfor præsenterer derfor data for sengeafdelinger og ambulatorier i Region Hovedstaden.

Tabel 11. Barrierer for at tilbyde patienter behovsvurdering (sengeafdelinger og ambulatorier) (mulighed for flere krydser)

	Region H
N=20	Antal (%)
Manglende tid til opgaven	13 (65)
Manglende kompetencer	2 (10)
Manglende ledelsesmæssig opbakning	0 (0)
Manglende enighed om, hvorvidt opgaven er relevant	1 (5)
Finder det uetisk at vurdere behov, der ikke kan modsvares med indsatser	3 (15)
Mangler egnede fysiske rammer	4 (20)
Utilstrækkelig IT-understøttelse	1 (5)
Skemaet egner sig ikke til alle patienter	2 (10)
Behovsvurdering er ikke muligt for alle patienter	2 (10)
Behovsvurdering er ikke relevant for alle patienter	1 (5)
Andet	4 (20)

Af Tabel 11 kan det læses, at den altovervejende barriere for at tilbyde kræfttramte behovsvurdering i hospitalsregi er *manglende tid til opgaven* (n=13, 65%). Fire afdelinger angiver, at *mangle egnede fysiske rammer* og tre afdelinger angiver, at man *finder det uetisk at vurdere behov, der ikke kan modsvares med indsatser*. Derudover angiver ganske få afdelinger og ambulatorier de andre barrierer, mens ingen af de besvarende afdelinger angiver at mangle opbakning fra ledelsen.

Kvalitative data vedr. barrierer for at bruge 'Støtte til livet med kræft'

De kvalitative data giver mulighed for at få uddybet barriererne angivet i kortlægningen, ligesom de giver indblik i de kommunale deltageres opfattelser af, hvor barrierer for opgavens udførelse ligger. Data fra den kvalitative dataindsamling understøtter angivelserne af barrierer fra kortlægningen, nemlig at manglende tid, uegnede fysiske rammer og manglende indsigt i kommunale tilbud er væsentlige barrierer for at tilbyde behovsvurderingen.

Vi er ikke så langt med støttearket, fordi det hele tiden har været en hæmsko, eller en barriere, at vi ikke kunne udføre alle de der opgaver med fx afhentning af børn osv. Og der har været en ressourcefaktor med tid. Vi har været belastet af skemaet – det virker lidt kunstigt. (Sygeplejerske, hospital)

Derudover identificeres yderligere manglende kompetencer, manglende ledelse/prioritering, oplevelse af at behovsvurdering ikke tilfører noget nyt, usikkerhed om de procedurer, der omgiver behovsvurdering, og det at slutbrugeren ikke kan overskue mængden af information og forstå formålet med behovsvurderingsskemaet i starten af kræftbehandlingsforløbet.

Men jeg ved, at [navn] som skulle have været her, hun har i hvert fald haft nogle samtaler ud fra skemaet, og jeg ved, at det der er udfordrende for hende [...], hun synes det bliver for opsat, eller arrangeret, hvis hun skal sætte tid af til det. Og så snakkede vi lidt om, at det skal du måske heller ikke gøre, måske skal du bare tage den løbende når du er inde og få kemoterapi – så det ville hun arbejde lidt videre med. (Sygeplejerske, hospital)

Usikkerhed om de procedurer, der omgiver behovsvurdering, er en barriere i sig selv. Eksempler på dette er, hvornår behovsvurderingen skal udføres i det pågældende kræftpakkeforløb, hvilke kræftramte, der skal behovsvurderes, eller mere lavpraktiske ting som hvem, der sørger for, at enheden har behovssamtalskemaer, samt hvor de skal ligge.

Informanter fortæller fx, at den tidsmæssige barriere består i, at behovsvurderingen er i skarp konkurrence med sygeplejefagligt arbejde, som *skal* leveres i samtaler på hospitalerne. Informanter fra afdelinger, som kun kortvarigt møder de kræftramte, peger på, at det er uden mening at behovsvurdere hos dem, idet man på afdelingen ikke vil kunne følge behovsvurderingen til ende, fx når de kræftramte hurtigt sendes videre til opfølgning i ambulatorier etc.

Det skal give mening for mig at udlevere en ting, ellers gider jeg det ikke. (Sygeplejerske, hospital)

IT er en barriere, hvis de sundhedsprofessionelle oplever, at det er besværligt eller uigennemskueligt at henvise kræftramte videre ud i kommunen. Omvendt kan kommunerne opleve, at de mangler informationer om den kræftramte, modtager forkert information (fx via standardtekster) eller oplever, at det er forkerte henvisninger, de modtager.

Der er ikke noget samarbejde omkring behovsvurderingen. Der kommer sjældent REF01'ere, og der står intet. Hvis man er heldig, står der en diagnose og måske, at de gerne må få noget træning og måske lidt psykisk støtte. (Sygeplejerske, kommune)

Eksemplet fra afsnit 3.2.4, hvor den kommunale rehabiliteringsenhed har fået se-adgang til Sundhedsplatformen med stor succes, understreger, at fælles adgang til hinandens IT systemer formentlig vil kunne styrke samarbejdet. Noget andet er, at det for de sundhedsprofessionelle i kommunerne opleves som en barriere, at behovsvurderingsskemaet sendes ud elektronisk, idet det medfører, at meget få kræftramte åbner linket og kigger på skemaet forinden den indledende samtale i kommunen.

3.2.6 Hvordan er kursus omkring behovsvurderingsskema udbudt og gennemført? Beskrivelse af kursets indhold.

Opsummering af fund:

- Kompetenceudviklingskurser er siden 2017 blevet udbudt tværsektorielt
- Kurserne undervises af to sygeplejersker fra hhv. hospital og kommune
- Kurserne anvender en bred vifte af pædagogiske principper

Fra efteråret 2015 blev kompetenceudviklingskurser med fokus på behovsvurderingsskemaet 'Støtte til livet med kræft' udbudt. I første omgang blev kurset udført af og udbudt til ansatte på Rigshospitalet, men fra 2017 er kurserne målrettet sundhedsprofessionelle tværsektorielt. Undervisningen varetages af to undervisere fra hhv. hospital og kommune, begge sygeplejersker med masteruddannelser som overbygning.

Kurserne har været og bliver afholdt forskellige steder i Region Hovedstaden, oftest på hospitaler med den hensigt, at transporttiden for kursisterne skal være kortest mulig. Kurserne afholdes om eftermiddagen med fuld forplejning. Tilmelding sker via regionens kursusportal, og de tilmeldte får tilsendt materiale til kurset ugen forinden, uden krav om forberedelse.

Kurset indeholder tre dele. Første del omfatter en tydeliggørelse af krav, rammer og begreber; anden del omfatter øvelse i at afholde en behovssamtale, dels ved først selv at udfylde skemaet, som var deltageren en patient, og dernæst have en samtale med en anden kursist og forsøge at identificere patientens behov. Tredje del omfatter viden om, hvor man finder støttetilbud, og hvordan man dokumenterer og kommunikerer tværsektorielt. Kurset kobler således pædagogiske metoder som oplæg, film, øvelser, fælles refleksion via flipover, og det forudsætter høj deltagerinvolvering [10].

3.2.7 Hvem har deltaget i kursus om behovsvurdering og 'Støtte til livet med kræft' med fokus på faggruppe, geografi, institutionel tilknytning?

Opsummering af fund:

- I alt 671 har deltaget i kursus om behovsvurdering i årene 2015-2017
- En hovedvægt af hospitalsansatte, sundhedsfaglige medarbejdere har deltaget i kompetenceudviklingskurserne om behovsvurdering og 'Støtte til livet med kræft'
- Flest deltagere med tilknytning til planområde Byen (jf. udbud af kompetenceudviklingskursus på Rigshospitalet ml. 2015-2016)

Dette spørgsmål viser i absolutte tal, hvor prioriteret deltagelse på kurset har været af faggrupper og institutioner, og om der har været en geografisk forskel på, hvor mange der har deltaget.

Til at besvare evalueringsspørgsmålet er data fra Region Hovedstadens kursusportal benyttet.

Tabellerne 12 og 13 nedenfor præsenterer deltagerens faggruppe, geografiske og institutionelle tilknytning.

Tabel 12. Deltagere på kursus om behovsvurdering og 'Støtte til livet med kræft' fordelt på stillingstyper

Stillingstype*	N	%
Leder (inkl. sundhedsfaglige ledere)	55	8
Sundhedsfaglig medarbejder	567	84
Socialfaglig medarbejder	5	<1
Andet (fx klinisk vejleder, konsulent, koordinator)	20	3
Sekretær	3	<1
Ikke angivet	21	3
I ALT	671	100

* For en redegørelse af, hvilke stillingstyper der er kategoriseret under de præsenterede kategorier, henvises til bilag 8

Som det ses af Tabel 12 har hovedsageligt deltagere med en sundhedsfaglig baggrund deltaget i kurset (84%, heraf flest sygeplejersker (se bilag 8), mens lidt under en tiendedel af deltagerne kategoriseres under ledelse (8%).

Tabel 13. Deltagere på kursus om behovsvurdering og 'Støtte til livet med kræft' fordelt på geografisk og organisatorisk tilknytning

Geografisk tilknytning (planområder)	Organisatorisk tilknytning					Total
	Hospital	Kommune	Almen praksis	Region	Ikke angivet	
Nord	n (%) 42 (6)	22 (3)	-	-	-	64 (9)
Midt	n (%) 119 (18)	14 (2)	-	-	-	133 (20)
Byen	n (%) 302 (45)	2 (<1)	1 (<1)	-	-	305 (45)
Syd	n (%) 55 (8)	10 (1)	-	-	-	65 (10)
Bornholm	n (%) 36 (5)	24 (4)	2 (<1)	-	-	62 (9)
Regional adm	n (%) -	-	-	20 (3)	-	20 (3)
Ikke angivet	n (%) -	1 (<1)	2 (<1)	-	25 (4)	28 (4)
Total	N (%) 554 (82)	73 (11)	5 (<1)	20 (3)	25 (4)	677 (100)

I følge Tabel 13 kommer 82% af kursusedtagerne fra hospitalsregi, mens 11% er ansat i kommunalt regi (bemærk, jf. ovenstående, at kurserne først i 2017 blev udbudt tværsektorielt). De resterende deltagere kan enten ikke kategoriseres, angives at være ansat i regionen eller i almen praksis (<1%). Geografisk har planområde Byen bidraget med lidt mindre end halvdelen (45%) af kursusedtagerne fra 2015-2017, hvoraf stort set samtlige var tilknyttet hospitalet (tre deltagere af 305 var tilknyttet primærsektor)¹. Planområde Midt deltog med næstflest deltagere (20%), hvoraf godt 10% var tilknyttet kommunerne i planområdet. I forhold til kommunalt ansatte kursusedtagere kan det bemærkes, at planområderne Nord og Bornholm har sendt de fleste kommunale deltagere på kurset (henholdsvis 3% og 4%).

3.2.8 Hvad får kursusedtagerne med sig ved deltagelse på kompetenceudviklingskurset?

Opsummering af fund:

- Kursusedtagerne beskriver at få en større indsigt i og forståelse af opgaven med behovsvurdering ved deltagelse på kompetenceudviklingskurset
- Kurset er en vigtig, motiverende faktor ift. at indføre den nye praksis

Dette evalueringsspørgsmål besvares med kvalitative data fra fokusgrupperne. Langt hovedparten af informanterne beskriver at have fået ny viden med fra kompetenceudviklingskurset. Deltagelse i

¹ Det kommunale kræftrehabiliteringscenter i Københavns Kommune, Center for Kræft og Sundhed København (CKSK), varetager selv kompetenceudvikling af medarbejdere i forhold til behovsvurdering og fremgår derfor ikke at de opgivne tal. CKSK har deres egne faglige vejledning i udførelse af behovsvurdering og tildeling af rehabiliteringsindsatser, og behovsvurderingen indgår som del af et standardspørgeskema, som administreres til alle kræfttramte.

kurset gav mod på opgaven og gav energi til ildsjæle i forhold til at bære behovsvurderingspraksissen ind i egen organisation.

Det gav en følelse af, hvad er det, det skal bruges til, og hvad er meningen, og hvordan skal man gribe det an, så... Hvis vi bare havde fået sådan et skema smidt ind, at nu skal det bruges... Det ville ikke... Der vil jeg sige, at det kursus var helt på sin plads for at forstå, hvad det er, og hvad det kan eller gerne skal kunne... (Fysioterapeut, kommune)

Jeg gik derfra og tænkte, at der umuligt er nogen patienter, som kan synes, at det ikke er en god ide at tage sådan en samtale her, fordi det giver noget... Om man kan hjælpe og støtte dem eller ej, så giver det noget! (Sygeplejerske, hospital)

I de tilfælde, hvor fejlsampling betød en blanding af informanter, som havde deltaget i kurset og informanter, som ikke havde, tegnes et billede af, at forståelsen af opgaven øges ved kursusdeltagelse. Der er dog tale om et for lille grundlag at drage konklusioner ud fra.

Vi udleverer skemaerne, uden faste rammer for hvornår, men vi har en lille husker på computeren, som minder os om, at vi skal udlevere det. Men vi ved ikke rigtig, hvorfor vi gør det. Ingen af mine kolleger har været til undervisningen, så vidt jeg ved, så der er ikke rigtig nogen som ved, hvordan vi skal bruge skemaerne, og de synes jo, at det er helt tosset, at de skal udlevere et skema om de ting, vi alligevel spørger dem om. Vi ved ikke hvornår i forløbet, de skal have skemaet, så det bliver lidt tilfældigt. (Sygeplejerske, hospital)

Hvor hospitalspersonalet i vid udstrækning er begejstrede for kurset, er en del af de kommunale informanter mere kritiske, overvejende pga. en opfattet overvægt af fokus på arbejdsgange i sekundær sektor, men også fordi de havde brug for mere konkrete implementeringsredskaber.

Det var uvedkommende for mig, og hvor jeg synes den kommunale kontekst [manglede]... Jeg fik ikke nok. (Sygeplejerske, kommune)

Det var fint at få et overordnet indblik i skemaet på kurset, også fra flere forskellige faggrupper og flere forskellige enheder. Det gav et lille indblik i, at det var svært at bruge i hverdagen, men jeg fik ikke rigtig det med, i forhold til 'hvordan går vi rent faktisk hjem og arbejder med det', det skulle vi hjem og sammen finde ud af. (Sygeplejerske, kommune)

Jeg gik fra kurset med stadigvæk sådan lidt: hvad blev resultatet, hvad skulle vi egentlig med det der. Jeg følte mig ligeså usikker, da jeg gik, som da jeg kom, hvad jeg skulle med det som fysioterapeut [...] (Fysioterapeut, kommune)

Det trækkes frem af kommunale deltagere, at udbyttet af kurset kunne løftes ved fx at fokusere på implementeringsarbejdet, som ligger efterfølgende, eller fokusere på det tværsektorielle samarbejde ved at udbyde kurset i mindre klynger.

Jeg tror, man skal ud i meget mindre klynger, så man lærer hinanden bedre at kende. (Sygeplejerske, kommune)

3.2.9 Hvilke eventuelle kompetenceudviklingstiltag eller andre tiltag behøves for at implementere behovsvurdering i praksis?

Opsummering af fund:

- Informanter i fokusgrupperne peger på behovet for involvering af ledelsen og prioritering af opgaven for at implementere behovsvurdering
- Metoder til implementering af behovsvurdering bør adresseres, fx en nøgleperson og forskellige IT-tiltag samt procedurer ifm. behovsvurderingen bør vægtes
- Kompetenceudviklingskursus er et godt udgangspunkt for at igangsætte implementering, men kan ikke stå alene. Tilføjelsen af mulighed for en booster (gentagelse af kursus, evt. i forkortet form) efterspørges

I den kvalitative undersøgelse er deltagerne spurgt om, hvad de ser som mulige tiltag til at fremme implementeringen af behovsvurdering.

Prioritering og ledelse

I en fokusgruppe med kommunale sundhedsprofessionelle italesættes implementering af behovsvurderingsskemaet som en nedprioriteret opgave. Det bliver gjort klart, at en succesfuld implementering kræver både ledelsesmæssig opbakning og understregning af et nødvendigt obligatorisk element, en såkaldt "skal-opgave", som deltagerne kalder det. Flere steder er det medarbejdere, der har været på kursus, som får ansvaret for at bære opgaven med ind i organisationen, og ofte er det ansvar en tung byrde – særligt hvis kollegerne ikke i egentlig forstand byder opgaven velkommen eller ligefrem modarbejder den. Set udefra er opgaven en pålagt opgave, men mindst et sted opleves det, at det er medarbejderen, som må gøre opmærksom på den.

Lige nu er det kun mig, der siger: 'husk lige at tage det skema med' og det siger jeg en gang om måneden: 'hvis I bare lige.. Jeg har lavet en dymo, det er lige herinde, ligeså snart I har nogen..' og jeg tror... én har måske kigget på det én gang. (Hjemmesygeplejerske, kommune)

Der opleves blandt informanterne en asymmetri i, hvad ledelsen prioriterer. En opgave, som vægtes højt af ledelsen, kan fx opprioriteres ved indhentning af ekstra ressourcer i form af vikarer. Men hvis ikke behovsvurderingen er ledelsens "brændende platform", prioriteres ressourcerne ikke der.

Der skal stå SKAL med store bogstaver, og der skal stå, at man skulle have gjort det fra 2014. Det bliver nødt til at understreges, at det er en skal-opgave. Hvis det er det, siger kommunerne: okay, det kan vi ikke komme udenom. (Hjemmesygeplejerske, kommune)

Kommunerne er forskelligt organiserede, og informanterne kan ikke pege på ét godt råd til at understøtte implementeringen ud over det, at ledelsen bør inddrages. På en hospitalsafdeling påpeges det, at en succesfuld implementering også kræver en tovholder.

Det er vigtigt, at ledelsen er med og finder det vigtigt at prioritere. Hos os er det også den kliniske sygeplejerspecialist, som står for det. Ledelsen har signaleret, at det er vigtigt og vigtigt vi sætter tid af til det og er

med til at beslutte, hvor lang tid der skal sættes af til det. Der kommer faste rammer på det, og opfølgning med definerede personer, som holder os op på det og holder gang i møllen. (Sygeplejerske, hospital)

Ledelsen har afgørende indflydelse, idet de kan bestemme, hvor meget tid der må sættes af til den nye opgave med at behovsvurdere.

Vi må ikke sætte ekstra tid af og så sige, nu går jeg til [behovsvurderings-] samtale med fru Hansen. [...] jeg kan ikke sige, at jeg giver behandlingen og så tager en time bagefter [til samtale]. (Sygeplejerske, hospital)

Det er ikke noget, du kan gøre alene, der er en masse samarbejdspartnere, der er nogle sekretærer der skal ind over, der er nogle ledere der skal ind over, der er rigtig mange samarbejdspartnere i sådan en implementering. (Sygeplejerske, hospital)

Man kan ikke klare det med venstre hånd, det kræver en fokuseret arbejdsgruppe, som får reel lov til at have indflydelse. (Sygeplejerske, hospital)

Det udtales samtidig, at implementering også handler om at tage en aktiv beslutning.

Ude ved os har vi valgt, at nu gør vi det, fordi det lægges der op til, og vi skriver ind i CARE [dokumentationssystem], at vi har udleveret behovsskema, og så skriver nogen sikkert, om det er blevet brugt eller ikke brugt. Men vi gør det, og vi skriver, at vi gør det. (Fysioterapeut, kommune)

Adspurgt, hvad der skal til for at få behovsvurderingen indarbejdet systematisk, er hovedparten enige om, at der skal prioriteres arbejdstid til at indarbejde opgaven, ligesom der er brug for fysiske rammer, som understøtter de lidt sværere samtaler.

Vi står tit i træningssituationer med 12 borgere i en kæmpe stor hal, med måske 20 andre samtidig og en masse andre terapeuter, og så kommer sådan noget som 'Nu har jeg fået at vide, at nu skal jeg på hospice, fordi nu er der ikke mere at gøre', og så kommer der folk der græder, eller der kommer nogle meget personlige samtaler, som er rigtig svære når man ser, at der sidder én ved siden af, som ikke burde høre denne her samtale. At finde et rum hvor vi skal have de der små samtaler og få klaret dem, fordi der er måske max 10 min. vi lige kan gå fra holdet og klare det, inden vi skal ligesom tage os af de andre og lave noget fælles træning og... Det er vores problematik. (Fysioterapeut, kommune)

Ansvarsplacering/nøgleperson

På en hospitalsafdeling, hvor man med succes har implementeret systematisk behovsvurdering af de kræftramte, har man udpeget en nøgleperson, som har holdt oplæg, udformet en seddel med overblik over, hvornår man skal afholde samtaler og med hvem. Dette enkle redskab kombineret med sjove indslag fra nøglepersonen (fx en 'behovsvurderingsdans') har bidraget til, at personalet på afdelingen bliver hjulpet og husker opgaven. Det fortælles samtidig, at der er gået et stykke tid siden sidste påmindelse, hvilket betyder, at udførelsen af behovsvurderingen nu halter lidt.

Så har vi fået sådan en lille lommebogsseddel, hvor der står sådan med de adjuverende og de neo-adjuverende, hvornår man skal afholde samtalen. Så har vi sådan en i lommen, hvor vi kan slå op, når der kommer en patient, som har progression i sygdommen: 'nu men så skal vi holde en samtale', så det giver et overblik. Hun går så også rundt en gang i mellem og har lavet nogle lidt sjove ting med, at så danser hun en lille dans for at minde os alle sammen

om det om morgenen. [...] Nu har hun så ikke gjort det et stykke tid, så nu halter det så også lidt. (Sygeplejerske, hospital)

Det at have fx en kræftrehabiliteringssygeplejerske betyder for et af hospitalerne i en fokusgruppe, at der er en nøgleperson, som kan kontaktes i relation til brug af skemaet etc. En klinisk, administrativ ressource, som kan hjælpe til at sikre implementeringen. Det er tilsyneladende trygt for sundhedspersonalet på hospitalet, at der er en ressourceperson, man kan læne sig op ad, idet det fjerner en del af usikkerheden på, om man har de rette kompetencer til at udføre opgaven.

Usikkerhed om de procedurer, der omgiver behovsvurdering

For at overkomme usikkerhed om de procedurer, der omgiver behovsvurdering, peges på, at der er behov for arbejdsgrupper eller netværksgrupper, som kan arbejde med implementeringen og særligt med henblik på hvilke mulige anvendelser, der fungerer. Arbejdet i disse grupper kunne fx læne sig op ad et inspirationskatalog med forslag til, hvordan man implementerer bedst muligt i de forskellige kontekster.

Kursus

Kurset i behovsvurdering med 'Støtte til livet med kræft' bidrager væsentligt til implementeringen i forhold til forståelse af opgaven. Dét, at behovsvurdering skal give mening for den enkelte sygeplejerske, bliver udtalt eksplicit, og der efterlyses mere bevis for, hvad det kan gøre af forskel for den kræftramte, fx igennem kræftramtes beretninger på kurset.

Udførelse og indførelse af opgaven kræver, at de sundhedsprofessionelle forstår den.

Undervisningen har givet de fleste fokusgruppedeltagere en forståelse af, hvad meningen med skemaet er, og hvordan man skal bruge det. Det lader således til, at kurset giver et fundament for implementeringen, men et fundament som samtidig skal støttes af en ledelsesbeslutning og ressourcer til implementering.

[...] Så dem der så kommer på det kursus, skulle på en eller anden måde have en ambassadørrolle i, at det skal videreformidles. Der skal også være et ledelsesmæssigt fokus på, at det skal der, og så skal vi hjælpes videre med en pakke der siger, at dette her skal du formidle til dine kolleger, sådan skal det bruges, [...] og os der så har været på kursus er så ambassadører for det og kunne måske melde tilbage, eller der kunne være noget opsamling på en eller anden måde. (Sygeplejerske, kommune)

Med henblik på tiltag på det allerede eksisterende kursus, foreslås det, at man allerede her italesætter det svære i at have behovssamtaler med borgere/patienter ved at sætte fokus svære områder, kommunikativt og eksistentielt. Således gives redskaber til løsning af opgaven, og derved hjælpes de sundhedsprofessionelle endnu bedre på vej. Et andet forslag er at bruge ildsjæle eller kræftramte som undervisere til den gode fortælling om brug af skemaet i undervisningen. Det påpeges at give mere mening, når man hører historien fra det virkelige liv om, hvilken forskel det gør for kræftramte, at man har henvist og behovsvurderet. Implementeringsmæssigt fremstilles det, at en workshop faciliteret ved kurset kunne bidrage. Der er brug for arbejdsgrupper og/eller

implementeringsplaner, så indarbejdelsen af opgaven er håndgribelig, i særdeleshed i kommunalt regi.

Der skal være nogle tovholdere, som kommer på et særskilt kursusforløb med nogle opfølgingsmøder, hvor man har noget sparring, så vi ikke alle sammen sidder og opfinder den dybe tallerken. Men at man har et fælles udgangspunkt, og så kan man mødes med et eller andet interval, hvor man siger okay hvor langt er vi så kommet. Nu har vi skullet arbejde med denne her fase i de her tre måneder – hvordan står det til? [...] og så må der være et eller andet i forhold til det ledelsesmæssige, vi er nødt til at have dem i spil, på en eller anden led. (Sygeplejerske, kommune)

Jeg tænker nogle mindre målgrupper, eller nogle mindre kursusgrupper lokaliseret omkring det enkelte hospital [...]. (Sygeplejerske, kommune)

Booster undervisning

Ingen informanter peger på, at det nødvendigvis er flere kompetenceudviklingstiltag, der skal til for at styrke implementeringen. Mange peger på, at 'booster-kurser', i det mindste i hospitalsregi, vil bidrage med en påmindelse om opgaven og kapacitet til at rumme et andet niveau af opgaven efter det første kursus. På den måde vil det angiveligt tilføre andre redskaber til udførelsen af opgaven og ideer til indførelsen af arbejdsgangen.

IT-mæssige tiltag til hjælp for implementering af behovsvurdering

I tråd med påpegningen af IT som en barriere i afsnit 3.2.5 foreslår deltagerne også her forbedringer. I forhold til IT ønsker kommunerne sig et overblik over udlevering af skema, afholdelse af samtaler og informationer om den kræftramtes motivation for afholdelse af samtalen. Informations-skærme på hospitalsafdelingerne kunne ligeledes være et indsatssted ift. at fange de kræftramtes interesse og tidligt skabe en forståelse for, hvad de kan få ud af opgaven, og hvorfor den afholdes. Det kan styrke opmærksomheden fra begge fronter. Andre forslag handler fx om journalføring af behovsvurderingen.

Hvis man skal tænke det endnu længere ud, så kunne jeg godt tænke mig, at det egentlig lå digitalt på patientens cpr-nummer, sådan at patienten hjemmefra kunne udfylde det, så man også kunne have forberedt det lidt. (Sygeplejerske, hospital)

4 Diskussion

Rapporten har fokus på kompetenceudvikling som et led i implementering af behovsvurdering. Resultaterne fra evalueringsundersøgelsens delspørgsmål når vidt omkring. I nærværende diskussion søges de samlet til et overblik over, hvilken betydning kompetenceudviklingen har, hvordan behovsvurdering gennemføres i praksis, og hvor man ellers kan sætte ind med forbedringstiltag, hvis man ønsker at styrke implementeringen af behovsvurdering i Region Hovedstaden. Resultaterne viser, at behovsvurderingen er delvist implementeret på hospitaler (50% af sengeafdelinger og ambulatorier vurderer, at alle eller over halvdelen af kræftramte tilbydes behovsvurdering, mens 60% anslår, at alle eller over halvdelen af kræftramte tager imod tilbuddet om behovsvurdering) og i kommuner (86% angiver at behovsvurdere alle kræftramte, mens de resterende 14% behovsvurderer udvalgte borgere), og det diskuteres derfor, hvad der kan forklare en manglende implementering, og hvordan yderligere implementering kan fremmes.

4.1 Implementering af behovsvurdering i Region Hovedstaden – diskuteret under ramme af CFIR

CFIR (jf. Tabel 2) anvendes som ramme til at diskutere implementeringen af behovsvurdering som ny praksis i Region Hovedstaden og bidrager til at anskue implementeringsprocessen i et andet perspektiv, hvor de fem afgørende områder i modellen (interventionens karakteristika, ydre omstændigheder, indre omstændigheder, individers karakteristika, implementeringsproces; jf. tabel 2) kan bruges til at pege på faktorer, som har gjort implementeringsprocessen mere eller mindre succesfuld.

CFIR tilbyder en overordnet typologi, som blandt andet kan benyttes til verificering af, hvad der fungerer hvor og hvorfor på tværs af flere sammenhænge [8]. Som omtalt i afsnit 2.3.1 under metoden er hvert område defineret ud fra en række forhold, som hver især har betydning for udfaldet af implementeringsprocessen, men som i den faktiske implementeringsproces vil interagere. I afsnittene herunder diskuteres resultaterne under overskrifter af de fem områder. Behovsvurdering beskrives i relation til CFIR-terminologien både som interventionen og som indsatsen, der søges implementeret. Interessenter er her sundhedsprofessionelle, som skal bære implementeringen.

4.1.1 Interventionens karakteristika

I dette afsnit diskuteres det, i hvilket omfang selve interventionens karakteristika er medvirkende til implementeringens succes, og om justering af disse karakteristika kan fremme implementering. 'Støtte til livet med kræft' ser ud til at nå under halvdelen af de kræftramte i regionen, mens de er indlagt, og en større andel i kommunalt regi, men sundhedsprofessionelle er uenige om gavnigheden af at anvende redskabet til behovsvurdering af kræftramte. Nogle finder redskabet tidskrævende og unødvendigt, når de i forvejen gennemfører en sygeplejesamtale (på hospitalerne) eller anvender andre skemaer, mens andre finder flere fordele ved skemaet. Fortalere finder, at skemaet giver en mere struktureret tilgang til de kræftramtes problemer og behov og kan fremme opmærksomhed på

særlige problemområder. Det kan dog også opleves udfordrende for brugerne at anvende, og der er blandt respondenterne delte meninger om, om det egner sig til brugere med særlige problemer. Data vidner om en kompleks intervention, som i stor grad tilpasses lokale forhold og individuel praksis. Redskabet ('Støtte til livet med kræft') anvendes fleksibelt, både hvad angår timing, konkret indhold, og hvem der anvender det. Redskabet giver denne mulighed for fleksibilitet, og for at elementer af det (side 2) kan anvendes alene, selv om det formentlig ikke var hensigten.

Hvis implementeringen af behovsvurdering skal fremmes, vil det være hensigtsmæssigt at se nærmere på den praktiske anvendelse af 'Støtte til livet med kræft'. Hvem er det relevant for, hvornår og hvor er det relevant, og er der brug for at tilpasse redskabet?

4.1.2 Ydre omstændigheder

Behovsvurdering er først introduceret af Sundhedsstyrelsen [2] og siden i Region Hovedstadens implementeringsplan [5]. Behovsvurdering er således både en politisk anbefaling og en lokal aftale indgået mellem de kommunale og regionale parter. Region Hovedstaden betegner i implementeringsprogrammet [5], at behovsvurdering skal gennemføres ved alle kræftramte. Flere respondenter omtaler da også behovsvurdering som en obligatorisk opgave (en såkaldt *skal*-opgave), uden der dog er tilført ressourcer til den.

Behovsvurdering skal sikre, at behov for rehabilitering og palliation identificeres hos alle kræftramte. Der har de senere år været et stigende fokus på kræftramtes behov for rehabilitering og palliation og fra politisk side er det med kræftplan III og IV pointeret, at indsatsen skal styrkes på området.

Behovsvurdering skal desuden bidrage til større sammenhæng på tværs af sektorgrænser, således at fx behov, der identificeres på hospitalet, kan dækkes i kommunalt regi. Derfor er det tværsektorielle samarbejde også en ydre omstændighed, der relaterer sig til behovsvurdering. Behovsvurdering fører ofte til tværsektorielle henvisninger, men data vidner om, at det tværsektorielle samarbejde ikke altid fungerer lige godt – det kan fra kommunerne være en udfordring at få de rette henvisninger fra hospitalerne, og hospitalerne kan være usikre på, hvad kommunerne kan løfte.

Behovsvurdering er en vigtig opgave, som er politisk prioriteret, og som har stor opbakning fra de regionale myndigheder, dog uden tilførelse af midler til opgaven. I hvilken grad en styrkelse af det tværsektorielle samarbejde vil fremme implementering af opgaven er vanskelig at udtale sig om.

4.1.3 Indre omstændigheder

De vilkår og rammer, der har været for implementering af behovsvurdering i respondenternes konkrete organisationer, har været vidt forskellige. En række barrierer beskrives i materialet som fx manglende tid til opgaven, uegnede fysiske rammer og manglende ledelsesopbakning. I den kvalitative undersøgelse angives det, at ansvaret for implementering ofte pålægges nøglepersoner og

sjældent ledelsen. Data tyder på, at enheder, som ikke har engagerede ledere, nedprioriterer opgaven og dermed nedsætter prioritering og engagement blandt personalet. Det efterlader nøglepersoner og ildsjæle alene, som de eneste der forsøger at implementere interventionen. Data vidner desuden om en betydelig usikkerhed, hvad angår procedurer for og organisering af opgaven, ligesom der efterspørger en bedre IT-understøttelse af behovsvurdering end den, der findes per 2018.

Region Hovedstadens kompetenceudviklingskursus er en af de faktorer i de indre omstændigheder, som trækker i modsat retning og fremmer implementeringen af behovsvurdering i regionen. Det er vigtigt at modtage undervisning i forbindelse med indførelsen af en ny opgave, og flere informanter peger på, at opgaven dermed bliver gjort mere konkret og håndgribelig og dermed også udførlig. Dét faktum, at Region Hovedstaden udbyder et kursus for alle sundhedsprofessionelle i regionen, gør den viden, der er nødvendig for at indføre den nye opgave/det nye redskab, lettere tilgængelig. Andre informanter peger på, at et kursus fremmer motivationen til at gå i gang med opgaven. Der er dog også respondenter, som efterspørger andre typer af viden, herunder viden om de kommunale tilbud, der kan henvises til, hvis behovsvurderingen identificerer behov herfor.

Set i forhold til den store opmærksomhed, de centrale og regionale myndigheder giver behovsvurdering, kan informanternes beskrivelse af manglende lokal, ledelsesmæssig opbakning undre. Der er god grund til at tro, at implementering af opgaven vil styrkes, hvis de lokale betingelser herfor forbedres. Eksempelvis viser der sig behov for at udvikle faste procedurer for opgaven. Det synes der ikke at være tvivl om, at kompetenceudvikling bidrager til implementering, men der mangler fortsat viden ud over det, der kan tilføres på kurset.

4.1.4 Individens karakteristika

Enkeltindivider har indflydelse på implementeringen af en intervention. Det gælder også for interventionen behovsvurdering. Det berettes eksempelvis, hvordan en nøgleperson kan være med til at skabe og vedligeholde engagement om opgaven, men modsat fremgår det også af interviewene, at opgaven ikke altid opleves meningsfuld. Som omtalt tidligere er der to lejre af informanter. En som er positivt indstillet over for opgaven, og for hvem implementeringen er vigtig og meningsfuld, og en anden som udtrykker, at opgaven er overflødig og besværlig. Én informant i en fokusgruppe fortæller om, hvordan kollegerne i enheden er negativt stemt over for brug af 'Støtte til livet med kræft', hvilket etableres som en herskende sandhed i enheden. Andre fravælger aktivt selve redskabet 'Støtte til livet med kræft'. Dette understreger individets indflydelse på implementeringsprocessen, da en aktørs holdning til opgaven kan farves af kollegernes. Således peges på et vigtigt indsatsområde for en forbedret implementering.

Et andet aspekt af individers evne til at forme implementeringsprocessen er opfattelsen af egen evne til at udføre opgaven. Som det fremgår af de kvalitative data, omtaler flere af de sundhedsprofessionelle, at de ikke er helt klar over, om de har de nødvendige kompetencer til at

udføre opgaven med behovsvurdering med 'Støtte til livet med kræft'. Nogle informanter italesætter fx, at det kræver særligt udviklede kompetencer og en tro på sig selv at kunne tage den svære samtale med kræftramte.

Det kan undre, at informanter, der har deltaget i det udbudte kursus med fokus på indførelse af 'Støtte til livet med kræft', ikke finder mening i at anvende skemaet, og ligeledes at nogle aktivt vælger det fra. Det bør give anledning til overvejelser om, hvad der udløser dette, og hvordan opgaven kan gøres mere meningsfuld. Der synes således fortsat at være behov for kompetenceudvikling.

4.1.5 Implementeringsproces

Kompetenceudvikling har været et prioriteret middel til implementering af behovsvurdering i Region Hovedstaden. Data giver ikke mulighed for et samlet overblik over, hvordan implementeringsprocessen i øvrigt har været gennemført, men respondenterne peger på nogle tiltag, der kunne styrke implementeringen både i tilknytning til kompetenceudviklingen og som selvstændige indsatser. Det pointeres i sin essens, at kompetenceudviklingskurset er et godt tiltag, men ikke kan stå alene, og det foreslås, at der udarbejdes et idekatalog med metoder til implementering. Et andet element, som efterspørges til støtte af implementeringen, er et opfølgingskursus ('booster-kursus'), som kan genopfriske det, der allerede er gennemført.

Desuden peges på behovet for lederinvolvering, så opgaven kan få fokus og blive prioriteret. Ligeledes vil feedback kunne bidrage til implementering. Der efterspørges fx feedback i form af data om gennemførte behovsvurderinger og beretninger om oplevelser med kræftramte, ligesom informanter udtrykker ønske om at blive oplyst om, hvilke indsatser de henviste kræftramte modtager i kommunerne.

I den kvalitative undersøgelse fremgår det, at mange enkeltenheder (såvel hospitalsafdelinger som kommuner) i Region Hovedstaden har brugt mange ressourcer på at finde en god metode til implementering af opgaven med behovsvurdering. I tråd hermed, og som en måde at nedsætte dette ressourceforbrug og samtidig fremme implementering, efterspørges koordinering af netværksgrupper med mulighed for eksempelvis videndeling, med hvem man vil kunne sparre om erfaringer og metoder til implementering.

Implementeringsprocessen kan styrkes på forskellige måder, både dem der tidligere er nævnt og styrkede feedbackmekanismer, netværksgrupper og idekatalog med metoder til implementering.

4.2 Metodemæssige begrænsninger

Nærværende rapport er begrænset af en række betingelser beskrevet i detaljer nedenfor.

4.2.1 Kvantitative data

Data fra kursusportalen bar præg af, at angivelser af organisatorisk tilknytning og stillingstype var enten selvrapporterede oplysninger eller oplyst af arbejdsgiver og derfor sommetider upræcise. Disse data kan derfor potentielt være behæftet med fejl.

Data fra kortlægningen af kræftrehabilitering i Danmark er ligeledes begrænset af potentielle bias, idet respondenter i undersøgelsen (som repræsenterer enheder) kan have begrænset viden om faktuelle arbejdsopgaver og processer i udførelsen heraf, hvilket fx indikeres af de indimellem høje angivelser af *ved ikke* svar. Dertil kommer, at besvarelser fra Region Hovedstaden ligger lavere end det nationale gennemsnit, hvilket kan skyldes Sundhedsplatformens implementering i regionen samtidig med indsamling af data til kortlægningen. Denne har trukket veksler på ressourcer og kan således påvirke både det overordnede billede af data og praksis på regionens hospitaler.

4.2.2 Kvalitative data

Den kvalitative undersøgelse som metode begrænses af at være viden produceret i samspil mellem interviewer og informant, hvorfor intervieweren ubevidst kan påvirke de data, der produceres.

Ligeledes er den kvalitative dataanalyse på samme måde underlagt forskerens subjektivitet, som således kan spille en rolle i forhold til, hvilke konklusioner der drages på baggrund af data. Ved sparring søges denne bias formindsket, men menneskers subjektivitet spiller per definition en ikke-reducérbar rolle i produktionen af kvalitativ viden, hvorfor perspektiv og transparens er vigtig [7].

Ydermere er der i den kvalitative undersøgelse en høj risiko for selektionsbias, da deltagere på hospitalet i overvejende grad blev udpeget af afdelingsledere, ligesom de kommunale deltagere, som vægtede deltagelse i fokusgrupper, med stor sandsynlighed kan have et særligt forhold til arbejdet med behovsvurdering, der således påvirker undersøgelsens resultater.

Man kan argumentere for, at inklusionen af individuelle interview i den kvalitative dataindsamling, og derved sammenblandingen af to metoder til dataindsamling, er uhensigtsmæssig. Trods dette, vurderedes det i projektgruppen vigtigere - i kontekst af denne evalueringsrapport - at få indblik i kommunernes prioritering af behovsvurdering i praksis, implementeringen heraf samt kompetenceudviklingskursets rolle i at fremme sidstnævnte.

5 Konklusion

I nærværende evaluering tegnes et billede af, at et kompetenceudviklingskursus er et vigtigt element i bestræbelsen på at anvende samme behovsvurderingskema til at vurdere mennesker med kræft og deres rehabiliteringsbehov. Dog indikerer vores undersøgelse med al tydelighed, at kurset ikke selvstændigt kan sikre, at behovsvurdering implementeres i praksis, men bør være en del af et større hele med fokus både på indre og ydre omstændigheder, implementeringens involverede individers karakteristika samt de processer og forudsætninger, der er med til at sikre selve implementeringen. Behovsvurdering er en opgave, som både nationalt og regionalt er prioriteret. Skal den implementeres lokalt, er der behov for et større ledelsesmæssigt fokus og integrering af opgaven i de lokale procedurer. Der er endvidere behov for opbakning til lokale nøglepersoner og ildsjæle, så de ikke står alene med implementeringen.

Den praktiske anvendelse af redskabet er meget ujævn, og der er delte meninger om relevansen af redskabet. Det giver anledning til overvejelser over, om der er brug for at justere redskabet eller at tilpasse det særlige målgrupper. Dette vil kræve yderligere undersøgelser af den konkrete praksis i forskellige kontekster og over for forskellige målgrupper. Sådanne undersøgelser vil også kunne bidrage med viden om, hvornår og hvor behovsvurdering efter 'Støtte til livet med kræft' er mest relevant at gennemføre.

Der er fortsat brug for kompetenceudvikling. Kompetenceudvikling har, ud over sit primære formål, et potentiale til at understøtte den tværsektorielle videndeling, som efterspørges i undersøgelsen. Implementering kan desuden understøttes af styrkede feedbackmekanismer, netværksgrupper og et idekatalog med metoder til implementering.

6 Referencer

1. Thuesen J, Rossau HK, Frausing S, Tang LH, Mikkelsen TB (2017). *Kræftrehabilitering i Danmark: kortlægning af praksis på hospitaler og i kommuner*.
2. Sundhedsstyrelsen (2012). *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft – del af samlet forløbsprogram for kræft*. Sundhedsstyrelsen, København.
3. Sundhedsstyrelsen (2012). *Notat vedrørende vurdering af muligheden for at pege på et fælles redskab til den overordnede behovsvurdering i forbindelse med rehabilitering og palliation af kræftpatienter*. Sundhedsstyrelsen, København.
4. Bjerrum Thisted L, Høstrup H (2015). 'Støtte til livet med kræft' - udvikling af et forberedelsesskema til patienter og pårørende. *Sygeplejersken/Danish Journal of Nursing* 3: 72-76
5. Region Hovedstaden (2014). *Rehabilitering og Palliation ved kræft. Implementeringsplan for forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. For hospitaler, kommuner og almen praksis i Region Hovedstaden*. Region Hovedstaden.
6. Sundhedsstyrelsen (2018). *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*. Sundhedsstyrelsen, København.
7. Kvale S, Brinkmann S (2009). *Interview: introduktion til et håndværk*. Hans Reitzels forlag.
8. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC (2009). *Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science*. *Implement Sci* 4: 50
9. Lehn SF, Rod MH, Thygesen LC, Zwisler A-D (2014). *Opfølgende Hjemmebesøg*. Statens Institut for Folkesundhed, København.
10. Bjerrum Thisted L, Vinther K, Charlotte Hansen B, Lund W (2018). *At vurdere kræftpatienters behov for rehabilitering og palliation – kan det læres?* Fokus på Kræft og Sygepleje nr. 2 (in press)

7 Bilag

Bilag 1: Forberedelseskemaet 'Støtte til livet med kræft'

Bilag 2: Invitations e-mails

Bilag 3: Oversigt over planområder i Region Hovedstaden

Bilag 4: Interviewguide til semi-strukturerede fokusgrupper




Bilag 5: Oversigt over årsager til afslag på fokusgruppetagelse fra kommunale medarbejdere

Bilag 6: Temaer og subtemaer i den kvalitative analyse

Bilag 7: Informationsark om projektet

Bilag 8: Tabel over inkluderede stillingstyper i overordnede stillingstypekategorier

Bilag 1: 'Støtte til livet med kræft'

1	2
 <p>Til dig og dine pårørende Støtte til livet med kræft</p>	 <p>Til dig og dine pårørende Støtte til livet med kræft</p>
<p>Forberedelseskema – en hjælp til dig – forud for samtale om rehabilitering og palliation Din kræftsygdom og behandling kan medføre symptomer og forandringer i hverdagen, som du og dine pårørende kan opleve som belastende. Skemaet hjælper dig med at finde frem til de problemer, der fylder mest. Du kan bruge skemaet som forberedelse til samtale med personalet, så du får den rigtige hjælp og støtte. Du bestemmer selv, om du vil bruge skemaet og behøver ikke afleveres det til nogen. Det kan være en god idé, at du udfylder skemaet sammen med dine nærmeste, som eventuelt også kan deltage i samtalen.</p>	
<p>Problemer/udfordringer i hverdagen, som du gerne vil tale om Marker ved at sætte kryds i ja eller nej rubrikkerne, hvilke problemer eller udfordringer du/ I oplever i hverdagen.</p>	
<p>Udfordringer med de daglige gøremål</p> <p>Ja Nej</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Indtægter, madlavning, vask af tøj mm <input type="checkbox"/> Børnepasning <input type="checkbox"/> Bad og påklædning <input type="checkbox"/> Boligforhold <input type="checkbox"/> Forsikring/økonomi <input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> Arbejde/skole <input type="checkbox"/> Hjælpemidler <input type="checkbox"/> At tage medicin <p>Udfordringer i dit sociale liv</p> <p>Ja Nej</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Børn <input type="checkbox"/> Arbejde <input type="checkbox"/> Partner/samløver <input type="checkbox"/> Netværk fx venner, bekendte, kollegaer <input type="checkbox"/> Helbredsproblemer blandt dine nærmeste <input type="checkbox"/> At leve godt/sundt <input type="checkbox"/> At være sammen med andre <input type="checkbox"/> At dyrke fritidsinteresser, fx hobby, sport eller lign. <input type="checkbox"/> At følge min tro og deltage i trosnært fællesskab <input type="checkbox"/> At have nogen at dele bekymringer og tanker med 	<p>Jeg får støtte fra</p> <p>Ja Nej</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Min familie <input type="checkbox"/> Omgangskreds, venner <input type="checkbox"/> Kommunal hjælp fx hjemmepleje, søgsbehandlere, jobcenter <input type="checkbox"/> Egen læge <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Andre <p>Fysiske og psykiske udfordringer</p> <p>Ja Nej</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Træthed/manglende energi/svavn <input type="checkbox"/> Smertor <input type="checkbox"/> Nedsat syn/hørsel <input type="checkbox"/> Vøjtrækning <input type="checkbox"/> Mad/drikke <input type="checkbox"/> Kvalme/opkastninger <input type="checkbox"/> Forstoppelse/diarre <input type="checkbox"/> Infektion/feber <input type="checkbox"/> Kropsligt <input type="checkbox"/> Vandladning <input type="checkbox"/> Hud/slimhinder/sår <input type="checkbox"/> Nedsat bevægelighed og muskelkraft <input type="checkbox"/> Hævelser af fx arme/ben/hals <input type="checkbox"/> Svimmelhed/balance <input type="checkbox"/> Følelsesmæssigt <input type="checkbox"/> Seksualitet <input type="checkbox"/> Mulighed for at få børn <input type="checkbox"/> Udsende <input type="checkbox"/> Hukommelse/koncentration <input type="checkbox"/> Tanker om døden <input type="checkbox"/> Frygt/angst <input type="checkbox"/> Nerveslæthed/bekymring <input type="checkbox"/> Tristhed/sorg
<p>Belastningsgrad Hvor belastet er du i hverdagen? Sæt kryds på termometeret</p>	
<p>Meget belastet</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 80px; width: 30px; margin-right: 5px;"></div> <div style="font-size: 8px; text-align: center; margin-right: 5px;"> 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 </div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 80px; width: 30px;"></div> </div> <p>Ikke belastet</p>	
<p>Hvad er vigtigt for dig i din hverdag?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Hvad skal kræftsygdommen ikke forhindre dig i?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>Hvad bekymrer dig mest?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Andre områder, du gerne vil tale om</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p> Region Hovedstaden har udarbejdet en fil om behovsvurdering, som du kan se ved at scanne QR koden. Du kan også gå ind på youtube og søge på "støtte til livet med kræft".</p> <p style="font-size: 8px;">Region Hovedstaden Udviklet af Region Hovedstadens arbejdsgruppe for forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft - maj 2014</p>	

Bilag 2: Invitations e-mails

Til hospitalsansatte

Kære alle

Center for HR i Region Hovedstaden og REHPA vil gerne afholde fokusgruppe interview med kursister, som har deltaget på et af regionens behovssamtale kurser om rehabilitering og palliation i relation til kræft. I fokusgruppeinterview med repræsentanter fra hospitalerne er det valgt, at det skal være sygeplejersker. De vil gerne undersøge effekten af kompetenceudvikling til implementering af behovsvurdering i praksis.

Det vil være forskningsassistent, cand.scient.san.publ. Henriette Knold Rossau fra REHPA og udviklingskonsulent Bibi Charlotte Hansen fra Center for HR, som afvikler fokusgruppe interview. Der afholdes i alt 7 fokusgruppe interview rundt i Region Hovedstaden på hhv. hospitaler og i kommuner.

De ønsker, at interviewe **8-10 sygepl. fra [HOSPITAL]** og vil gerne holde fokusgruppe interviewet: **[DATO + TID] på [HOSPITALET]. Sted oplyses til deltagerne.**

Derudover håber jeg I vil hjælpe med at finde informanter fra afsnit på jeres hospital, som har haft sygeplejersker på behovssamtale kursus. Der må max være to sygeplejersker fra samme afsnit/speciale. Kravet er som nævnt at deltageren har været på regionens behovssamtale kursus. Deltagerne kan for deltagelse i fokusgruppe interviewet blive aflønnet og her kontakter afdelingerne Bibi, jf. vedhæftede informationsbrev.

Jeg håber, I vil hjælpe med denne opgave, og hvis ikke så giv mig endelig besked.

I må gerne svare snarest muligt og **senest [DATO + TID] til mig**. Imens vil jeg forsøge at rekruttere deltagere fra [HOSPITALER]

Jeg ser frem til at høre fra jer, og har I spørgsmål er I velkommen til at kontakte mig, Henriette eller Bibi.

Med venlig hilsen

Lise Bjerrum Thisted
Kræftrehabiliteringssygeplejerske
ved Enhed for Kræftrehabilitering Rigshospitalet
SD, Master i Klinisk Sygepleje
Postadresse: Afsnit 5074, Blegdamsvej 9, 2100 Kbh. Ø
Besøgsadresse: Afsnit 9601, Blegdamsvej 58, 2100 Kbh. Ø.

Tlf. 35 45 11 21

Mail: lise.bjerrum.thisted@regionh.dk

Hjemmeside: Enhed for Kræftrehabilitering ved Rigshospitalet

Til kommunalt ansatte

Kære tidligere deltager på kursus i Behovsvurdering - "Støtte til livet med kræft"

Du har deltaget i Region Hovedstadens kompetenceudviklingskursus i Behovsvurdering – 'Støtte til livet med kræft' i 2017.

Effekten af denne kompetenceudvikling ønskes nu evalueret af Region H, som vil undersøge sammenhængen mellem de iværksatte kompetenceudviklingstiltag og behovsvurdering i praksis.

Vi har bedt REHPA - Videncenter for Rehabilitering og Palliation, om at forestå evalueringen af kurserne.

Vi håber derfor, at du vil **bidrage med din erfaring og viden om behovsvurdering til evalueringen ved at deltage i et fokusgruppeinterview af 1½ times varighed.**

Hvis du af din leder kan få fri til at deltage, vil vi sætte stor pris på din deltagelse. Du kan læse mere om baggrunden for evalueringen, datoer for fokusgrupper og evt. frikøb for din deltagelse i fokusgruppen i vedhæftede information.

Din deltagelse er velkommen og kontakt venligst enten Bibi eller Henriette for tilmelding til deltagelse i fokusgruppen

Bibi Charlotte Hansen
Center for HR, Region Hovedstaden
E-mail: bibi.charlotte.hansen@regionh.dk
eller

Henriette Knold Rossau
REHPA – Videncenter for Rehabilitering og Palliation
E-mail: henriette.knold.rossau@rsyd.dk

Fokusgrupperne afholdes på følgende datoer:

Planområde Nord

Kommuner: Afholdes på Hillerød hospital – torsdag d. 01.03.18 kl. 13.30-15.00

Planområde Midt

Kommuner: Herlev hospital – fredag d. 02.03.18 kl. 13.30-15.00

Planområde Syd

Kommuner: Rigshospitalet – fredag d. 09.03.18 kl. 13.30-15.00

Planområde Byen

Kommuner: Rigshospitalet – fredag d. 09.03.18 kl. 13.30-15.00

Planområde Bornholm

Tværasektoriel fokusgruppe – kommune og hospital

Bornholms hospital – mandag d. 05.03.18 kl. 13.30-15.00

Med venlig hilsen

Bibi Charlotte Hansen
Udviklingskonsulent

Kandidat i sundhedsvidenskab, bachelor i fysioterapi og certificeret coach og terapeut
Direkte: 24 91 38 08
Mail: bibi.charlotte.hansen@regionh.dk

Region Hovedstaden

Enhed for Kompetenceudvikling og Uddannelse, sundhedsprofessionelle, Center for HR
c/o Gentofte Hospital
Kildegårdsvej 28, opg. 65
2900 Hellerup
Tlf.: 38 66 99 99
Hjemmeside: www.regionh.dk/CenterforHR
Twitter: https://twitter.com/RegionH_Udd

Bilag 3: Oversigt over planområder i Region Hovedstaden og de inkluderede hospitaler og kommuner

Planområde	Hospitaler	Kommuner
Nord	Nordsjællands Hospital - Hillerød	Frederikssund Gribskov Halsnæs Hillerød Allerød Helsingør Fredensborg Hørsholm
Midt	Herlev Hospital Gentofte Hospital	Egedal Furesø Ballerup Herlev Rødovre Gladsaxe Lyngby-Taarbæk Rudersdal Gentofte
Byen	Rigshospitalet Bispebjerg-Frederiksberg Hospital	Frederiksberg Københavns
Syd	Amager Hospital Glostrup Hospital Hvidovre Hospital	Høje-Taastrup Albertslund Ishøj Vallensbæk Brøndby Glostrup Hvidovre Tårnby Dragør
Bornholm	Bornholms Hospital	Bornholms

Bilag 4: Semi-struktureret interviewguide

Tema	Spørgsmål	Tid (i alt 1,5 t)
Introduktion	<p>Præsentation af interviewere – Henriette og Bibi <u>Tak fordi I vil deltage</u></p> <p>6 gruppe-interview i alt</p> <p>Formålet er at undersøge hvordan kompetenceudvikling bidrager til at implementere behovsvurdering i Region Hovedstaden</p> <p>Optages, men data behandles fortroligt – I vil fremstå anonyme</p>	3 minutter
Samtykkeerklæring	<p>Bede dem læse og underskrive samtykkeerklæringen. Spørgsmål?</p>	1 minut
Introduktion fortsat	<p>Der er 2 temaer, vi skal igennem og der er sat 1,5 timer af til det.</p> <p>Ikke et klassisk interview, men en samtale mellem jer, hvor alle helst skal komme på banen. Jeg skal nok bidrage, hvis I går i stå. Sidder og kigger lidt ned og noterer ind i mellem – det er for at holde overblikket og være sikker på, at vi kommer rundt om det hele. Kigger på mit ur for at holde øje med tiden.</p> <p>Ingen synspunkter er mere rigtige end andre – alle er lige vigtige. Vi er her for at få indblik i jeres oplevelser.</p>	2 minutter
Indledende spørgsmål	<p>Navn, anciennitet, faggruppe.</p>	5 minutter
Tema 1	<p>Præsentation af tema 1: <u>Kursus i behovsvurdering: 'Støtte til livet med kræft' - behovsvurdering</u></p> <p>Jeg stiller et spørgsmål og så er tanken, at I skal tale om det, indtil I er klar over, hvordan I alle sammen har det med det. Spørg gerne ind til hinanden, hvis der er noget I ikke forstår.</p> <p><i>HUSK AT: sige sit navn, når man starter en sætning. Ikke at skramle med papir og kaffekop.</i></p> <p>Formålet med kurset: Kursisten vil efter kurset kunne afholde behovssamtaler med patienter/borgere med kræft iht. forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation i relation til kræft. Få kendskab til mulige rehabiliterende og pallierende indsatser. Få indsigt i definitioner, krav, opgaver iht. forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation i relation til kræft.</p> <p>Hvordan har kurset/undervisningen i behovsvurderingssamtaler støttet jer i at bruge skemaet 'Støtte til livet med kræft' i jeres kliniske hverdag? (Evt. hvad skal der mere til? Hvad havde I forventet? Er der noget der har manglet? Hvad fik I ud af undervisningen?)</p> <p>Hvordan anvender I det regionalt udviklede skema til behovsvurdering? ('Støtte til livet med kræft')</p> <ul style="list-style-type: none"> - Barrierer/fremmere for brug af skemaet? - Hvordan bruges skemaet af patienten/borgeren? - Positive/negative erfaringer med brugen? <p>Hvordan adskiller samtaler med behovsvurderingsskemaet sig fra andre samtaler du har med patienterne? (Systematik (÷ personafhængig vurdering), social ulighed, andet?)</p>	35 minutter
PAUSE	<p>Te/kaffe og kage opfyldning</p>	2 minutter
Tema 2	<p>Præsentation af tema 2: <u>Implementering af behovsvurdering blandt kræftpatienter.</u></p> <p>Hvordan er behovsvurdering af kræftpatienter blevet implementeret på jeres afdeling/</p>	35 minutter

	<p>i jeres kommune? <i>[Begrebsafklaring af implementering – indført/indarbejdet]</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvem har haft ansvar for at få implementeret behovsvurdering i jeres afsnit/kommune? <p>Hvordan påvirker ledelse og organisering implementeringsarbejdet?</p> <p>Hvordan oplever I samarbejdet med andre sektorer ift. behovsvurdering? (Hvad er godt? Hvad kan forbedres?)</p> <p>Hvad skal der til for at fremme det tværsektorielle samarbejde i relation til behovsvurdering, tror I?</p> <p>Nu har I nævnt X og X.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvordan er det lykkedes med at implementere behovsvurdering? - Hvad har årsagen været til det? - Hvad har været en hindring? <ul style="list-style-type: none"> o Eksempler: behovsvurderingsskema, brugerinddragelse, tværsektorielt arbejde, øvrige implementeringsopgaver? <p>Efterspørgsel på opgaven? Manglende viden?</p> <p>Hvis I kunne bestemme – hvad vil I gerne anbefale RegH at gøre fremover i forhold til behovsvurdering? (opridsning af hvad der er blevet nævnt af pointer i tema 1 og 2 og opsamling – spørge ind til om der mangler noget, om jeg kommer omkring det hele)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvilke andre ting kunne understøtte implementeringen? (Tid, lokaler og økonomi er ikke et problem i dette tænkte eksempel) <p>Hvad skal der (mere) til for at implementere behovsvurdering?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Andet som kan fremme implementering og anvendelse af systematisk brug af behovsvurdering? 	
<p>Afslutning</p>	<p>Nogle der brænder inde med noget? Hvordan har det været at være med? Tak.</p>	<p>2 minutter</p>

Bilag 5: Oversigt over årsager til afslag på fokusgruppetagelse fra kommunale medarbejdere

Årsager for afslag til deltagelse i fokusgruppeinterview
Manglende tid / manglende ressourcer
Andre møder/patientundervisning/ikke mulighed for at deltage/forhindret
Ferie
Har endnu ikke deltaget i kurset
Levering af e-mail mislykkedes

Bilag 6: Temaer og subtemaer i den kvalitative analyse

Implementering
Prioritering og Ledelse
Ansvarsplacering el. Nøgleperson
Usikkerhed om de procedurer der omgiver behovsvurdering
Lokale implementeringsløsninger
Kursus
Booster undervisning
Tværasektorielt samarbejde
Behovsvurdering (inkl. systematik)
Barrierer
Opgavens omfang
Skemaet
Slutbrugeren
Forskellighed i hvem der ønsker behovsvurdering
Kompetencer
Oplevelse af, at behovsvurdering ikke tilfører noget nyt
Intersektorielt samarbejde
Organisering
Ideer til forbedring
FG udbytte

Bilag 7: Informationsark om projektet

REHPA

Videncenter for
Rehabilitering og Palliation

Skriftlig information om forskningsprojektet

Evaluering af kompetenceudvikling som element i implementering af behovsvurdering i forbindelse med rehabilitering og palliation hos kræftpatienter (EVAKOM kræft)

I 2012 udkom det første "Forløbsprogram for Rehabilitering og Palliation i forbindelse med Kræft". Forløbsprogrammet anbefalede blandt andet, at alle kræftpatienter skulle tilbydes vurdering af behov for rehabilitering og/eller palliation. I forbindelse med implementering af forløbsprogrammets anbefalinger har Region Hovedstaden blandt andet iværksat et tværsektorielt kompetenceudviklingsprogram.

Region Hovedstaden gennemfører i samarbejde med REHPA en evaluering mhp. at undersøge sammenhængen mellem de iværksatte kompetenceudviklings tiltag og implementeringen af behovsvurdering i praksis, i overensstemmelse med anbefalingerne i forløbsprogrammet. Formålet er at undersøge, hvordan kompetenceudvikling bidrager til implementering af programanbefalinger. I forbindelse med undersøgelsen gennemføres fokusgruppeinterview med deltagere fra nævnte kompetenceudviklingsforløb. Fokusgruppeinterviewene afholdes på forskellige lokaliteter rundt omkring i Region H. Interviewdata sammenholdes med kvantitative data fra REHPAs kortlægning af kræftrehabilitering i Danmark og resultaterne offentliggøres i en rapport.

Den dokumenterede viden fra undersøgelsen forventes desuden formidlet i en videnskabelig artikel, så den bidrager til forskningen på området.

Projektdeltagernes udsagn i interviewet behandles fortroligt og i formidlingen vil de fremstå anonymt.

Projektet er finansieret af Region Hovedstadens egne midler og udføres af REHPA og Region Hovedstaden i samarbejde.

REHPA Videncenter for Rehabilitering og Palliation er et videncenter, der kortlægger, forsker i, udvikler og formidler viden om rehabilitering og palliation. REHPA er en del af Odense Universitets Hospital og Syddansk Universitet. Man kan læse mere om REHPA på adressen www.rehpa.dk

Bilag 8: Tabel over inkluderede stillingstyper i overordnede stillingstypekategorier

Kategoriseret stillingstype					
Leder (n)	Sundhedsfaglig medarbejder (n)	Socialfaglig medarbejder (n)	Andet (n)	Sekretær (n)	Ikke angivet (n)
Afdelingssygeplejerske (28)	Sygeplejerske (487)	Sagsbehandler (3)	Konsulent (8)	Sekretær (4)	Ikke angivet (21)
Overlæge (8)	Fysioterapeut (42)	Socialrådgiver (2)	Klinisk vejleder (4)		
Leder (5)	SOSU (14)		Koordinator (4)		
Afdelingslæge (4)	Ergoterapeut (13)		Samordnings- konsulent (3)		
Oversygeplejerske (3)	Læge (4)		Specialist (1)		
Klinisk oversygeplejerske (2)	Radiograf (4)		Elev (1)		
Praktiserende læge (2)	Sygepleje- specialist (3)				
Afdelingsterapeut (1)	Konsultations- sygeplejerske (2)				
Projektleder (1)	Diætist (1)				
	Psykolog (1)				
	Visitor (1)				

Vestergade 17
5800 Nyborg
21 81 10 11
rehpa@rsyd.dk
www.rehpa.dk

 www.facebook.com/videncenterrehpa

 www.twitter.com/rehpa_dk

 www.linkedin.com/company/3306677