

# REHPA

Videncenter for  
Rehabilitering og Palliation

## KRÆFTREHABILITERING I DANMARK

Kortlægning af praksis på hospitaler og i kommuner

Jette Thuesen, Henriette Knold Rossau, Sarah Frausing,  
Lars Hermann Tang & Tina Broby Mikkelsen



# **Kræftrehabilitering i Danmark – kortlægning af praksis på hospitaler og i kommuner**

Forfattere: Jette Thuesen, Henriette Knold Rossau, Sarah Frausing, Lars Hermann Tang, Tina Broby Mikkelsen

Copyright © 2017

REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation

Syddansk Universitet og Region Syddanmark

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.

Layout: Charlotte Toft-Petersen

Foto: Colourbox

Tryk: Syddansk Universitet

ISBN: 978-87-93356-24-5

ISBN (online): 978-87-93356-25-2

REHPA, december 2017

1. udgave

## **REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation**

Vestergade 17

5800 Nyborg

Telefon 21 81 10 11

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

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

Rapporten kan downloades fra [www.rehpa.dk](http://www.rehpa.dk)

## FORORD

Denne rapport tegner et billede af kræftrehabilitering på danske hospitaler og i kommuner i 2016-2017.

Kræftrehabilitering blev allerede beskrevet i 1960'erne i USA, mens kræftrehabilitering som begreb og praksis først blev introduceret i Danmark omkring årtusindskiftet. På den baggrund er den aktuelle status i Danmark, afrapporteret i denne rapport, bemærkelsesværdig. Den vidner om en stor indsats både fra fagpersoner, planlæggere, politikere og forskere. Rapporten fremhæver samtidig en række områder, hvor kræftrehabiliteringsindsatsen kan forbedres, herunder gentænkning af behovsvurderingspraksis, styrkelse af tværsektorielle henvisningspraksis, ensartning, monitorering og kvalitetssikring af tilbud samt styrket fokus på palliative behov og indsatser.

Vi håber, rapportens resultater og anbefalinger vil inspirere fagpersoner og andre interessenter og bidrage til udvikling af sammenhængende rehabiliterings- og palliative indsatser for de mennesker, der har brug for det.

Rapporten er udarbejdet af postdoc Jette Thuesen (projektleder for den regionale kortlægning og den samlede afrapportering), postdoc Lars Hermann Tang (projektleder for den kommunale kortlægning) og forsker Tina Broby Mikkelsen (spørgeskemaer og databehandling på den samlede kortlægning). Desuden har videnskabelig assistent Henriette Knold Rossau og studentermedhjælper Sarah Frausing deltaget i afrapporteringen, ligesom studentermedhjælper Morten Jarlbæk og træningsassistent Sayed Ibn Alam har bidraget undervejs. Kortlægningerne er gennemført med stor hjælp og opbakning fra en referencegruppe og klinikere, som har testet skemaerne.

En stor tak til alle som har bidraget til kortlægningerne og denne rapport:

*Ekstern referencegruppe:* Forløbskoordinator Vibeke Dahl, Randers Kommune; centerchef Dorte Thoning Hofland, Tranehaven, Gentofte Kommune; forskningsleder Karen la Cour, SDU; centerleder Dorte Gilså Hansen, SDU; læge Nana Brochmann Mortensen, Roskilde Sygehus; konsulent Stine Hedegaard Scheuer (afløst af Bo Andreassen Rix og Camilla Faldt Thomsen), Kræftens Bekæmpelse. *Intern referencegruppe:* Postdoc Karin Dieperink, diætist Marianne Boll Kristensen, seniorforsker Lene Jarlbæk, postdoc Eva Jespersen, sygeplejerske Lærke Kjær Tholstrup, fysioterapeut Susan Dybkjær Johansen og socialrådgiver Jan Tofte.

*Eksterne testere af spørgeskemaerne:* oversygeplejerske Merete Bech Poulsen og afdelingssygeplejerske Tina Storm Larsen, OUH; kræftrehabiliteringssygeplejerske Lise Bjerrum Thisted, Rigshospitalet; rehabiliteringskoordinator Christel Højbjerg, Aarhus Universitetshospital; fysioterapeut MR Eva Jespersen, fysioterapeut Kirsten Jensen, ergoterapeut Jane Rafn, fysioterapeut Marianne Holt, ergoterapeut Mette Bolt, fysioterapeut Anders Hansen, alle fra OUH; centerchef speciallæge Jette Vibe-Petersen, Center for Kræft & Sundhed, Københavns Kommune; konsulent Anne Hagen Nielsen, Kommunernes Landsforening og udviklingskonsulent Ditte Marie Bruun, Kræftens Bekæmpelse.

En stor tak til lektor og forskningsleder Maria Kristiansen, Københavns Universitet for et grundigt og konstruktivt review af rapporten.

Ann-Dorthe Zwisler,  
Centerleder, professor  
Nyborg, december 2017

## INDHOLDSFORTEGNELSE

FORORD .....	2
INDHOLDSFORTEGNELSE .....	3
ENGLISH SUMMARY .....	5
RESUMÉ .....	8
Sektion 1: INTRODUKTION .....	11
1.1.    INDLEDNING .....	11
1.2.    BAGGRUND.....	11
1.3.    FORMÅL & MÅL .....	11
1.4.    METODE & MATERIALER .....	12
1.4.1.    Spørgeskemaer .....	12
1.4.2.    Respondenter .....	13
1.4.3.    Udsendelse og rykkerprocedure .....	13
1.4.4.    Respondenters karakteristika .....	14
1.4.5.    Præsentation af data samt resultatets validitet.....	16
1.4.6.    Etik .....	16
Sektion 2: RESULTATER.....	17
2.1. PROGRAMMER OG UDVIKLINGSTENDENSER .....	17
2.1.1. Kendskab til programmer .....	17
2.1.2. Udviklingstendenser .....	18
2.1.3. Sammenfatning vedrørende udviklingstendenser .....	21
2.2. BEHOVSVURDERING .....	21
2.2.1. Behovsvurdering på sengeafdelinger og ambulatorier .....	22
2.2.2. Ergo- og fysioterapeuters involvering i behovsvurdering på hospitaler .....	30
2.2.3. Systematisk behovsvurdering i kommuner .....	30
2.2.4. Inddragelse af patient hhv. borger og evt. pårørende i beslutning om indsats.....	34
2.2.6. Sammenfatning vedrørende behovsvurdering .....	34
2.3. FAGLIGE REHABILITERINGSINDSATSER.....	36
2.3.1. Sengeafdelingens og ambulatoriers rehabiliteringstilbud .....	37
2.3.2. Ergo- og fysioterapeuters rehabiliteringstilbud - hospital .....	39
2.3.3. Kommunernes rehabiliteringstilbud.....	41
2.3.4. Kapacitet versus behov.....	45
2.3.5. Sammenfatning vedrørende faglige rehabiliteringsindsatser .....	49

2.4. TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE .....	51
2.4.1. Deltagere i tværfagligt samarbejde .....	51
2.4.2. Muligheder for tværfagligt samarbejde .....	52
2.4.3. Barrierer for tværfagligt samarbejde .....	52
2.4.4. Sammenfatning vedrørende tværfagligt samarbejde .....	55
2.5. KOORDINATION OG SAMMENHÆNGENDE FORLØB – TVÆRSEKTORIELT .....	56
2.5.1. Hospitalsrespondenter .....	56
2.5.2. Kommunale respondenter.....	58
2.5.3. Muligheder for sammenhængende forløb.....	59
2.5.4. Barrierer for sammenhængende rehabiliteringsforløb.....	60
2.5.5. Sammenfatning vedrørende koordination og sammenhængende forløb .....	61
2.6. SAMARBEJDE MED ANDRE AKTØRER .....	62
2.7. EVALUERING AF INDSATSER .....	63
2.7.1. Sammenfatning vedrørende evaluering af indsatser .....	64
2.8. DELTAGELSE I FORSKNING, UDVIKLING OG FORMIDLING.....	64
Sektion 3: DISKUSSION, KONKLUSION OG ANBEFALINGER.....	66
DISKUSSION .....	66
KONKLUSION .....	70
ANBEFALINGER.....	71
REFERENCELISTE .....	72
BILAG 1 .....	74
BILAG 2 .....	79
BILAG 3 .....	82

## ENGLISH SUMMARY

The mapping of cancer rehabilitation in hospitals and municipalities is based on national and regional cancer programs: Rehabilitation and palliation program for cancer from 2012 and diagnosis-specific follow-up programs from 2015. The mapping includes four themes: Needs assessment, rehabilitation efforts beyond needs assessment, interdisciplinary cooperation, and coordination and coherent processes. The municipalities are also asked about the evaluation of their activities. The theme of needs assessment is the main topic of the survey.

We received responses from inpatient wards and outpatient clinics, as well as therapy departments, covering the following diagnoses: breast cancer, prostate cancer, head-neck cancer, malignant melanoma, haematological cancer and brain cancer. The response rate was 76% from the inpatient wards and outpatient clinics, 69% from the therapy departments and 98% from the municipalities. Questionnaires were answered in December 2016 for hospitals and in June 2017 for the municipalities.

### RESULTS

Cancer rehabilitation is still a new practice in Denmark but there has been increased awareness of its importance since the turn of the millennium. Over the last 5 years – i.e. since cancer plan III - significant progress has been made in rehabilitation and palliation. Development has been particularly evident in the areas of need assessment and specific rehabilitation activities.

Systematic needs assessment is one of the main themes of this mapping exercise. In 30% of the inpatient wards and outpatient clinics, all patients are offered a need assessment. In 38% of the departments, over half of the patients are offered a need assessment. Far from all patients accept the offer of a needs assessment on inpatient wards and in outpatient clinics. Needs assessment at the hospitals is carried out by nurses 95% of the time on inpatient wards and in outpatient clinics, often in collaboration with other professionals, especially doctors and physiotherapists. The regionally developed schemes are used by 94% of respondents on inpatient wards and in outpatient clinics, and they are considered better suited to identify rehabilitation needs than palliative needs. According to 76% of respondents from inpatient wards and outpatient clinics, the needs assessment always or often leads to a letter of referral or similar, to the home municipality.

In the municipalities, the regionally developed scheme is used together with many other forms and tools in the initial assessment of the patient. According to the survey, 26% of municipalities do not use the regionally developed scheme. The mapping exercise also found for 92% of municipality respondents, all the citizens who come into contact with the municipality cancer rehabilitation service receive an initial conversation about function and everyday life.

Both in hospitals and in municipalities, patients / citizens are always involved in decision making decisions.

**An important aspect of rehabilitation is of course the rehabilitation services** offered to patients. Guidance on illness and late adverse effects, physical exercise during treatment, lymphedema treatment for breast cancer and malignant melanoma together with rehabilitation for haematological cancer and prostate cancer are often included in the hospital's standard rehabilitation service. For rehabilitation in head-neck cancer and brain cancer, there was a large variation in the response of the hospitals, indicating some

uncertainty about the assignment of activities. The response categories "we do not have the service" and "do not know" are used frequently and also indicate uncertainty about where activities are currently occurring.

Existential and psychosocial interventions are often included in the hospital as standard, except for return to work efforts or clarification of the work situation. The municipality is expected to manage this aspect. In the municipalities, social and legal services are offered infrequently. This may partly be due to a lack of knowledge among the respondents, who are from the healthcare part of municipality cancer rehabilitation service. In addition, there are a relatively large number of municipalities that do not carry out interventions related to sexuality and support for relatives.

Generally, the services offered by the municipalities meet the hospital's expectations. The municipalities feel they provide good coverage of physical training, smoking cessation and nutritional guidance. Some municipalities have diagnostic-specific interventions; mainly for breast cancer, head-neck cancer, prostate cancer and brain cancer patients. Most municipalities offered both individual and team-based services. The municipalities consider predominantly that the services they offer are wholly or partly sufficient, while this applies less to hospitals.

Palliative efforts and services offered to advanced cancer patients are estimated by approximately half of respondents in both hospitals and municipalities as partially adequate, but a large "not known" rate indicates that there is also uncertainty about the position and status of the services.

**Cross-disciplinary cooperation** is described as an effective organizational principle in rehabilitation and is part of the program's recommendations. The survey asked whether interdisciplinary cooperation occurred in connection with specific rehabilitation efforts.

Municipality respondents are increasingly considering interdisciplinary cooperation more than hospital respondents - and in practice, municipalities report a higher degree of interdisciplinary organization of rehabilitation interventions. In the municipalities and therapies, cooperation is also being organized across departments and administrations. Time is the main barrier to interdisciplinary working, but there is also reported a lack of tradition for interdisciplinary cooperation.

Rehabilitation is often managed across sectoral boundaries, and cross-sectoral cooperation, coordination and coherence are therefore important subjects in the survey, just as they are in the disease management program.

In the hospitals, cross-sectoral coordination and coherence are supported electronically.

Among the municipality respondents, half report on specific methods to ensure cross-sectoral coordination and coherence in rehabilitation. Methods include meetings, networks, digital solutions and pamphlets.

Both sectors report that lack of knowledge and knowledge of municipal services is a significant barrier to collaborative working.

The survey shows a great diversity in **cooperation with other rehabilitation services**. Danish Cancer Society is often highlighted as a NGO collaborative partner.

Among the municipalities there are 81 who report that **they evaluate their rehabilitation efforts**, using different parameters. Within the various effectiveness parameters, the municipalities use a variety of tools, both known validated tools and self-developed schemes.

In recent years, a total of 62% of inpatient wards and outpatient clinics, 32% of therapies and 24% of municipalities have **participated in research and / or development projects** in the area of cancer rehabilitation. They report a wide range of projects. Most of the municipality respondents participated in other types of knowledge sharing projects that contribute to greater quality and equity across municipality services.

## **CONCLUSION**

The survey shows that both hospitals and municipalities have come a long way with their implementation of cancer rehabilitation, especially regarding needs assessment and specific rehabilitation efforts. The survey also demonstrates how there is still scope for improvement across the survey's main themes. These ongoing challenges are summarized in the report's six recommendations.

## **RECOMMENDATIONS**

The first recommendation is about needs assessment, which is still being developed in practice. If the needs assessment is to comply with the disease management program's intention that all patients should have their needs regarding rehabilitation and palliative care, it is necessary to reconsider the practice of needs assessment.

The second recommendation is about cross-sectoral cooperation and the hospital's referral of patients to municipality services. If patients are to be systematically referred to relevant rehabilitation services, there is a need to strengthen cross-sectoral cooperation, especially regarding task assignment as well as hospital knowledge and trust in municipal cancer rehabilitation.

The survey also indicates that there is a need to develop professional guidelines for cancer rehabilitation - and to evaluate how they are observed in practice. This is a prerequisite for the development of more consistent cancer rehabilitation efforts and for methods of evaluating practice.

Finally, the report demonstrates the need for increased focus on rehabilitation for advanced cancer patients and on palliative services in relation to cancer rehabilitation.



## RESUMÉ

Kortlægningen af kræftrehabilitering på sygehuse og i kommuner tager udgangspunkt i nationale og regionale kræftprogrammer: Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft fra 2012 (1) og diagnosespecifikke Opfølgingsprogrammer fra 2015 (2). Kortlægningen omfatter fire temaer: *Behovsvurdering, rehabiliteringsindsatser ud over behovsvurdering, tværfagligt samarbejde samt koordination og sammenhængende forløb*. Kommunerne er desuden spurgt om evaluering af indsatser. Temaet behovsvurdering er hovedtema i kortlægningen.

Fra hospitalerne deltager sengeafdelinger, ambulatorier og terapiafdelinger, der behandler diagnoserne: brystkræft, prostatakræft, hoved-halskræft, modermærkekræft, hæmatologisk kræft og hjernekræft. Fra sengeafdelinger og ambulatorier har 76 % af de adspurgte svaret, fra terapiafdelinger 69 % og fra kommuner 98 %. Spørgeskemaer er besvaret december 2016 på hospitalerne og juni 2017 i kommunerne.

## RESULTATER

Kræftrehabilitering er stadig en ny praksis i Danmark og har haft en særlig bevågenhed efter årtusindskiftet. De seneste 5 år – dvs. efter kræftplan III – er der sket en betydelig udvikling, både hvad angår rehabilitering og palliation. Udviklingen har været særlig tydelig på områderne *behovsvurdering og konkrete rehabiliteringsindsatser*.

Ét af kortlægningens hovedtemaer er **systematisk behovsvurdering**. På 30 % af sengeafdelinger og ambulatorier tilbydes *alle* patienter behovsvurdering. På 38 % af afdelingerne tilbydes *over halvdelen* af patienterne behovsvurdering. Langt fra alle patienter på sengeafdelinger og ambulatorier tager imod tilbuddet. På 95 % af sengeafdelinger og ambulatorier gennemføres behovsvurdering af sygeplejersker - ofte i samarbejde med andre fagpersoner, især læger og fysioterapeuter. De regionalt udviklede skemaer anvendes af 94 % af respondenterne fra sengeafdelinger og ambulatorier, og de vurderes bedre egnet til at identificere rehabiliteringsbehov end palliative behov. Ifølge 76 % af respondenterne fra sengeafdelinger og ambulatorier fører behovsvurderingen altid eller ofte til en korrespondancemeddelelse eller lignende til hjemkommunen.

I kommunerne anvendes det regionalt udviklede skema sammen med mange andre skemaer og redskaber i den indledende vurdering af borgeren<sup>1</sup>. Kortlægningen viser, at 26 % af kommunerne slet ikke anvender det regionalt udviklede skema. Ifølge 92 % af de kommunale respondenter modtager alle borgere, der kommer i kontakt med den kommunale kræftrehabilitering, en indledende samtale om funktionsevne og hverdagsliv.

Både på sygehuse og i kommuner inddrages patienter/borgere altid eller ofte i beslutninger om indsats.

**Et vigtigt aspekt i rehabilitering er naturligvis selve de konkrete indsatser**, patienterne tilbydes. Vejledning om sygdom og senfølger, fysisk træning under behandling, lymfødembehandling ved brystkræft og modermærkekræft samt genoptræning ved hæmatologisk kræft og prostatakræft indgår ofte i hospitalets standard-rehabiliteringstilbud. For genoptræning ved hoved-halskræft og hjernekræft er der en stor variation i hospitalsrespondenternes svar, hvilket tyder på en vis usikkerhed om opgaveplacering.

---

<sup>1</sup> Vi bruger betegnelsen "borger" i kommunal sammenhæng og "patient" i hospitalsammenhæng.

Svarkategorierne "vi har ikke indsatsen" og "ved ikke" anvendes hyppigt og tyder ligeledes på usikkerhed om opgaveplaceringen.

Eksistentielle og psykosociale indsatser indgår ofte som standard på hospitalet - med undtagelse af indsatser til arbejdsfastholdelse eller afklaring af arbejdssituation, som kommunen forventes at varetage. I kommunerne er de socialfaglige og juridiske indsatser dem, der hyppigt ikke kan tilbydes. Det kan til dels skyldes manglende viden hos respondenter fra den sundhedsfaglige del af den kommunale kræftrehabilitering. Desuden er der et forholdsvist stort antal kommuner, der ikke varetager indsatser vedrørende seksualitet og støtte til pårørende.

Generelt synes kommunerne at kunne leve op til hospitalets forventninger om, hvilke indsatser de varetager. Kommunerne synes godt dækket ind med fysisk træning og genoptræning, rygestop og ernæringsvejledning. En del kommuner har diagnosespecifikke indsatser; flest til borgere med brystkræft, hoved-halskræft, prostatakræft og hjernekræft. De fleste kommunale indsatser tilbydes både individuelt og holdbaseret. Kommunerne finder overvejende, at deres tilbud er helt eller delvist tilstrækkelige, mens dette i mindre grad gør sig gældende på hospitalerne.

Palliative indsatser og indsatser ved fremskreden kræft vurderes som delvist tilstrækkelige af omkring halvdelen af respondenterne fra både hospitaler og kommuner, men en stor "ved ikke" frekvens vidner om, at der også her er usikkerhed om opgavens placering og status.

**Tværfagligt samarbejde** er beskrevet som et effektivt organiserende princip i rehabilitering og indgår i forløbsprogrammets anbefalinger. Der er i kortlægningen spurgt til tværfagligt samarbejde i forbindelse med konkrete rehabiliteringsindsatser.

Kommunale respondenter vurderer i højere grad det tværfaglige samarbejde som tilstrækkeligt end hospitalsrespondenter – og i praksis rapporterer kommunerne en højere grad af tværfaglig organisering af rehabiliteringsindsatser. I kommunerne og terapiafdelingerne samarbejdes der desuden på tværs af afdelinger hhv. forvaltninger. Tid er den væsentligste barriere for at arbejde tværfagligt, men der rapporteres også om manglende tradition for tværfagligt samarbejde.

**Rehabilitering løses ofte på tværs af sektorgrænser**, og tværsektorielt samarbejde, koordination og sammenhæng er derfor væsentlige temaer i kortlægningen, lige som det er i forløbsprogrammet.

På hospitalerne understøttes tværsektoriel koordination og sammenhæng især elektronisk.

Blandt de kommunale respondenter rapporterer under halvdelen om særlige metoder til at sikre tværsektoriel koordination og sammenhæng i rehabiliteringen. Metoder er møder, netværk, digitale løsninger og pjecer.

Begge sektorer rapporterer, at manglende viden om og kendskab til kommunale tilbud er en væsentlig barriere for sammenhængende forløb.

Kortlægningen viser en stor mangfoldighed af **samarbejde med andre aktører om rehabilitering**. Kræftens Bekæmpelse fremhæves hyppigt som samarbejdspartner.

81 kommuner rapporterer, at **de evaluerer deres rehabiliteringsindsatser**, og de gør det på forskellige parametre. Inden for de forskellige effektparametre anvender kommunerne en lang række redskaber, både kendte validerede redskaber og selvudviklede skemaer.

I alt 62 % af sengeafdelinger og ambulatorier, 32 % af terapiafdelingerne og 24 % af kommunerne har de senere år **deltaget i forsknings- og/eller udviklingsprojekter** på området. Der er tale om en bred vifte af projekter. De fleste kommunale respondenter deltager i andre typer af videndelingsprojekter, som bidrager til større kvalitet og ensartethed på tværs af kommunernes tilbud.

## **KONKLUSION**

Kortlægningen viser, at både hospitaler og kommuner er nået langt med implementering af kræftrehabilitering, især hvad angår *behovsvurdering* og *konkrete rehabiliteringsindsatser*. Den vidner desuden om, at der fortsat er mulighed for forbedring på de områder, kortlægningen omfatter. I rapporten er udfordringerne sammenfattet til seks anbefalinger.

## **ANBEFALINGER**

Anbefalingerne adresserer behovet for at gentænke behovsvurderingspraksissen, hvis den skal leve op til forløbsprogrammets intention om, at alle patienter skal have identificeret behov for rehabilitering og palliation. Derudover er der brug for at styrke det tværsektorielle samarbejde, især hvad angår opgavedeling og hospitalernes kendskab og tillid til kommunal kræftrehabilitering, hvis patienter skal henvises systematisk til relevante rehabiliteringsindsatser.

Kortlægningen tyder desuden på, at der er brug for at udvikle faglige retningslinjer for kræftrehabilitering og for at evaluere, hvordan de efterleves i praksis – som forudsætning for at udvikle mere ensartede kræftrehabiliteringsindsatser og evalueringsmetoder i praksis. Endelig vidner rapporten om, at der er brug for et øget fokus på rehabilitering ved fremskreden kræft og på palliativ indsats i relation til kræftrehabilitering.

# Sektion 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. REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation følger udviklingen og de forskellige initiativer, der sættes i værk. Det gælder særligt implementering af Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer, opfølgingsprogrammer og faglig udvikling mere generelt. REHPA har kortlagt kræftrehabilitering på danske hospitaler og i danske kommuner med afsæt i programmerne som blev iværksat fra 2012 – 2015 i forlængelse af Kræftplan III. Kortlægningerne er suppleret med enkelte spørgsmål om den palliative indsats i relation til rehabilitering.

Spørgeskemaundersøgelserne er gennemført i perioden december 2016 til juli 2017. Fremover planlægges kortlægninger gennemført hvert tredje år med henblik på at følge udviklingen.

## 1.2. BAGGRUND

Kræftrehabilitering blev introduceret i Danmark omkring årtusindskiftet og indgår i dag i indsatsen på kræftområder i alle sektorer. Den sygdomsspecifikke del af rehabiliteringen, som er beskrevet i opfølgingsprogrammer for kræft (2), indgår overvejende i hospitalernes opgaver, mens den generelle del indgår i kommunernes opgaver, som er beskrevet i opfølgingsprogrammerne (ibid) og i forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft (1) og udmøntet i lokale implementeringsplaner (3). Desuden kan almen praksis have opgaver i tilknytning til rehabilitering, eksempelvis identifikation af behov og henvisning til relevante tilbud (1). Den tværsektorielle opgavedeling kan variere.

I 2013 havde 75 % af kommunerne tilbud om kræftrehabilitering ifølge en kortlægning gennemført af Kristiansen og kolleger. Undersøgelsen blev gennemført som elektronisk spørgeskemaundersøgelse, og 93 % af kommunerne deltog (4). Kristiansen og kolleger har gentaget kortlægningen i 2016 og finder, at alle kommuner nu har tilbud om kræftrehabilitering; en kommune henviser dog til nabokommunen pga. størrelse (5). Kortlægninger fra hospitalsregi i Danmark har primært omhandlet klinisk praksis relateret til behovsvurdering og planlægning af rehabiliteringsindsats (6, 7). Der kendes ikke til studier, der har kortlagt sygdomsspecifikke rehabiliteringsindsatser i hospitalsregi i en dansk kontekst.

De nævnte kortlægninger samt dokumenter fra Kræftens Bekæmpelse (8) og udsagn fra REHPAs Advisory Board har afdækket et behov for at gøre status og følge udbredelsen inden for fire overordnede temaer, relateret til kræftrehabilitering i kommunalt regi og på hospitaler i Danmark: *Behovsvurdering, konkrete indsatser, tværfagligt samarbejde samt koordination & sammenhængende forløb*. Hvad angår konkrete indsatser er der desuden behov for at spørge specifikt til rehabilitering til mennesker med fremskreden kræft og koordinering af rehabilitering og palliative indsatser (9).

## 1.3. FORMÅL & MÅL

Formålet med kortlægningen er at indsamle og formidle viden om kræftrehabilitering med fokus på de fire temaer: *Behovsvurdering, konkrete indsatser (til kræftoverlevende og patienter<sup>2</sup> med fremskreden kræft), tværfagligt samarbejde, samt koordination & sammenhængende forløb* – herunder *koordinering af*

---

<sup>2</sup> Vi bruger betegnelsen "patient" i hospitalssammenhæng og "borger" i kommunal sammenhæng.

*rehabilitering og palliation*. Kortlægningen fokuseres særligt i forhold til de diagnoser og indsatsområder REHPA i øvrigt beskæftiger sig med, herunder behovsvurdering. Målet er at få overblik over de aktuelle indsatser og desuden skabe et grundlag for at følge udviklingen på de nævnte områder. Kortlægningen gennemføres som beskrevet med afsæt i danske anbefalinger for hospitaler, kommuner og almen praksis.

## 1.4. METODE & MATERIALER

Rapporten er udarbejdet på baggrund af to kortlægninger: en hospitalskortlægning og kommunal kortlægning. Kortlægningerne er gennemført som elektroniske spørgeskemaundersøgelser i SurveyXact. Spørgeskemaerne i hospitalskortlægningen er diagnosespecifikke, afgrænset til diagnoserne brystkræft, prostatakræft, hoved-halskræft, modermærkekræft, hæmatologisk kræft og hjernekræft. Diagnoserne repræsenterer en variation af behov og indsatser, både patientoplevet, sygdomsmæssigt, fagligt og organisatorisk og er desuden i fokus i REHPAs indsats 2015-2019. Endvidere er brystkræft den hyppigste kræftform hos kvinder og prostatakræft den hyppigste hos mænd<sup>3</sup>. Den kommunale kortlægning er ikke diagnosespecifik.

### 1.4.1. Spørgeskemaer

I modsætning til eksempelvis hjerterehabilitering findes der ikke for kræftrehabilitering tilstrækkeligt præcise faglige retningslinjer, spørgeskemaerne kan bygge på. Svarmuligheder i spørgeskemaer er derfor genereret ved gennemgang af forløbsprogrammets beskrivelser af faglige indsatser (1), diagnosespecifikke opfølgingsprogrammer for kræft (2), Kræftens Bekæmpelses konsensusnotat om kræftrehabilitering (8), gældende praksis i Danmark (4), en dansk MTV-rapport (10) samt andre især hollandske (11) anbefalinger for, hvilke indsatser (generiske og diagnosespecifikke), der kan være relevante for kræftpatienter.

Spørgsmålene er kvalificeret gennem respons fra tværfaglig og tværsektoriel referencegruppe<sup>4</sup> og testet af udvalgte repræsentanter fra de respektive praksisfelter og myndigheder. Skemaer til sengeafdelinger og ambulatorier blev testet i to omgange: først udfyldte to ledende sygeplejersker skemaet under observation af to forskere (hhv. første- og sidsteforfatter), derefter blev det justeret og gentestet af to rehabiliteringssygeplejersker. Skemaer til terapiafdelinger blev testet af fire fysioterapeuter og en ergoterapeut. Skemaer til kommuner blev testet af en leder fra kræftrehabiliteringscenter og en repræsentant fra Kommunernes Landsforening. Spørgeskemaerne til sengeafdelinger og ambulatorier indeholder 83 items, til terapiafdelinger 54 items og til kommuner 98 items. De indeholder en kombination af åbne og lukkede svarkategorier. Kommuner og hospitaler har ikke fået helt enslydende spørgsmål.

Spørgeskemaer kan ses på REHPAs hjemmeside<sup>5</sup>. Kvantitative svar er opgjort deskriptivt, og der er foretaget meningskondensering (12) af kvalitative svar og kommentarer.

---

<sup>3</sup> <https://www.cancer.dk/hjaelp-viden/fakta-om-kræft/kræft-i-tal/de-hyppigste-kræftformer/>

<sup>4</sup> Se i forordet deltagere i referencegruppe og deltagere i test af spørgeskemaer.

<sup>5</sup> [http://www.rehpa.dk/wp-content/uploads/2017/11/Spørgeskematilkortlægningafkræftrehabilitering\\_ergo-fys-afdelinger.Brystkræft.pdf](http://www.rehpa.dk/wp-content/uploads/2017/11/Spørgeskematilkortlægningafkræftrehabilitering_ergo-fys-afdelinger.Brystkræft.pdf); <http://www.rehpa.dk/wp-content/uploads/2017/11/Spørgeskemabrystkræfttilhjemmeside22.9.2016.pdf>; <http://www.rehpa.dk/wp-content/uploads/2017/11/Kommunal-skema.pdf>

### 1.4.2. Respondenter

Respondenter på sengeafdelings- og ambulatorieniveau er primært fundet på afdelingernes hjemmesider. Med udgangspunkt i de prioriterede diagnoser har vi inkluderet alle afdelinger, der behandler pågældende diagnose. Hospitalsafdelinger er indkredset via Kræftens Bekæmpelses hjemmeside<sup>6</sup>. Alle afdelinger der behandler kræfttramte med de seks diagnoser er medtaget, herunder onkologiske, kirurgiske, plastikkirurgiske, hæmatologiske, urologiske, hoved-hals-afdelinger. Ergoterapi- og fysioterapiafdelinger, der servicerer respektive sengeafdelinger og ambulatorier, er fundet via internettet med udgangspunkt i sengeafdelinger.

Enkeltrespondenter er identificeret gennem en forudgående respondentundersøgelse, hvor afdelingsledelsen hhv. chefterapeuter udpegede de personer, der bedst kunne svare på spørgsmålene i kortlægningen. Hver afdeling skulle udpege en respondent for hver diagnose. Der er identificeret i alt 83 respondenter fra sengeafdelinger og ambulatorier og 52 fra terapiafdelinger.

Kommunale respondenter er fundet via sundhed.dk og enkeltrespondenter identificeret gennem en respondentundersøgelse. Respondentundersøgelsen blev stilet til kommunens ansvarlige for kræftrehabilitering ifølge sundhed.dk. Der er identificeret i alt 98 respondenter i kommuner, hvilket er én pr. kommune.

### 1.4.3. Udsendelse og rykkerprocedure

Spørgeskemaer er udsendt via link i e-mail til respondenter udpeget som beskrevet ovenfor. For enheder, der ikke svarede på respondentundersøgelsen, har vi sendt spørgeskema til oprindelige mailadresse. Spørgeskemaer er udsendt digitalt med en uges svarfrist. Op til to rykkermails er udsendt og fulgt op med opringning til respondenter, der ikke svarede. Spørgeskemaundersøgelsen på hospitaler er gennemført i perioden 6. december 2016 til 1. februar 2017, og den kommunale spørgeskemaundersøgelse er gennemført i perioden 1. juni til 1. juli 2017.

Vi havde på grund af skemaernes omfang på forhånd anbefalet, at én respondent maksimalt skulle besvare for to diagnoser. Otte enkeltrespondenter var alligevel sat til at skulle besvare for mere end to diagnoser. Det var fem respondenter fra sengeafdelinger og ambulatorier og tre respondenter fra terapiafdelinger. De fik tilsendt spørgeskemaer med orientering om, at de ville blive ringet op mhp. telefonisk besvarelse. Svar blev noteret og efterfølgende indtastet af telefoninterviewer (hhv. første- og sidste forfatter).

Nedenfor beskrives udsendelse og svar i absolutte tal.

---

<sup>6</sup> <https://www.cancer.dk/hjaelp-viden/kraeftbehandling/gps/>

**Tabel 1. Udsendelse af skemaer og svar – respondentundersøgelse og spørgeskema om kræftrehabilitering**

	Respondent-undersøgelse		Spørgeskemaer om kræftrehabilitering	
	Udsendte skemaer	Svar	Udsendte skemaer	Svar
<b>Sengeafdelinger og ambulatorier</b>	54	48 – heraf ønskede 4 afdelinger ikke at deltage.	83 *	63
<b>Terapiafdelinger</b>	18	16 – heraf svarede 2, at de ikke behandlede nogen af diagnoserne	52 *	36
<b>Kommuner</b>	98	96	98	96

\* 12 afdelinger besvarede for mere end en diagnose.

Tabel 1 viser dels, hvor mange enheder respondentundersøgelsen blev udsendt til og hvor mange enheder der meldte tilbage med navne på en eller flere enkeltrespondenter og dels, hvor mange spørgeskemaer der blev udsendt og hvor mange der blev besvaret.

#### 1.4.4. Respondenters karakteristika

Der blev udsendt skemaer til 98 respondenter i kommuner, 83 i sengeafdelinger og ambulatorier og 52 i terapiafdelinger. Antal besvarelser og besvarelsesprocent ses i Tabel 2, opgjort på regioner.

Som det ses i Tabel 2, er svarprocenten højere end 67 for alle enheder, med en enkelt undtagelse af terapiafdelingerne i Region Hovedstaden. Tabellen viser, at kommunerne i hele landet har været villige til at besvare spørgeskemaerne; tre regioner opnår svarprocenter på 100 %, de to resterende 95 % eller højere.

**Tabel 2. Oversigt over svarprocent for henholdsvis kommuner, sengeafdelinger og ambulatorier, samt terapiafdelinger fordelt på regioner**

	Gennemført Antal	Antal I alt	Svarprocent %
<b>Sengeafdelinger og ambulatorier</b>			
Nordjylland	6	9	67
Midtjylland	14	18	78
Syddanmark	17	21	81
Sjælland	6	7	86
Hovedstaden	20	28	71
<b>I alt</b>	<b>63</b>	<b>83</b>	<b>76</b>
<b>Terapiafdelinger</b>			
Nordjylland	4	5	80
Midtjylland	8	12	67
Syddanmark	9	12	75
Sjælland	6	6	100
Hovedstaden	9	17	53
<b>I alt</b>	<b>36</b>	<b>52</b>	<b>69</b>

<b>Kommuner</b>			
Nordjylland	11	11	100
Midtjylland	19	19	100
Syddanmark	21	22	95
Sjælland	17	17	100
Hovedstaden	28	29	97
<b>I alt</b>	<b>96</b>	<b>98</b>	<b>98</b>

Svarfordelingen på diagnosegrupper for både sengeafdelinger/ambulatorier og terapiafdelinger kan ses i Tabel 3. Kommunerne er ikke spurgt diagnosespecifikt.

**Tabel 3. Svarfordelingen på diagnosegrupper**

	<b>Gennemført Antal</b>	<b>Antal I alt</b>	<b>Svarprocent %</b>
<b>Sengeafdelinger og ambulatorier</b>			
Brystkræft	17	23	74
Hæmatologisk kræft	14	15	93
Modermærkekræft	7	12	58
Hoved- halskræft	10	12	83
Hjernekræft	6	8	75
Prostatakræft	9	13	69
<b>i alt</b>	<b>63</b>	<b>83</b>	<b>76</b>
<b>Terapiafdelinger</b>			
Brystkræft	11	15	73
Hæmatologisk kræft	6	8	75
Modermærkekræft	2	3	67
Hoved- halskræft	5	10	50
Hjernekræft	5	9	56
Prostatakræft	7	7	100
<b>i alt</b>	<b>36</b>	<b>52</b>	<b>69</b>

Hovedparten af besvarelserne fra sengeafdelinger og ambulatorier (58 %) vedrører ambulatorier, 41 % vedrører sengeafdelinger, mens 8 % en anden type afdeling. Respondenterne har her haft mulighed for at svare i flere kategorier og der summeres derfor ikke til 100 (Figur XI i bilag 1).



**Tabel 4. Fordeling af respondenteres funktion**

	Sengeafdelinger og ambulatorier	Terapiafdelinger	Kommuner
Sygeplejerske	12	-	38
Oversygeplejerske	9	-	-
Afdelingssygeplejerske	10	-	-
Sygeplejerske med specialfunktion	22	-	-
Fysioterapeut	-	26	38
Ergoterapeut	-	2	3
Leder	-	8	6
Konsulent/projektmedarbejder	-	-	3
Socialrådgiver	-	-	1
Klinisk diætist	-	-	1
Læge	1	-	2
Administrativ medarbejder	-	-	5
Rehabiliteringskoordinator	9	-	-
Andet	-	-	8

Fra sengeafdelinger og ambulatorier var de fleste respondenter sygeplejersker, en var læge og ni var rehabiliteringskoordinatorer, hvor faggruppe ikke var specificeret. Syvogtyve havde skrevet *andet* i besvarelsen. Disse blev rekodet til *sygeplejerske med specialfunktion* og *rehabiliteringskoordinator*. I terapiafdelinger var flest respondenter fysioterapeuter. I kommunerne var størstedelen af respondenterne sygeplejersker og fysioterapeuter (Tabel 4).

#### 1.4.5. Præsentation af data samt resultaters validitet

I rapporten præsenteres data samlet for de seks diagnoser for henholdsvis sengeafdelinger og ambulatorier og for terapiafdelinger. Afdelinger der behandler flere af de inkluderede diagnoser er således repræsenteret flere gange, hvilket alle resultater skal ses i lyset af.

En høj svarprocent vil kunne oversættes til en høj grad af validitet, ligesom man kan antage en lav grad af bias, såfremt fordelingen ikke er forskellig i forhold til forskellige faktorer, her fx geografi, diagnose og enhedstype.

Nogle spørgsmål er stillet til undergrupper af respondenter. Resultater for spørgsmål stillet til mindre end 15 respondenter præsenteres kun som absolutte tal, ikke som procentsatser.

#### 1.4.6. Etik

Formål med og indhold af undersøgelsen, opbevaring og anvendelse af data er oplyst til respondenter med henblik på at oplyse grundlaget for samtykke til deltagelse. Informationen er givet skriftligt ved udsendelse af spørgeskemaet. Spørgeskemaet er testet for relevans og forståelighed i samarbejde med deltagere fra praksis.

Data behandles fortroligt og præsenteres, så ingen enkeltrespondenter eller enheder kan genkendes.

## Sektion 2: RESULTATER

### 2.1. PROGRAMMER OG UDVIKLINGSTENDENSER

#### Resultater – kort fortalt

- Langt de fleste respondenter har kendskab til de nationale og regionale programmer, der er udarbejdet om rehabilitering på kræftområdet i tiden efter Kræftplan III.
- Efter Kræftplan III er der sket en betydelig udvikling af rehabilitering og palliativ indsats både i regioner og kommuner – størst for rehabilitering.
- Udviklingen har været særlig tydelig på områderne *behovsvurdering* og *konkrete rehabiliteringsindsatser*.

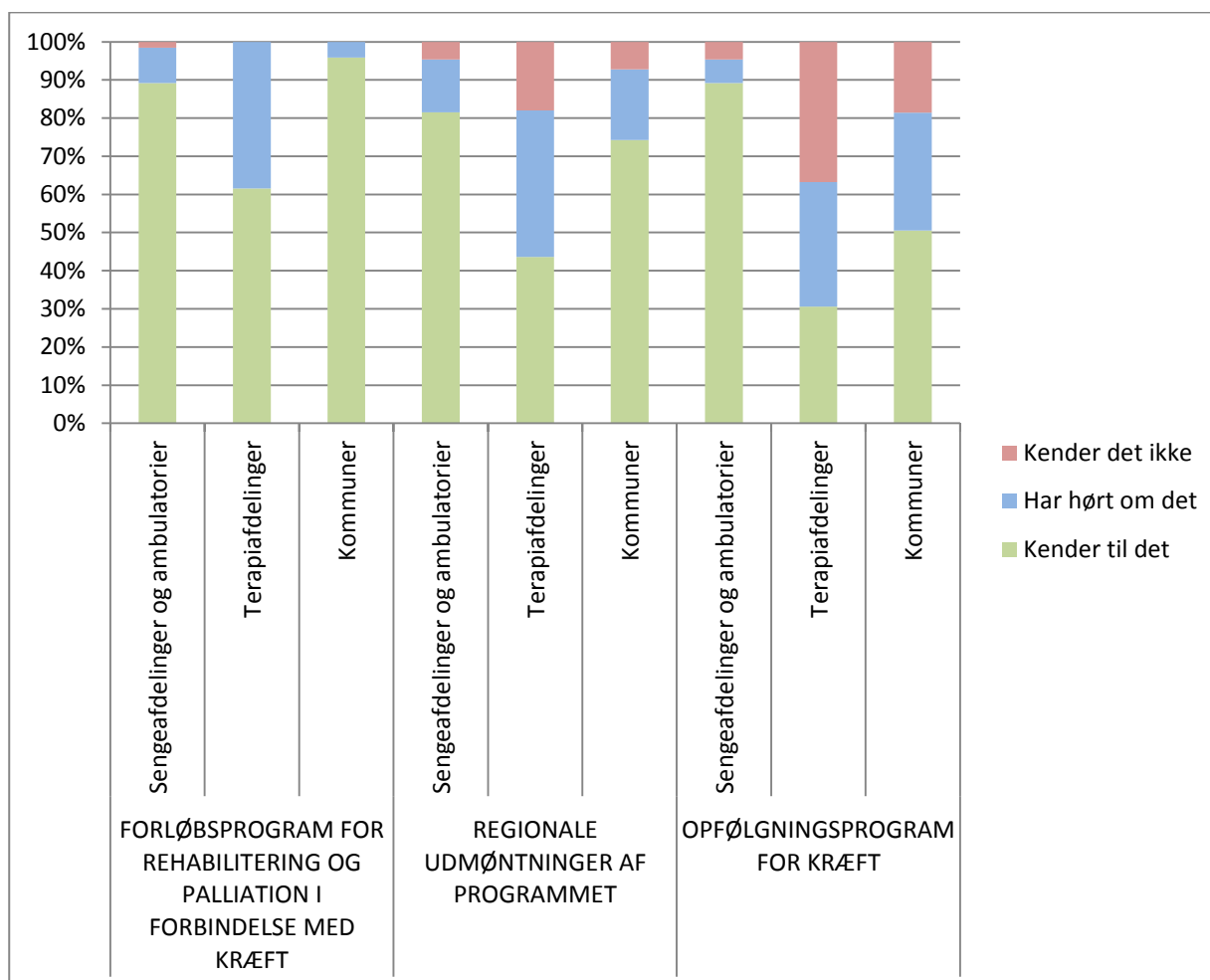
Kræftplan III fra 2010 satte særligt fokus på de indsatser, der ligger før og efter udredning og behandling i sygehusregi<sup>7</sup>. Med Kræftplan III fulgte en række programmer og anbefalinger for udvikling af kræftrehabilitering og palliation i det danske sundhedsvæsen (1, 2). Alle respondenter er spurgt om deres kendskab til disse programmer og deres vurdering af, i hvilket omfang indsatserne er styrket i perioden.

#### 2.1.1. Kendskab til programmer

I Figur 1 nedenfor ses respondenternes kendskab til programmer om kræftrehabilitering og palliation fordelt på respondenter fra hospitaler og kommuner. Af figuren fremgår det, at respondenterne generelt har et godt kendskab til *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft* og de regionale udmøntninger af programmet. Langt de fleste fra sengeafdelinger og ambulatorier kender også til opfølgingsprogrammer for kræft, mens det gælder færre i terapiafdelinger og kommuner. For alle programmer gælder det, at terapiafdelingerne har det mindste kendskab til programmerne.

<sup>7</sup> <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kraeft/nationale-planer/kraeftplan-iii>

Figur 1. Respondenternes kendskab til programmer for kræftrehabilitering og palliation

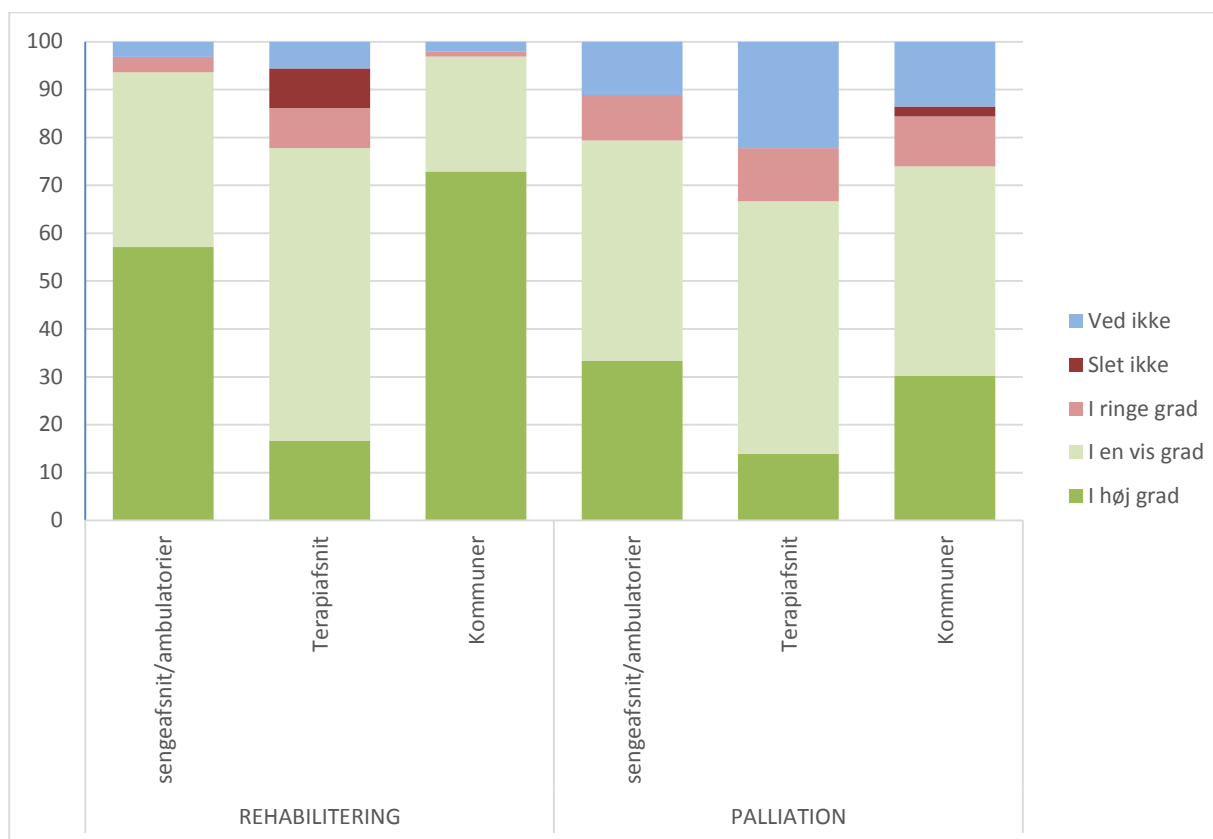


### 2.1.2. Udviklingstendenser

Alle respondentgrupper er spurgt om, i hvilken udstrækning enhedens rehabiliterings- og palliative indsats er styrket gennem de seneste fem år (dvs. i perioden 2011 – 2016). Se Figur 2 nedenfor. Blandt respondenter fra sengeafdelinger og ambulatorier svarer 94 %, at rehabilitering *i høj grad* eller *i en vis grad* er styrket, mens 79 % svarer, at palliation er styrket *i høj grad* eller *i en vis grad*. I respondentgruppen fra hospitalernes terapiafdelinger svarer 78 % at rehabilitering, og 67 % at palliation er styrket *i høj* eller *i en vis grad*. Blandt de kommunale respondenter, svarer 97 % at rehabilitering er styrket *i høj* eller *i en vis grad*, mens palliation ifølge 74 % er styrket *i høj* eller *i en vis grad*.

Det ses således, at stort set alle respondenter anser rehabiliteringsindsatsen for styrket, mens det i lidt mindre grad gælder for den palliative indsats. Det bemærkes desuden, at der i alle respondentgrupper er omkring 10 % der svarer, at den palliative indsats kun *i ringe grad* er styrket og over 10 % der *ikke ved*, om den palliative indsats er styrket gennem de seneste 5 år.

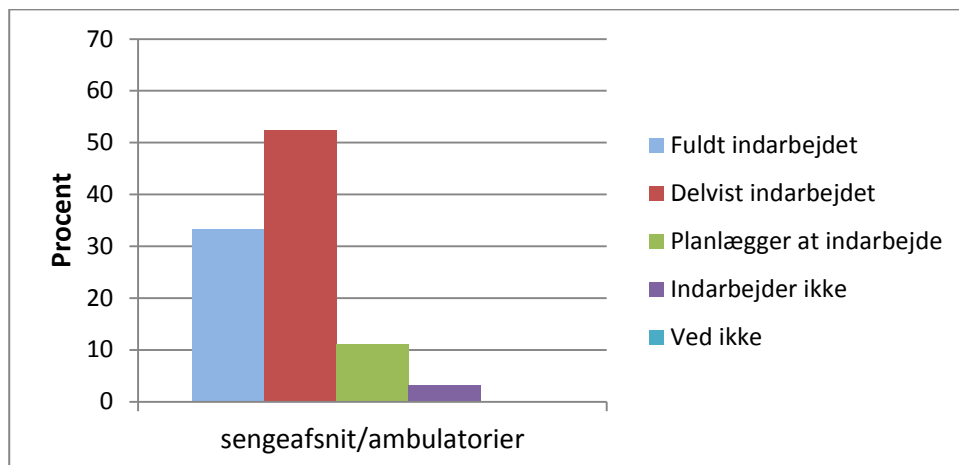
**Figur 2. I hvilket omfang er indsatsen styrket de seneste fem år inden for rehabilitering og palliation**



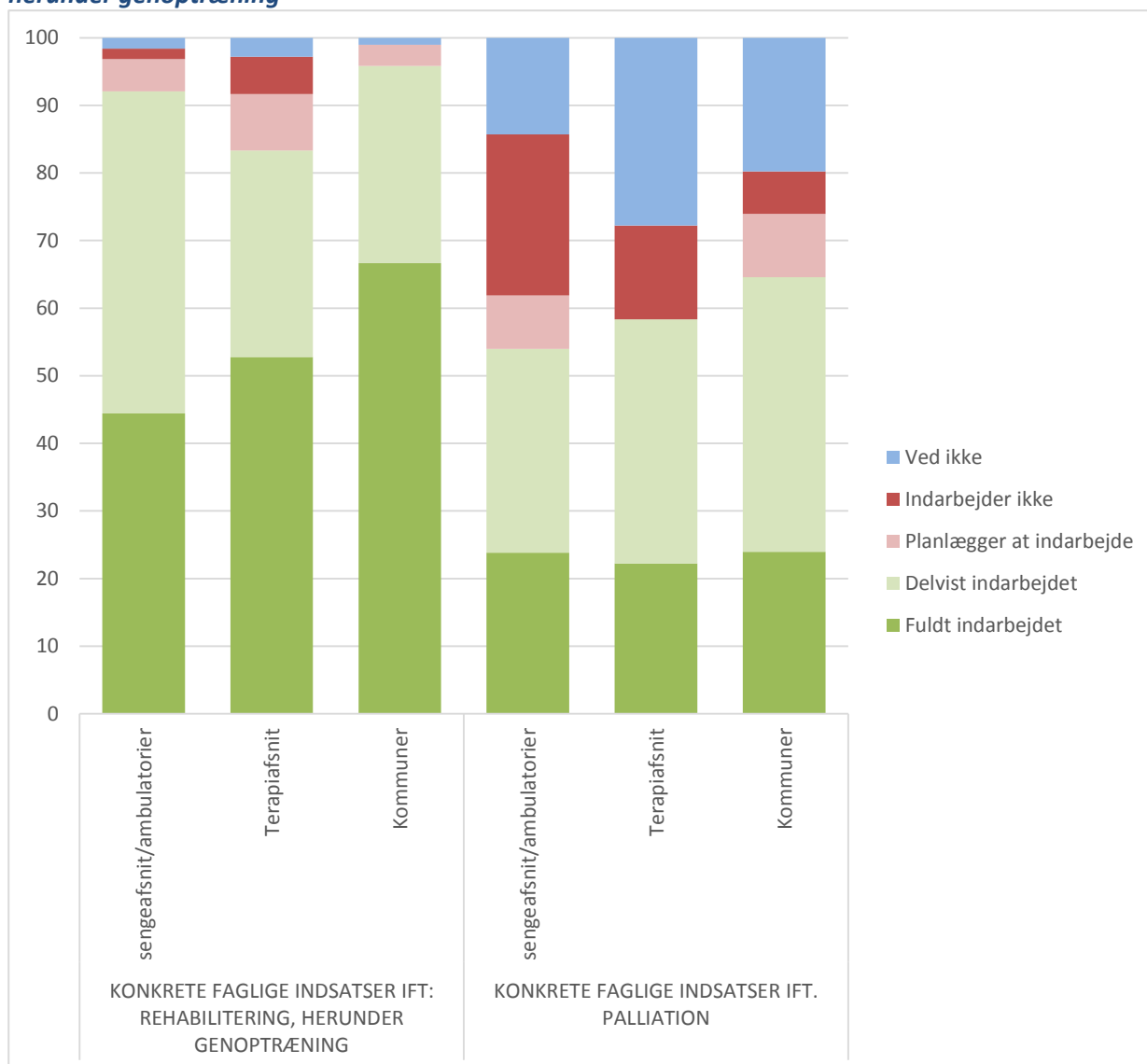
I Figur 3-5 nedenfor ses status for implementering af udvalgte elementer fra forløbsprogrammet: *Behovsvurdering, konkrete faglige rehabiliteringsindsatser og palliative indsatser, samt koordination og sammenhængende forløb.*

*Behovsvurdering og konkrete faglige rehabiliteringsindsatser* er de elementer, flest respondenter vurderer *helt eller delvist indarbejdet* i praksis. Blandt de kommunale respondenter svarer 77 %, at *rehabiliterende indsatser er fuldt indarbejdet*. Igen ser vi en større andel der svarer, at de *ikke indarbejder konkrete faglige indsatser ift. palliation* eller som *ikke ved*, om de gør det. Flest respondenter fra sengeafdelinger og ambulatorier (24 %) svarer, at de *ikke indarbejder palliative indsatser*, og flest fra terapiafdelinger (28 %) *ved ikke*, om de gør det. Det bemærkes desuden, at en betydelig del af de kommunale respondenter (83 %) svarer, at indsatser relateret til koordination og sammenhængende forløb er *fuldt eller delvist indarbejdet*, efterfulgt af 72 % af respondenterne fra sengeafdelinger og ambulatorier.

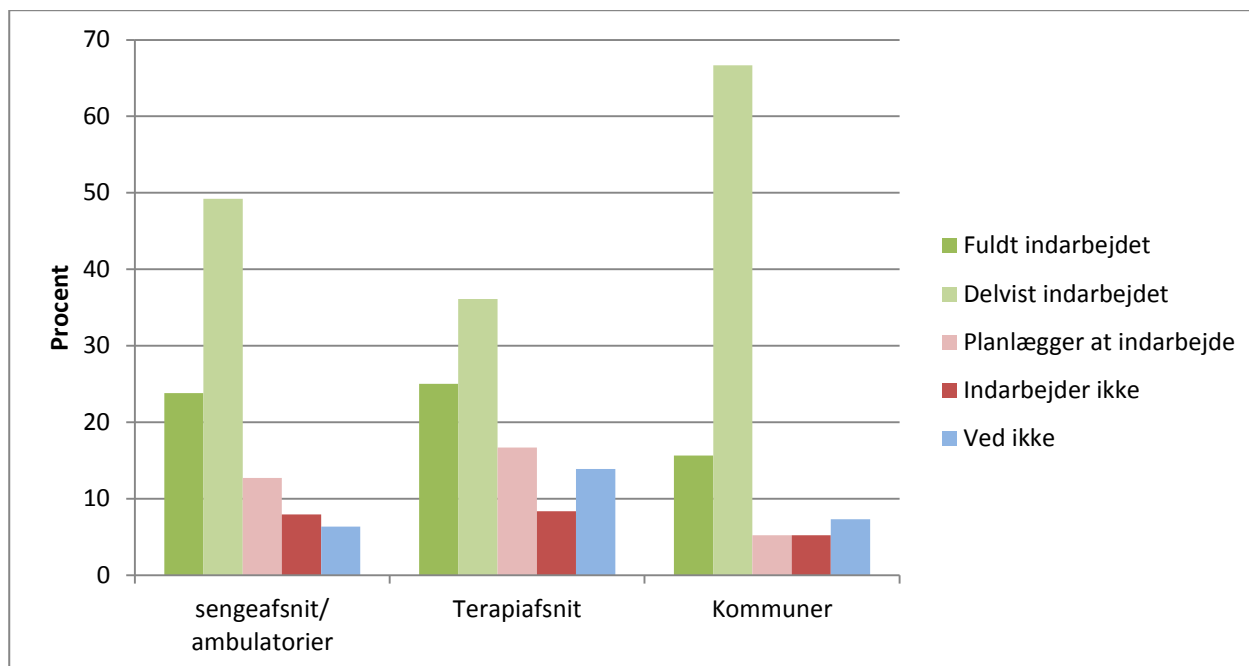
**Figur 3. Behovsvurdering ift. rehabilitering (og evt. palliation)**



**Figur 4. Konkrete faglige indsatser ift. palliation og rehabilitering, herunder genoptræning**



**Figur 5. Initiativer til koordinering og sammenhængende forløb på tværs af hospital, kommune og almen praksis**



### 2.1.3. Sammenfatning vedrørende udviklingstendenser

Kræftrehabilitering er stadig en ny praksis i Danmark og har haft en særlig bevågenhed efter årtusindskiftet. Den store bevågenhed afspejler sig i respondenternes kendskab til de nationale programmer, der er kendt af langt de fleste. De seneste fem år – dvs. efter kræftplan III – er der sket en betydelig udvikling både hvad angår rehabilitering og palliation. Over 67 % af alle respondenter vurderer, at indsatsen er styrket; tallet er højest for rehabilitering. Ser vi nærmere på, hvor langt man er med at indarbejde de områder, der tematiseres i rapporten, er det især behovsvurdering og konkrete rehabiliteringsindsatser, der er indarbejdet. I alt 77 % af de kommunale respondenter svarer således, at rehabilitering er fuldt indarbejdet.

## 2.2. BEHOVSVURDERING

### Resultater – kort fortalt

- På 30 % af sengeafdelinger og ambulatorier tilbydes *alle* patienter behovsvurdering.
- På 38 % af afdelingerne tilbydes *over halvdelen* af patienterne behovsvurdering.
- Langt fra alle patienter tager imod tilbuddet om behovsvurdering på sengeafdelinger og ambulatorier.
- Behovsvurdering gennemføres af sygeplejersker på 95 % af sengeafdelinger og ambulatorier, ofte i samarbejde med andre fagpersoner, især læger og fysioterapeuter.
- De regionalt udviklede skemaer anvendes af 94 % af respondenterne fra sengeafdelinger og ambulatorier, og de vurderes bedre egnet til at identificere rehabiliteringsbehov end palliative behov.
- Ifølge 76 % af respondenterne fra sengeafdelinger og ambulatorier fører behovsvurderingen altid eller ofte til en korrespondancemeddelelse eller lignende til hjemkommunen.
- I kommunerne anvendes det regionalt udviklede skema sammen med mange andre skemaer i den indledende vurdering af borgeren. I alt 26 % anvender slet ikke det regionalt udviklede skema.

Et af de prioriterede indsatsområder i forløbsprogrammet er systematisk behovsvurdering, der ifølge forløbsprogrammet skal sikre, at alle kræftpatienter overordnet får identificeret eventuelle behov for rehabilitering og palliation. Behovsvurdering skal ifølge forløbsprogrammet som minimum ske i forbindelse med det initiale behandlingsforløb med status ved behandlingsafslutning og ved overgange, herunder sektorovergange (1).

### 2.2.1. Behovsvurdering på sengeafdelinger og ambulatorier

#### Status for implementering

Sengeafdelinger og ambulatorier er spurgt, i hvilket omfang *behovsvurdering er indarbejdet* i praksis. Ud af 61 respondenter svarer 34 %, at behovsvurdering er *fuldt indarbejdet* i afdelingens praksis, og 54 % svarer, at behovsvurdering er *delvist indarbejdet*.

**Tabel 5. Hvor mange patienter tilbydes behovsvurdering (sengeafdelinger og ambulatorier)**

Hvor mange af jeres patienter anslår du bliver tilbudt systematisk behovsvurdering?		
Antal besvarelser n= 61		
	Antal	(%)
Alle patienter	18	(30)
Ikke alle, men over halvdelen	23	(38)
Under halvdelen	11	(18)
Ved ikke	9	(15)

Ifølge forløbsprogrammet (1) skal alle patienter systematisk tilbydes behovsvurdering. Vi har spurgt, *hvor mange der tilbydes behovsvurdering*. I kortlægningen svarer 30 % af respondenter fra sengeafdelinger og ambulatorier, at *alle patienter* bliver tilbudt behovsvurdering. 38 % svarer, at *ikke alle, men over halvdelen* tilbydes behovsvurdering og 18 % svarer, at *under halvdelen* tilbydes behovsvurdering (Tabel 5)

**Tabel 6. Tidspunkt for behovsvurdering (sengeafdelinger og ambulatorier)**

	Alle patienter Antal (%)	Nogle patienter Antal (%)	Ingen patienter Antal (%)	Ved ikke Antal (%)
Antal besvarelser n = 61				
I begyndelsen af behandlingen	22 (36)	18 (30)	21 (34)	0 (0)
Ved ændring af tilstanden	10 (16)	44 (72)	6 (10)	1 (2)
Ved afslutning af behandlingen	25 (41)	26 (43)	6 (10)	4 (7)
Ved første opfølgning	20 (33)	24 (39)	12 (20)	5 (8)
På andre tidspunkter	8 (13)	14 (23)	8 (13)	25 (41)

Afdelingerne er desuden spurgt, *hvornår* patienterne tilbydes behovsvurdering. I forløbsprogrammet beskrives det, at alle patienter skal tilbydes systematisk behovsvurdering som minimum i begyndelsen af behandlingsforløbet.

Besvarelser om *hvornår* i forløbet, patienterne tilbydes behovsvurdering, ses i Tabel 6. Samme afdeling kan principielt tilbyde alle patienter behovsvurdering på alle de anførte tidspunkter. På 36 % af afdelingerne tilbydes behovsvurdering *i begyndelsen af behandlingen* til alle patienter, mens 34 % *ikke* tilbyder behovsvurdering i begyndelsen af behandlingen. Lidt under halvdelen (41 %) tilbyder behovsvurdering *ved*

afslutning af behandlingen til alle patienter, men samlet set tegner der sig ikke et mønster for hvornår behovsvurdering generelt tilbydes.

**Tabel 7. Anslået antal patienter som tager imod tilbud om behovsvurdering (sengeafdelinger og ambulatorier)**

	Antal (%)
<b>Antal besvarelser n= 61</b>	
Alle patienter	8 (13)
Ikke alle, men over halvdelen	24 (39)
Under halvdelen	16 (26)
Ved ikke	13 (21)

På spørgsmålet om, hvor mange patienter, der tager imod tilbud om behovsvurdering, svares som i Tabel 7. 52 % af afdelingerne svarer, at *alle eller over halvdelen* af patienterne tager imod tilbud om behovsvurdering, mens 26 % svarer, at *under halvdelen* tager imod tilbuddet.

#### **Behovsvurdering – redskab og fokus**

Ifølge forløbsprogrammet kan behovsvurderingen gennemføres ved, at der anvendes et spørgeskema. Da forløbsprogrammet blev udarbejdet i 2012, fandtes der ikke et valideret redskab til behovsvurdering for såvel rehabilitering som palliation (1), og det var fortsat tilfældet i 2016 (13).

I forløbsprogrammets bilag 2 (1) beskrives en række redskaber, der kan anvendes ved behovsvurdering. Siden forløbsprogrammet blev udarbejdet, har hver region udviklet et redskab til behovsvurdering i form af et spørgeskema. De regionale redskaber er forskellige.

Respondenter fra sengeafdelinger og ambulatorier er spurgt, om der anvendes et redskab til behovsvurdering. Et redskab kan eksempelvis være samtaleguide eller skema til behovsvurdering. Se svarene i Tabel XLIV i bilag 1. I alt 89 % af respondenterne anvender et redskab til behovsvurderingen, mens de resterende (11 %) svarer, at dette ikke er tilfældet. De uddybende spørgsmål om, hvilke redskaber der anvendes er derfor besvaret af 54 afdelinger. Et redskab kan eksempelvis være et spørgeskema. Hovedparten (94 %) af respondenterne svarer, at de anvender det skema, der er udarbejdet i regionen (Tabel 8). Desuden omtales andre skemaer: dels et hjemmelavet emneark og dels et livskvalitetsskema. Ni respondenter (17 %) svarer, at der anvendes en ikke nærmere specificeret rehabiliteringssamtale til behovsvurderingen.

**Tabel 8. Hvilket redskab anvendes til systematisk behovsvurdering på jeres afdeling? (sengeafdelinger og ambulatorier) (mulighed for flere krydser)**

Hvilket redskab anvender I til systematisk behovsvurdering?	Antal (%)
<b>Antal besvarelser n= 54</b>	
Vi anvender det skema til behovsvurdering, der er udarbejdet i det regionale samarbejde	51 (94)
Vi anvender et andet skema	2 (4)
Rehabiliteringssamtale	9 (17)
Andet	6 (11)
Ved ikke	1 (2)



Vi har overordnet spurgt til, *hvilke behov* behovsvurderingen handler om. I alt 41 % af respondenterne svarer, at den udelukkende handler om *rehabiliteringsbehov*, mens 56 % svarer, at behovsvurderingen både handler om *rehabiliterings- og palliative behov*. Ingen angiver, at behovsvurderingen udelukkende omhandler *palliative behov* (Tabel XLV i bilag 1).

Vi har endvidere spurgt om, hvorvidt det anvendte redskab – som for 94 % af respondenternes vedkommende er det regionale skema – også anvendes ved *fremskreden kræft*, hvilket især er relevant ift. palliative behov.

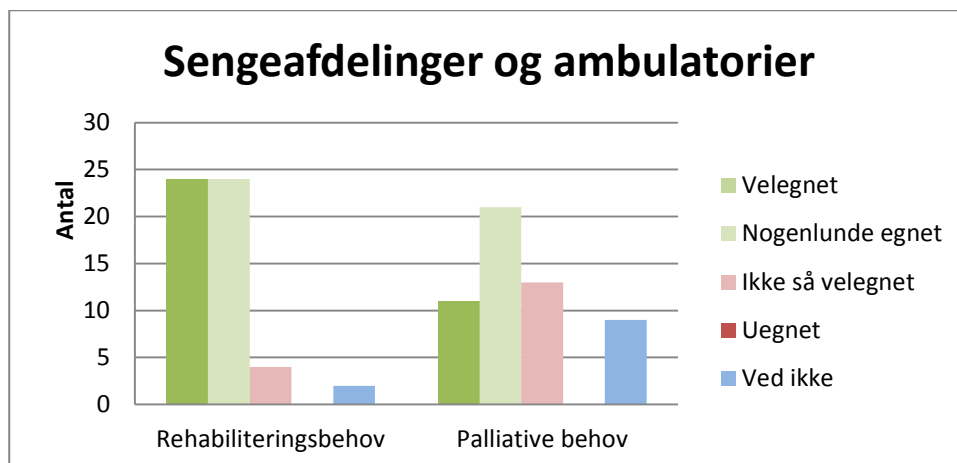
**Tabel 9. Anvendes samme redskab/skema til patienter med fremskreden kræft? (sengeafdelinger og ambulatorier)**

	Antal (%)
<b>Antal besvarelser n= 54</b>	
Ja	35 (65)
Nej, der anvendes et andet skema	1 (2)
Nej, patienter med fremskreden kræft tilbydes ikke systematisk behovsvurdering	5 (9)
Ved ikke	13 (24)

Ud af 54 respondenter svarer 65 % *ja* til spørgsmålet, 9 % svarer, at *patienter med fremskreden kræft ikke tilbydes behovsvurdering*, mens 24 % af respondenterne *ikke ved* det (Tabel 9). Desuden angiver en enkelt respondent, at der anvendes EORTC-C15 eller EORTC PAL skemaerne.

Respondenterne er spurgt om, hvordan de anser redskabets (det regionale skemas) *egnet*hed til at vurdere rehabiliteringsbehov og palliative behov. Svarene vedrører de regionale redskaber og refererer derved til forskellige skemaer. Flest (89 %) svarer, at redskabet er *velegnet* eller *nogenlunde egnet* til at identificere rehabiliteringsbehov. Hvad angår palliative behov svarer 59 %, at redskabet her er *velegnet* eller *nogenlunde egnet*. Her er der flere (24 %) som mener skemaet *ikke er så velegnet* til at vurdere palliative behov, ligesom en betydelig del (17 %) ikke kan vurdere egnetheden og svarer *ved ikke* (Figur 6). Tallene afslører, at redskaberne som sengeafdelinger og ambulatorier bruger i behovsvurderingen vurderes at være mere egnede til at identificere rehabiliteringsbehov end palliative behov.

**Figur 6. Hvordan vurderer du redskabets/skemaets egnethed til at identificere rehabiliterings- og palliative behov?**



Nogle respondenter har skrevet kommentarer om redskabets egnethed, andre har konkrete forslag til ændringer i skemaet, og flere finder det for detaljeret og tidskrævende. Det påpeges bl.a., at skemaet ikke kan stå alene eller med sit omfang helt kan komme til at fjerne fokus fra en holistisk refleksion over patientens situation. Desuden er der ønske om et afprøvet, evidensbaseret skema til brug for behovsvurdering.

Det pointeres, at patienter kan have svært ved at forholde sig til skemaet. De kan opleve det som *distancerende* og *"koldt"*, særligt i forbindelse med de palliative forløb. Én respondent fra hospitalerne beskriver, at nogle tiltag er en standardindsats og tilbydes uanset behovsvurdering: Fysioterapi, ergoterapi, talepædagog, sygeplejeambulatorium, telefonlivline, hjælp til rygestop mm. Én kommunal respondent uddyber, at forskellige skemaer til forskellige diagnoser virker unødvendigt og lægger vægt på, at det er kommunikationen mellem sygehus og kommune der er vigtigt, mens en anden bemærker, at behovsvurderingen er nyttesløs, hvis den ikke følges op med indsatser.

### **Hvem udfører – faglighed og kompetencer**

Ifølge forløbsprogrammet bør behovsvurderingen *"udføres af fagprofessionelle, der har en sundhedsfaglig professionsbacheloruddannelse (sygeplejerske, fysio- eller ergoterapeut) eller af en læge, og som har viden om kræftsygdomme, behandlinger, senfølger, rehabilitering og palliation"* (1) s. 27. Vi har spurgt til, hvilke faggrupper, der varetager behovsvurdering.

**Tabel 10. Hvilke faggrupper varetager den systematiske behovsvurdering? (sengeafdelinger og ambulatorier)**

	Altid (%)	Ofte (%)	Sjældent (%)	Aldrig (%)	Ved ikke (%)
<b>Antal besvarelser n= 61</b>					
<b>Læger</b>	3 (5)	18 (30)	22 (36)	16 (26)	2 (3)
<b>Sygeplejersker</b>	44 (72)	14 (23)	3 (5)	0 (0)	0 (0)
<b>Fysioterapeuter</b>	4 (7)	9 (15)	15 (25)	23 (38)	10 (16)
<b>Ergoterapeuter</b>	1 (2)	5 (8)	11 (18)	31 (51)	13 (21)
<b>Andre</b>	1 (2)	1 (2)	8 (13)	25 (41)	26 (43)

Svarene i Tabel 10 viser, at sygeplejersker næsten *altid* eller *ofte* varetager behovsvurderingen (95 % af afdelinger). På 35 % af afdelingerne er det *altid* eller *ofte* læger der varetager behovsvurderingen. Behovsvurdering varetages mere *sjældent* eller *aldrig* af fysioterapeuter (63 %) og ergoterapeuter (69 %). Af kommentarerne fremgår det, at behovsvurdering også kan varetages af neuropsykolog og palliativt team. Besvarelserne vidner om, at der kan være flere om at gennemføre behovsvurdering.

I alt 74 % oplyser, at de fagpersoner, der varetager behovsvurdering har gennemgået ikke nærmere specificeret undervisning, 15 % svarer, at det *ikke* er tilfældet og 11 % svarer *ved ikke*. I de supplerende svar beskrives forskellige former for kompetenceudvikling fra information af kolleger på et personalemøde til regional kursusdag (Tabel XLVI i bilag 1).

I forløbsprogrammet skelnes mellem behovsvurdering og uddybende udredning. Sengeafdelinger og ambulatorier er spurgt, for hvilke patientgrupper den systematiske behovsvurdering suppleres med andre faggruppers vurderinger. Dette spørgsmål er kun stillet til de 31 afdelinger, hvor der kun er én faggruppe, der varetager behovsvurderingen.

**Tabel 11. For hvilke patienter suppleres den systematiske behovsvurdering med andre faggruppers vurderinger? (sengeafdelinger og ambulatorier) (mulighed for flere krydser)**

	Antal	(%)
<b>Antal besvarelser n= 31</b>		
Alle patienter	3	(10)
Alle patienter med rehabiliteringsbehov	7	(23)
Patienter med komplekse rehabiliteringsbehov <sup>8</sup>	13	(42)
Patienter, der både har rehabiliterings- og palliative behov	8	(26)
Andre patientkategorier	5	(16)
Ingen eller få patienter	5	(16)
Ved ikke	2	(6)

Som det fremgår af Tabel 11, er det oftest *patienter med komplekse rehabiliteringsbehov* som vurderes af andre faggrupper (42 %). Også *patienter med både rehabiliterings- og palliative behov*, samt *patienter med rehabiliteringsbehov* vurderes af andre faggrupper på en del afdelinger (henholdsvis 26 % og 23 %). I alt 10 % svarer, at *alle patienter* får suppleret behovsvurderingen med andre faggruppers vurdering, 16 % svarer, at *ingen eller få patienter* vurderes af andre faggrupper, og ligeledes 16 % af afdelingerne supplerer også behovsvurderingen for *Andre patientkategorier*. Her nævnes patienter med behov for genoptræning som en gruppe, hvor behovsvurdering suppleres med uddybende udredning.

I de supplerende kommentarer til dette spørgsmål skriver flere, at palliativt team eller andre involveres ved patienter med palliative behov. Det pointeres også af flere, at relevante faggrupper involveres ved behov, fx læge, fysioterapeut, ergoterapeut, logopæd, diætist. Én skriver, at den tværfaglige vurdering vægtes højest, og at den systematiske behovsvurdering er sekundær.

#### **Dokumentation og anvendelse af behovsvurderingen**

Sengeafdelinger og ambulatorier er spurgt til hvordan behovsvurderingen *dokumenteres* (Tabel 12).

**Tabel 12. Hvordan dokumenteres behovsvurderingen? (sengeafdelinger og ambulatorier) (mulighed for flere krydser)**

	Antal	(%)
<b>Antal besvarelser n= 61</b>		
Konklusionen på behovsvurderingen dokumenteres i patientens journal	42	(69)
Sammendrag af samtalens indhold og patientens behov dokumenteres	24	(39)
Handlinger udført på baggrund af behovsvurderingen dokumenteres	36	(59)
Status for helbredsrelateret funktionsevne og senfølger, herunder betydning for hverdagsliv dokumenteres	13	(21)
Det dokumenteres, hvis patienten ikke ønsker at deltage i behovsvurdering	37	(61)
Andet	7	(11)

<sup>8</sup> "Komplekse rehabiliteringsbehov" er ikke defineret nærmere. Vi har spurgt respondenterne, hvad der karakteriserer patienter med komplekse rehabiliteringsbehov. Svarene varierer betydeligt og omfatter bl.a. social sårbarhed, komorbiditet, specifikke patientgrupper, patienter med psykiske problemer og patienter med mindreårige børn.

De fleste angiver, at *konklusionen på behovsvurderingen dokumenteres i patientens journal* (69 %), og 59 % angiver, at *handlinger udført på baggrund af behovsvurderingen dokumenteres*. Godt halvdelen (61 %) *dokumenterer, hvis patienten ikke ønsker at deltage i behovsvurderingen*.

Flere kommenterer på spørgsmålet, at indførelsen af Sundhedsplatformen (Region Hovedstaden), har bevirket en endnu mere struktureret dokumentation, og at status for helbredsrelateret funktionsevne og senfølger hos komplekse patienter nu er standard dokumentation for behovsvurdering. Det præciseres ikke nærmere. Andre har en skabelon i den elektroniske patient-journal (EPJ), som sendes til kommunen i alle tilfælde. På andre afdelinger er det individuelt, og der er ikke system i dokumentationen, eller dokumentationen er ikke fuldt indført endnu.

Afdelingerne er endvidere spurgt om, hvad behovsvurderingen *anvendes* til. Tabel 13 viser svar vedrørende anvendelse af behovsvurderingen.

**Tabel 13. Hvor ofte gennemføres følgende handlinger på baggrund af behovsvurderingen efter din vurdering? (sengeafdelinger og ambulatorier)**

	Altid Antal (%)	Ofte Antal (%)	Sjældent Antal (%)	Aldrig Antal (%)	Ved ikke Antal (%)
<b>Antal besvarelser n= 61</b>					
<b>Henvisning til rehabiliterende (og evt. palliative) tilbud på hospitalet</b>	3 (5)	28 (46)	20 (33)	5 (8)	5 (8)
<b>Kontakt til praktiserende læge</b>	2 (3)	4 (7)	36 (59)	6 (10)	13 (21)
<b>Kontakt til kommunen via REF01 eller korrespondancemeddelelse</b>	15 (25)	31 (51)	8 (13)	1 (2)	6 (10)
<b>Kontakt til kommunen via genoptræningsplan</b>	9 (15)	28 (46)	10 (16)	1 (2)	13 (21)
<b>Indarbejdes i patientens rehabiliteringsplan<sup>9</sup> el. lign</b>	1 (2)	7 (11)	13 (21)	10 (16)	30 (49)
<b>Gives til patienten og er patientens eget redskab</b>	21 (34)	13 (21)	10 (16)	5 (8)	12 (20)
<b>Andet</b>	0 (0)	5 (8)	0 (0)	3 (5)	41 (67)

Af tabellen ses det, at en behovsvurdering oftest fører til en *kontakt til kommunen via REF01 eller korrespondancemeddelelse* (76 % svarer *altid* eller *ofte*) eller til en *kontakt til kommunen via genoptræningsplan* (61 % svarer *altid* eller *ofte*). Over halvdelen (55 %) *giver altid* eller *ofte* *behovsvurderingen til patienten som patientens eget redskab*. Flere angiver som kommentarer til spørgsmålet, at patienten orienteres om kommunale tilbud og derefter selv må tage kontakt til hjemkommunen. Behovsvurderingen fører sjældent til, at der udarbejdes en rehabiliteringsplan<sup>10</sup> (kun 13 % svarer *altid* eller *ofte* for denne svarmulighed).

Behovsvurderingen fører sjældent til *kontakt til patientens praktiserende læge* (69 % angiver *sjældent* eller *aldrig*), hvorimod det sker *altid* eller *ofte* på 10 % af afdelingerne. Det bemærkes af flere i kommentarerne til spørgsmålet, at de praktiserende læger ikke ønsker at modtage behovsvurderinger, idet honoraraftaler mangler.

<sup>9</sup> Vi har brugt termen "rehabiliteringsplan" i stedet for forløbsprogrammets "fælles plan". Vi har i skemaet defineret rehabiliteringsplan sådan: En rehabiliteringsplan er her en skriftlig tværfaglig og tværsektoriel plan for individuelle rehabiliteringsforløb. Planen vil typisk beskrive mål for indsatser samt hvilke handlinger der iværksættes og af hvem. En rehabiliteringsplan omfatter typisk flere indsatser end en genoptræningsplan.

<sup>10</sup> Se foregående note. Skal ikke forveksles med genoptræningsplan.

Flere svarer *ved ikke* og angiver, at det er svært at vurdere hyppigheden af de listede handlinger.

### **Barrierer for behovsvurdering**

Sengeafdelinger og ambulatorier er spurgt til *barrierer* for, at patienter ikke tilbydes behovsvurdering. Spørgsmålet er kun stillet, hvis respondenterne har skrevet, at ikke alle patienter tilbydes behovsvurdering, dvs. 34 afdelinger (se Tabel 5).

**Tabel 14. Barrierer for at tilbyde patienter behovsvurdering (sengeafdelinger og ambulatorier) (mulighed for flere krydser)**

	Antal	(%)
<b>Antal besvarelse n= 34</b>		
Manglende tid til opgaven	25	(74)
Manglende kompetencer	5	(15)
Manglende ledelsesmæssig opbakning	0	(0)
Manglende enighed om, hvorvidt opgaven er relevant	9	(26)
Finder det uetisk at vurdere behov, der ikke kan modsvares med indsatser	9	(26)
Mangler egnede fysiske rammer	6	(18)
Utilstrækkelig IT-understøttelse	1	(3)
Skemaet egner sig ikke til alle patienter	9	(26)
Behovsvurdering er ikke muligt for alle patienter	8	(24)
Behovsvurdering er ikke relevant for alle patienter	4	(12)
Andet	7	

Den altovervejende barriere for at tilbyde patienterne behovsvurdering er *manglende tid*, og som det fremgår af Tabel 14 svarer 74 % netop *manglende tid til opgaven*. I alt 26 % oplyser *etik* som en barriere, 26 % *mangler enighed om opgavens relevans*, og tilsvarende 26 % mener *ikke, at skemaet egner sig til alle patienter*. I kommentarerne beskrives andre barrierer: Ressourcesvage eller kognitivt svækkede patienter magter eller evner ikke at besvare spørgsmålene, fx i den sene palliative fase, og skemaet kan ikke anvendes til patienter, som ikke læser og forstår dansk, hvis der ikke er en tolk tilgængelig. Det kan også være en barriere, hvis patienterne ikke skal i aktiv behandling hos sygeplejerskerne. Andre beretter om patienter der takker nej, fx hæmatologiske patienter, som lever helt normalt, men også om patienter som allerede har modtaget tilbud tidligere. Her angives det, at mange kommuner kun tilbyder ”et skud i bøssen” og ikke starter nyt rehabiliteringsforløb op for patienter i forbindelse med samme kræftsygdom. Ingen respondenter angiver at opleve *ledelsesmæssige barrierer*.

Syv respondenter angiver, at der er *andre* barrierer for at tilbyde patienterne behovsvurdering end de listede svarkategorier. Flere uddyber med, at det stadig er en ny opgave, som skal gøres til rutine, men det angives også, at der ikke er opmærksomhed på behovet fra indlæggelsens start. Andre kommenterer, at afdelingen har besluttet, at nydiagnosticerede patienter ikke tilbydes behovsvurdering, dels af etiske årsager, men også fordi skemaet omhandler hverdagslivet, hvilket er umuligt at forholde sig til på diagnosetidspunktet. En anden kommenterer, at det er svært at vurdere relevansen i den sekundære sektor, fordi hjælpen primært afhænger af kommunen. Nogle svarer, at der stadig er behov for, at ledelsen beslutter hvem der skal screenes (respondentens term) og hvornår og hvordan, mens en enkelt skriver, at der mangler ledelsesmæssig opbakning.

Vi har tilsvarende spurgt, hvilke *barrierer* der kan stå i vejen for, at patienten *tager imod* tilbud om behovsvurdering.

**Tabel 15. Barrierer for, at patienter tager imod tilbud om behovsvurdering (sengeafdelinger og ambulatorier) (mulighed for flere krydser)**

	Antal (%)	
Antal besvarelser n= 61		
Patienten ønsker det ikke	53	(87)
Sprog - patienten taler ikke eller kun lidt dansk	18	(30)
Kognitive vanskeligheder	19	(31)
Fremskreden sygdom	24	(39)
Andre	15	(25)

Hovedparten (87 %) angiver, at når patienten ikke tager imod behovsvurdering kan årsagen være, at *patienten ikke ønsker det* (Tabel 15). Andre væsentlige faktorer kan være *fremskreden sygdom, kognitive vanskeligheder og sproglige barrierer*.

I alt 25 % angiver *andre* barrierer for at patienten tager imod tilbud om behovsvurdering. I kommentarerne beskriver mange respondenter, at patienterne ikke forstår, hvad tilbuddet om behovsvurdering består i. Derudover angives personalet som en barriere, hvis behovsvurderingen ikke præsenteres på en fyldestgørende og forklarende facon. Samtidig fremgår det, at patienterne ofte ikke orker mere sygdom, er tilfredse med behandlingen og først bliver opmærksomme på rehabiliteringsbehov, når de har været hjemme i en periode. Kommentarer til spørgsmålet er i tråd med disse "andre barrierer", men afspejler herudover, at patienterne ikke vil bruge tid på det, ikke vil "kommunaliseres", eller allerede har kontakt til kommunen.

Vi har stillet et åbent spørgsmål til respondenterne om, hvad der er de væsentligste udfordringer i arbejdet med systematisk behovsvurdering. Svarene understøtter og supplerer ovenstående.

**Sengeafdelinger og ambulatorierne** angiver fire hovedtemaer som *væsentlige udfordringer* for behovsvurdering af kræftpatienter. De udfordringer der går igen for en større del af respondenterne er:

- *manglende tid til opgaven*
- *manglende kendskab til tilbud i primær sektor*
- *manglende kendskab til rehabilitering generelt*
- *timing/valg af tidspunkt for behovsvurdering*

En del angiver desuden udfordringer relateret til det organisatoriske, herunder *manglende rutiner, IT-løsninger, og implementering af opgaven*, og udfordringer i det tværsektorielle samarbejde, herunder *besværlig henvisning til kommuner (papirarbejde, vej ind etc.), manglende tillid til at opgaven kan løftes i kommunerne, prioritering af opgaver og usikkerhed ift. kommunikation og formidling*. En mindre del af respondenterne angiver desuden, at *fysiske rammer, manglende kendskab til hverdagsliv med kræft og deraf følgende behov*, samt dét, at *patienterne misforstår meningen med skemaet* gør det besværligt at behovsvurdere. Enkelte afdelinger vurderer at *manglende instruks/ensartethed i screeningen og uoverensstemmelse ml. faglig vurdering og patienters vurdering* giver anledning til ustabil behovsvurdering.

Her ses altså bl.a. nogle udfordringer relateret til patientsamarbejdet. Af andre udfordringer går *personalets indstilling* til opgaven, *ressourcer*, at redskabet er *uegnet til visse cancertyper*, og den *manglende anerkendelse af behovsvurdering som et klinisk redskab* igen. Enkelte nævner udfordringer med forskellige arbejdsgange, etik i at spørge ind til behov man ikke kan afhjælpe, planlægning af samtalen med patienter og pårørende, at skemaet glemmes af patienter, manglende viden om effekt af behovsvurdering, manglende national konsensus om redskab, manglende viden om hvor ofte det skal gøres, kompetenceudvikling af personalet, redskabets udformning, sektorovergange, og sårbare patienter. Samlet set er der udfordringer både vedrører organisatoriske aspekter og understøttelse af opgaveløsningen, det tværsektorielle samarbejde og tillid, viden, færdigheder og konkrete rutiner hos de fagprofessionelle, patienternes respons på behovsvurderingen samt etik.

### 2.2.2. Ergo- og fysioterapeuters involvering i behovsvurdering på hospitaler

Ergo- og fysioterapeuter i terapiafdelinger er spurgt om, hvordan de er involveret i arbejdet med systematisk behovsvurdering. Seks (18 %) svarer, at *de er involveret*, mens fire (12 %) svarer, *de ikke er involveret*. Resten (70 %) *ved det ikke* (se Tabel XLVII, bilag 1). Respondenter fra terapiafdelinger, som er involveret i behovsvurderingen, er typisk involveret i forbindelse med *vurdering af behov for træning* eller i forbindelse med *funktionstab eller et palliativt forløb*, og tre svarer, at de er involveret ved *alle patienter med rehabiliteringsbehov*, én ved alle patienter, én ved *patienter der både har rehabiliterings- og palliative behov* og én ved *patienter med komplekse rehabiliteringsbehov* (se Tabel XLVIII i bilag 1). Nogle respondenter beretter i fritekstsvar om, at der er udarbejdet tværfaglige arbejdsgange i behovsvurderingen, om særlige rutiner fx funktionsmåling som standardindsats. Én skriver at terapiafdelingerne får de patienter henvist, hvor lægen eller sygeplejersken har vurderet, der er behov for fysioterapi eller ergoterapi, ofte på baggrund af et funktionstab eller et palliativt forløb.

De *væsentligste barrierer* for at terapeuterne involveres i behovsvurderingen angives som *ikke-optimalt tværfagligt samarbejde*, *manglende inklusion/indtænkning af terapeuterne i behovsvurderingen*, at *terapeuterne ikke er gennemgående personer*, som kan følge op i næste samtale, at *patienter udskrives før de har fået en terapeutisk vurdering*, og at der *mangler understøttende IT-systemer*, *generel mangel på ressourcer*, samt *manglende prioritering i ledelsen*.

**Terapiafdelinger** er ligesom sengeafdelingerne og ambulatorierne spurgt, hvad de anser som de *væsentligste udfordringer* i arbejdet med systematisk behovsvurdering. Her angives igen *manglende tværfagligt samarbejde*, *for tidlige udskrivninger af patienter*, hvorved man ikke når behovsvurderingen, *dokumentation af oplysninger* og *den tid det kræver*, samt *viden om hvilket tidspunkt der er meningsfuldt for gennemførelse af behovsvurderingen*.

### 2.2.3. Systematisk behovsvurdering i kommuner

Ifølge forløbsprogrammet skulle praksis med behovsvurdering følges op i kommunen og eventuelt gentages. Systematisk behovsvurdering som begreb er ikke udbredt i alle kommuner. I praksis kan der findes andre rutiner med behovsvurdering som formål, der går under andre betegnelser. I den kommunale kortlægning er terminologien derfor lidt anderledes.

#### **Indledende kontakt**

Borgerne henvises til de kommunale kræftrehabiliteringstilbud fra forskellige instanser. I Tabel 16 præsenteres kommunernes angivelse af, hvorfra de modtager henvisninger.



**Tabel 16. Hvorfra henvises borgerne til kommunen, angivet som procent af hver kommune**

	Gennemsnitlig %
<b>Antal besvarelser n= 96</b>	
Fra hospital via korrespondancemeddelelse eller REF01	30
Fra hospital via genoptræningsplan	30
Fra praktiserende læge	16
Fra andre enheder i kommunen	8
Borgere der henvender sig på eget initiativ	14
Andet	1

Tallene i Tabel 16 er estimater fra respondenterne. Af tabellen ses det, at to tredjedele (60 %) af patienterne i gennemsnit henvises via *korrespondancemeddelelser/REF01* eller *genoptræningsplaner*, mens henvisninger i mindre grad kommer fra *praktiserende læger* (16 %), *patienter som selv henvender sig* (14 %) eller *andre enheder i kommunen* (8 %). De kommunale respondenter bemærker i kommentarerne, at det for de flestes vedkommende er et estimat, og at de ikke kender den faktuelle fordeling.

Kommunerne er spurgt, om de gennemfører en systematisk samtale ved kommunens indledende kontakt med borgeren, for eksempel om borgerens funktionsevne, hverdag og evt. mål, der kan ligge til grund for rehabilitering. Svarene fremgår af Tabel 17 nedenfor.

**Tabel 17. Gennemfører I en systematiseret samtale fx om borgerens funktionsevne, hverdag og evt. mål, der kan ligge til grund for rehabilitering? (kommuner)**

	Antal (%)
<b>Antal besvarelser n= 96</b>	
Ja, med alle borgere	88 (92)
Ja, for udvalgte borgere	8 (8)
Ja, med borgere uden henvisning fra hospitalet	0 (0)
Nej, ikke med nogen borgere	0 (0)
Ved ikke	0 (0)
Andet	0 (0)

Hovedparten (92 %) af respondenterne angiver, at *alle borgere* (blandt dem der kommer i kontakt med den kommunale kræftrehabilitering) får en indledende samtale om funktion og hverdagsliv (ikke nærmere specificeret), mens 8 % angiver, at en sådan kun gennemføres for *udvalgte borgere*. Kommentarerne afspejler, at der flere steder endnu ikke er etableret en egentlig systematik på området.

#### **Kendskab til og anvendelse af den regionale behovsvurdering**

I alt 95 % af de kommunale respondenter svarer, at de har kendskab til det regionale behovsvurderingsskema og 2 % svarer, at de ikke har kendskab til skemaet (se XLIX i bilag 1).

Alle respondenter er ligeledes spurgt om, hvorvidt de *anvender* det regionale behovsvurderingsskema.



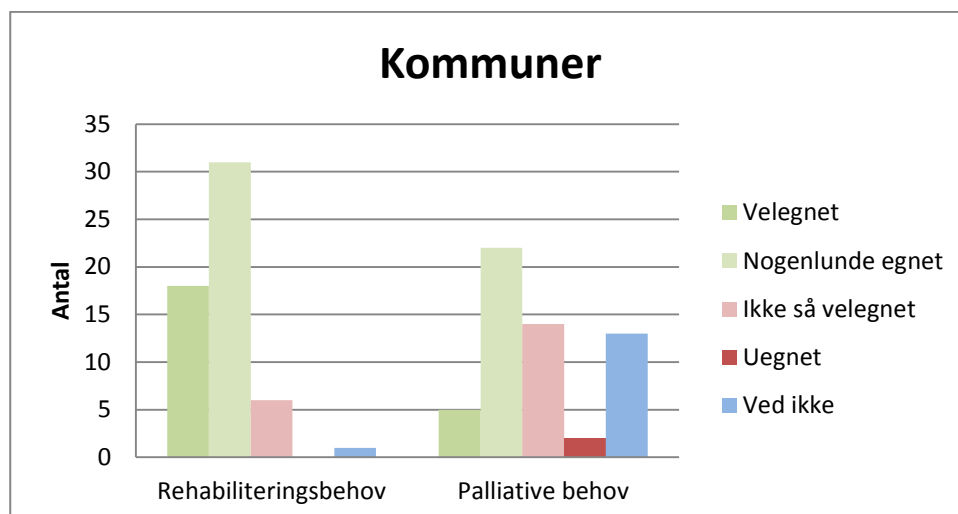
**Tabel 18. Anvender I det regionale behovsvurderingsskema? (kommuner) (mulighed for flere krydser)**

	Antal (%)	
<b>Antal besvarelser n= 91</b>		
Ja, som ramme for indledende kontakt	47	(52)
Ja, det udfyldte skema borgeren medbringer fra hospitalet	21	(23)
Nej, vi bruger andre	25	(27)
Nej, vi bruger ikke skemaer/redskaber	2	(2)
Andet	14	(15)
Ved ikke	1	(1)

Af Tabel 18 ses det, at ca. halvdelen (52 %) af kommunerne anvender det regionale skema i den *indledende kontakt* med borgerne, mens 27 % af kommunerne *anvender andre skemaer eller redskaber* i stedet for. I alt 2 % svarer, at der *ikke benyttes nogen form for redskab* til samtalen. I alt 15 % af respondenterne svarer *andet* og uddyber, at man ikke oplever at patienter kommer med udfyldte skemaer fra sygehuset, at der ikke er systematik i opgaven, at man anvender andre redskaber (se Tabel 19 for andre skemaer/redskaber) eller blot bruger samtalen som udgangspunkt. Flere anvender regionernes behovsvurderingsskemaer som ramme for samtalerne uden dog at udfylde dem, og én beskriver, at man har benyttet skemaet, men er gået væk fra det til fordel for et skema, man kan trække statistik fra.

Respondenter, der anvender det regionale behovsvurderingsskema (56 kommuner), er desuden spurgt om deres vurdering af skemaets egnethed til at identificere rehabiliteringsbehov henholdsvis palliative behov.

**Figur 7. Hvordan vurderer du redskabets/skemaets egnethed til at identificere rehabiliterings- og palliative behov?**



Samlet set vurderer respondenterne, at skemaet er bedst egnet til at identificere rehabiliteringsbehov: 49 (88 %) af respondenterne vurderer, at skemaet er velegnet eller nogenlunde egnet til at identificere rehabiliteringsbehov blandt borgerne, mens 27 (48 %) vurderer, at det er velegnet eller nogenlunde egnet til at identificere borgeres palliative behov. Henholdsvis 6 (11 %) og 14 (29 %) vurderer, at skemaet ikke er så velegnet til at identificere rehabiliterings- og palliative behov, mens 2 (4 %) mener skemaet er direkte

uegnet til at identificere palliative behov. Hele 13 (23 %) ved ikke om det kan identificere palliative behov (Figur 7).

Endvidere er de respondenter, der anvender det regionale skema, spurgt om de anvender andre skemaer eller redskaber *sammen med* det regionale skema, hvilket 64 % af kommunerne angiver at gøre (Tabel L i bilag 1). Disse 36 kommuner er spurgt om, hvilke skemaer de anvender i det hele taget, og hvilke de oftest anvender. Samme spørgsmål er stillet til de 25 respondenter, der jf. Tabel 18 anvender andre skemaer eller redskaber *i stedet for* det regionale behovsvurderingsskema. Af Tabel 19 fremgår hvilke skemaer respondenterne angiver at benytte *sammen med* eller *i stedet for* det regionale.

**Tabel 19. Antal kommuner der anvender supplerende hhv. andre skemaer end det regionale i den indledende kontakt med borgeren (mulighed for flere krydser)**

	Antal (%)
<b>Antal besvarelser n= 61</b>	
EORTC QLQ-C15 pal	1 (2)
EORTC QLQ-C30	5 (8)
Dallundskalaen	6 (10)
COPM	7 (11)
ICF baseret	18 (30)
Andet	36 (59)

De fleste respondenter (59 %) angiver at benytte et andet skema end de i spørgsmålet listede og beskriver oftest, at der er tale om et selvudviklet redskab. Flere angiver også Esbjergmodellen, sygeplejefaglig udredning, fysiske funktionsvurderingsskemaer, SF-36/SF-12, MoEva og enkelte angiver Dolo-test, EQ-5D-5L, FACG-G, HADS og WHO-5 trivselsindex. For beskrivelse af disse forkortelser, skemaer og redskaber henvises til andre kilder. De beskrives ikke yderligere her.

Tabel 20 viser hvilke skemaer respondenterne oftest anvender. Spørgsmålet er stillet til de 40 respondenter, der angav at bruge to eller flere skemaer, enten det regionale skema og et andet skema eller flere andre skemaer.

**Tabel 20. Angivelse af hvor mange af skemaerne der anvendes hyppigst og næsthypigst i den indledende kontakt (kommuner)**

	Hyppigst Antal (%)	Næsthypigst Antal (%)
<b>Antal besvarelser n= 40</b>		
EORTC QLQ-C15 pal	0 (0)	0 (0)
EORTC QLQ-C30	1 (3)	3 (8)
Dallundskalaen	2 (5)	1 (3)
COPM	1 (3)	5 (13)
ICF baseret	8 (20)	5 (13)
Andet	8 (20)	12 (30)
Regionalt skema	20 (50)	14 (35)

Af tabellen ses det, at det hyppigst anvendte skema, er de regionalt udviklede skemaer til behovsvurdering, som 50 % benytter oftest, mens 35 % benytter det næsthyppigst. Næstefter det regionale skema anvendes ICF-baserede redskaber (20 % anvender oftest disse og 13 % anvender dem næsthyppigst), mens det samme gør sig gældende for *andre* skemaer. De andre angivne skemaer bruges i varierende, lav grad.

#### 2.2.4. Inddragelse af patient hhv. borger og evt. pårørende i beslutning om indsats

De fleste skemaer og redskaber, der nævnes ovenfor, har til hensigt at inddrage patient hhv. borger i bestemmelsen af problemer og behov. Ud over det har vi i hospitalskortlægningen spurgt både sengeafdelinger og ambulatorier og terapiafdelinger, i hvilket omfang patienter og evt. pårørende inddrages i beslutningen om indsats ved udarbejdelsen af en rehabiliteringsplan. Spørgsmålet er betinget af, at respondenterne tidligere har angivet, at der udarbejdes en rehabiliteringsplan. Rehabiliteringsplan defineres i spørgeskemaet som den "fælles plan", der anbefales i forløbsprogrammet.

Da ganske få anvender rehabiliteringsplan, er lige så få (10 respondenter fra sengeafdelinger og ambulatorier og 3 fra terapiafdelinger) spurgt, om patienter og evt. pårørende inddrages i beslutning om indsats i forbindelse med udarbejdelse af rehabiliteringsplan, og det svarer alle bekræftende på (Tabel LI i bilag 1).

I den kommunale kortlægning er der dels spurgt ind til, om borgeren inddrages i beslutninger om indsats og dels til om pårørende inddrages. Blandt de kommunale respondenter svarer alle (n=96), at **borgeren altid** eller *ofte* inddrages i beslutninger om indsats, hvor hovedparten (92 % af respondenter) svarer *altid*, mens 50 % svarer, at **pårørende altid** eller *ofte* inddrages, med overvægten på *ofte* (45 % af respondenter) (Tabel LII i bilag 1). Kommentarerne afdækker, at inddragelsen af pårørende eller manglen på samme ofte afhænger af, om pårørende er til stede under samtalen.

#### 2.2.6. Sammenfatning vedrørende behovsvurdering

##### Behovsvurdering – sengeafdelinger og ambulatorier

Systematisk behovsvurdering er hovedtema i kortlægningen og indgår med spørgsmål i alle spørgeskemaer, flest i spørgeskema til sengeafdelinger og ambulatorier, hvor opgaven i særlig grad har været i fokus efter forløbsprogrammet blev præsenteret. Forløbsprogrammet introducerede systematisk behovsvurdering af patienternes problemer som udgangspunkt for den faglige indsats. Behovsvurderingen blev beskrevet som "den overordnede, indledende vurdering, der foretages for at danne et samlet overblik over patientens eventuelle behov for rehabilitering eller palliation" (1. s.25).

Ifølge respondenterne tilbydes alle patienter behovsvurdering på 30 % af de deltagende sengeafdelinger og ambulatorier, mens 38 % af afdelingerne svarer, at over halvdelen tilbydes behovsvurdering. Tid angives som den væsentligste barriere for at tilbyde patienterne behovsvurdering. Ikke alle patienter, der tilbydes behovsvurdering, tager imod det. I alt 53 % af respondenterne angiver, at over halvdelen tager imod tilbuddet, mens 25 % svarer, at under halvdelen af patienterne tager imod det. Væsentligste barriere for at tage imod tilbuddet er, at patienterne ikke ønsker det. Det skal understreges, at det ikke er ensbetydende med, de ikke har rehabiliteringsbehov. Der angives mange andre barrierer og udfordringer; en del fremhæver blandt andet, at det behovsvurderingsskema, der anvendes, ikke egner sig til alle patienter.

Hver region har udarbejdet et behovsvurderingsskema som det redskab, der skal vejlede den systematiske behovsvurdering. Skemaerne har en del ligheder; blandt andet synes de alle at være inspireret af det amerikanske udviklede Distress Thermometer (14). Ifølge respondenter på sengeafdelinger og ambulatorier egner redskabet sig bedst til at identificere rehabiliteringsbehov, mens lidt færre vurderer, det egner sig ved palliative behov; 19 % vurderer det ikke er så velegnet ved palliative behov. I alt 36 % af respondenterne rapporterer da også, at behovsvurderingen udelukkende handler om rehabiliteringsbehov.

I alt 94 % af respondenterne fra sengeafdelinger og ambulatorier anvender det regionale redskab. Hos 95 % af respondenterne er det sygeplejersker, der anvender det. Andre faggrupper involveres i varierende grad, og i disse tilfælde er det især læger og fysioterapeuter, der involveres. Ifølge forløbsprogrammet skulle behovsvurderingen suppleres med en uddybende udredning ved andre faggrupper, og ifølge 68 % af respondenterne sker dette hos patienter med særlige behov – enten komplekse rehabiliteringsbehov eller behov for både rehabilitering og palliation.

Behovsvurderingen fører ifølge 76 % af respondenterne altid eller ofte til en korrespondancemeddelelse eller en REF01 til kommunale aktører, og i 61 % af tilfældene til en genoptræningsplan. Over halvdelen angiver, at behovsvurderingen udleveres til patienterne som patientens eget redskab.

Respondenterne rapporterer en del udfordringer med behovsvurdering i praksis. Disse er af både organisatorisk, faglig og patientrettet karakter. De kan handle om udfordrende organisatoriske rammer og om manglende viden og kompetencer – både faglig viden, viden om patienternes hverdagsliv og viden om kommunernes muligheder.

#### **Behovsvurdering – terapiafdelinger**

Terapiafdelingerne er spurgt om, hvordan de er involveret i behovsvurdering. Her svarer 19 %, de er involveret, 14 % er ikke involveret og en stor del, nemlig 67 %, ved det ikke. Udfordringerne er ifølge terapiafdelingerne blandt andet manglende tværfagligt samarbejde, manglende viden om opgaven samt tidlig udskrivning, så de ikke når at blive involveret.

#### **Behovsvurdering – kommuner**

Forløbsprogrammet er mindre tydelig i anbefalinger for, hvordan kommuner skal indarbejde systematisk behovsvurdering, og kommunerne har derfor - og formentlig af en del andre årsager - taget de regionale redskaber til sig i varierende grad og på forskellige måder. I kommunerne kender 91 % til de regionale redskaber, og 71 % anvender dem, for de flestes vedkommende sammen med andre redskaber og skemaer. 26 % af de kommunale respondenter anvender andre skemaer i stedet for de regionale skemaer.

Også de kommunale respondenter vurderer, at skemaerne bedst egner sig til at identificere rehabiliteringsbehov og i mindre omfang palliative behov.

## 2.3. FAGLIGE REHABILITERINGSINDSATSER

### Resultater – kort fortalt

- Vejledning om sygdom og senfølger, fysisk træning under behandling, lymfødembehandling ved brystkræft og modermærkekræft samt genoptræning ved hæmatologisk kræft og prostatakræft indgår ofte i hospitalets standard rehabiliteringstilbud.
- For genoptræning ved hoved-halskræft og hjernekræft er der en stor variation i hospitals-respondentenes svar, der tyder på en vis usikkerhed om opgaveplacering.
- Svarkategorierne "vi har ikke indsatsen" og "ved ikke" anvendes hyppigt og tyder på en vis usikkerhed om opgaveplaceringen.
- Eksistentielle og psykosociale indsatser indgår ofte som standard på hospitalet, med undtagelse af indsatser til arbejdsfastholdelse eller afklaring af arbejdssituation. Det forventes kommunen at varetage.
- I kommunerne er de socialfaglige og juridiske indsatser dem, der hyppigt ikke kan tilbydes. Dette kan til dels skyldes manglende viden hos respondenter. Desuden er der et forholdsvist stort antal kommuner, der ikke varetager indsatser vedrørende seksualitet og støtte til pårørende.
- Generelt synes kommunerne at kunne leve op til hospitalets forventninger om, hvilke indsatser de varetager.
- Kommunerne synes godt dækket ind med fysisk træning og genoptræning, rygestop og ernæringsvejledning.
- En del kommuner har diagnosespecifikke indsatser; flest til borgere med brystkræft, hoved-halskræft, prostatakræft og hjernekræft.
- De fleste kommunale indsatser tilbydes både individuelt og holdbaseret.
- Kommunerne finder overvejende, at deres tilbud er helt eller delvist tilstrækkelige, mens dette i mindre grad gør sig gældende på hospitalerne.
- Palliative indsatser og indsatser ved fremskreden kræft vurderes af omkring halvdelen af respondenterne både på hospitaler og i kommuner som delvist tilstrækkelige, men en stor "ved ikke" frekvens vidner om, at der også her er usikkerhed om opgavens placering og status.

Et vigtigt aspekt i rehabilitering er naturligvis selve de indsatser, som tilbydes patienterne. Der er spurgt til en række konkrete indsatser. Svarmulighederne er genereret ved gennemgang af forløbsprogrammet (1), diagnosespecifikke opfølgingsprogrammer for kræft (2) Kræftens Bekæmpelses konsensusnotat om kræftrehabilitering (8), gældende praksis i Danmark (4), samt andre især hollandske (11) anbefalinger for, hvilke indsatser (generiske og diagnosespecifikke), der kan være relevante for kræftpatienter. I kortlægningen defineres rehabilitering bredt og inkluderer vejledningsindsatser.

Både sengeafdelinger og ambulatorier, terapiafdelinger og de kommunale respondenter er spurgt om, hvilke rehabiliteringsindsatser, der indgår i deres standard rehabiliteringstilbud til kræftpatienter. Med "standard rehabiliteringstilbud" menes indsatser, der gennemføres systematisk efter fælles kriterier. Nogle af spørgsmålene til sengeafdelinger, ambulatorier og terapiafdelinger er diagnosespecifikke ift. de seks, udvalgte diagnoser. Det fremgår af tabellerne, hvilke svarkategorier der er diagnosespecifikke. Desuden er der forskel på svarkategorier for de forskellige respondentgrupper. Svarene opgøres derfor adskilt. *Bemærk at data i rapporten ikke præsenteres som procentsatser, hvis  $n < 15$ .*

### 2.3.1. Sengeafdelingers og ambulatoriers rehabiliteringstilbud

Tabel 21. Hvilke indsatser indgår i jeres standard rehabiliteringstilbud til kræftpatienter

	Indgår i hospitalets standardtilbud Antal (%)	Vi er i gang med at udvikle indsatsen Antal (%)	Vi har ikke indsatsen Antal (%)	Indsatsen varetages på et andet hospital/specialenhed Antal (%)	Indsatsen forventes varetaget i kommunen Antal (%)	Ved ikke Antal (%)
<b>Vejledning om sygdom og senfølger (n= 63)</b>						
Vejledning om sygdom, symptomer og behandling (vejledning omfatter også patientuddannelse)	55 (87)	2 (3)	2 (3)	3 (5)	0 (0)	1 (2)
Vejledning om senfølger (vejledning omfatter også patientuddannelse)	45 (71)	6 (10)	6 (10)	3 (5)	1 (2)	2 (3)
<b>Fysisk træning (n= 63)</b>						
Fysisk træning under behandling, fx Krop & Kræft	38 (60)	1 (2)	8 (13)	10 (16)	5 (8)	1 (2)
<b>Genoptræning - diagnosespecifikke indsatser (n= oplyst for hver diagnose)</b>						
Brystkræft, fysioterapeutisk behandling fx ved lymfødem (n=17)	13 (76)	2 (12)	0 (0)	2 (12)	0 (0)	0 (0)
Hæmatologisk kræft, anden genoptræning (n=14)	10	0	0	1	2	1
Modermærkekræft, fysioterapeutisk behandling fx ved lymfødem (n=7)	5	0	0	1	1	0
Hoved-hals-kræft, anden genoptræning (fx i forhold til synkebesvær, spiseproblemer, trismus, mundåbning, motorik i mundhule, udtalebesvær og efter etablering af "ny stemme") (n=10)	4	3	1	0	2	0
Hjernekræft, kognitiv træning (n=6)	0	2	1	2	1	0
Hjernekræft, specialiseret tværfaglig neurorehabilitering (n=6)	0	2	1	3	0	0
Prostatakræft, anden genoptræning (fx bækkenbundstræning) (n=9)	6	0	0	2	0	1
<b>Psykisk, socialt og eksistentielt (n= 63)</b>						
Psykosocial indsats, herunder eksistentiel	35 (56)	4 (6)	10 (16)	7 (11)	4 (6)	3 (5)
Seksualitet og samliv	34 (54)	8 (13)	8 (13)	5 (8)	2 (3)	6 (10)
Arbejdsfastholdelse eller afklaring af arbejdssituation	18 (29)	0 (0)	12 (19)	4 (6)	26 (41)	3 (5)
Hverdagsaktiviteter og/eller hjælpemidler	42 (67)	1 (2)	6 (10)	2 (3)	11 (17)	1 (2)
Støtte til pårørende	36 (57)	7 (11)	6 (10)	3 (5)	8 (13)	3 (5)
<b>Patientrettet forebyggelse (n= 63)</b>						
Ernæringsvejledning	47 (75)	2 (3)	2 (3)	2 (3)	8 (13)	2 (3)
Rygestop	24 (38)	2 (3)	12 (19)	2 (3)	22 (35)	1 (2)
Indsats ift. alkohol	15 (23)	2 (3)	18 (29)	3 (5)	22 (35)	3 (5)
<b>Andre indsatser (n= 48)</b>	14 (29)	1 (2)	4 (8)	1 (2)	1 (2)	27 (56)

Det ses af Tabel 21, at de fleste af de indsatser, der er spurgt til, indgår i afdelingernes standard tilbud, er under udvikling eller varetages i en anden specialenhed.

Svarkategorien *vi har ikke indsatsen* er afkrydset for en del indsatser, og særligt *psykiske, sociale og eksistentielle indsatser og patientrettet forebyggelse med arbejdsfastholdelse eller afklaring af arbejdssituation, rygestop og indsats ift. alkohol* er topscorere. Disse indsatser er samtidig dem, mange forventer varetages i kommunalt regi og indsatser, hvor mange svarer *ved ikke*. Det vidner om, at disse indsatser er en gråzone, som vi skal se nærmere på i de kommunale tal.

Tallene viser endvidere, at *Krop & Kræft* eller lignende tiltag er del af standardtilbuddet ifølge over halvdelen af respondenterne, og herudover kan der henvises til andre specialenheder, hvilket tyder på, at indsatsen er tilgængelig de fleste steder.

*Diagnosespecifikke træningsindsatser* er del af standardtilbuddet mange steder, men det ses også, at en del indsatser er under udvikling, og nogle ventes varetaget i kommunalt regi. Hjernekræft skiller sig ud, idet ingen afdelinger eller ambulatorier har *specialiseret tværfaglig neurorehabilitering og kognitiv træning* som del af standardtilbuddet, og indsatserne er enten under udvikling eller varetages på en anden specialenhed. Tilsvarende skiller hoved-hals-kræft sig ud, når vi ser på andelen af respondenter, der svarer at området er *under udvikling* (tre ud af 10) ift. respondenter der svarer, at området *indgår i standardtilbuddet* (fire ud af 10). Det bemærkes desuden, at to ud af 10 svarer, at *indsatsen forventes varetaget i kommunen*.

I alt 3 % af afdelingerne tilbyder ikke *vejledning om sygdom, symptomer og behandling*, og 10 % har ikke *vejledning om senfølger*. Det fremgår ikke, hvordan patienterne får dækket behovet for vejledning om sygdom og senfølger.

Af Tabel 21 ovenfor fremgår det ligeledes, at 29 % af sengeafdelinger og ambulatorier tilbyder *Andre indsatser* i deres standardrehabilitering. I uddybningerne svarer flere fx patientundervisning, individuel opfølgingsplan, ungedrupper, tilbud om samtaler med hospitalspræst eller psykoterapeut, telefonkonsultationer/call-center og "lymfødemcafé" med lymfødemterapeuter, mens der eksempelvis også angives peer-to-peer møder, profylaktiske tandlægebesøg, anorectalt tilbud med fokus på inkontinens, multidisciplinære samarbejder, inklusion af logopæd og tilkobling af tværfaglige teams generelt. Andre tilbud er en hjemmeside med patientinformation, netværksmøder, diætist, træning og opstart af et senfølgeambulatorium.

### **Uddybende beskrivelse af indsatser**

For de indsatser, der indgår i hospitalets standardtilbud, er der stillet en række uddybende spørgsmål om nærmere indhold, hvordan tilbuddene er struktureret, og hvilke faggrupper der oftest varetager indsatsen. Af pladmæssige årsager er svarene ikke gengivet i denne rapport. De publiceres senere i det omfang, der kan skaffes ressourcer til bearbejdning.

### 2.3.2. Ergo- og fysioterapeuters rehabiliteringstilbud - hospital

Ergo- og fysioterapeuter er spurgt, hvilke indsatser de har hoved- eller medansvar for.

**Tabel 22. Hvilke indsatser har I hoved- eller medansvar for?**

	Vi har hovedansvaret Antal (%)	Sengeafd./ amb. har hovedansvaret. Vi er involveret Antal (%)	Vi er ikke involveret Antal (%)	Indsatsen varetages på et andet hospital/ specialenhed Antal (%)	Indsatsen forventes varetaget i kommunen Antal (%)	Ved ikke Antal (%)
<b>Vejledning om sygdom og senfølger (n=33)</b>						
Vejledning om sygdom, symptomer og behandling (vejledning omfatter også patientuddannelse)	0 (0)	25 (76)	3 (9)	1 (3)	4 (12)	0 (0)
Vejledning om senfølger (vejledning omfatter også patientuddannelse)	1 (3)	21 (64)	6 (18)	1 (3)	4 (12)	0 (0)
<b>Genoptræning og fysisk træning (n=33)</b>						
Fysisk træning under behandling, fx Krop & Kræft	20 (61)	6 (18)	3 (9)	0 (0)	2 (6)	2 (6)
<b>Diagnosespecifikke indsatser (n= oplyst for hver diagnose)</b>						
Brystkræft, fysioterapeutisk behandling fx ved lymfødem (n=11)	10	0	1	0	0	0
Hæmatologisk kræft, anden genoptræning (n=5)	2	2	0	0	1	0
Modermærkekræft, fysioterapeutisk behandling fx ved lymfødem (n=2)	2	0	0	0	0	0
Hoved-hals-kræft, anden genoptræning (fx i forhold til synkebesvær, spiseproblemer, trismus, mundåbning, motorik i mundhule, udtalebesvær og efter etablering af "ny stemme") (n=4)	4	0	0	0	0	0
Hjernekræft, kognitiv træning (n=4)	1	1	0	1	1	0
Hjernekræft, specialiseret tværfaglig neuro-rehabilitering (n=4)	2	1	0	1	0	0
Prostatakræft, anden genoptræning, (fx bækkenbundstræning) (n=7)	5	1	0	0	1	0
<b>Psykisk, socialt og eksistentielt (n=33)</b>						
Psykosocial indsats, herunder eksistentiel	0 (0)	17 (52)	11 (33)	1 (3)	0 (0)	4 (12)
Seksualitet og samliv	1 (3)	14 (42)	11 (33)	2 (6)	0 (0)	5 (15)
Arbejdsfastholdelse eller afklaring af arbejdssituation	0 (0)	4 (12)	17 (52)	0 (0)	6 (18)	6 (18)
Hverdagsaktiviteter og/eller hjælpemidler	10 (30)	15 (45)	2 (6)	0 (0)	3 (9)	3 (9)
Støtte til pårørende	0 (0)	17 (52)	9 (27)	1 (3)	0 (0)	6 (18)
<b>Patientrettet forebyggelse (n=33)</b>						
Ernæringsvejledning	0 (0)	5 (15)	20 (61)	2 (6)	3 (9)	3 (9)
Rygestop	0 (0)	2 (6)	20 (61)	2 (6)	6 (18)	3 (9)
Indsats ift. alkohol	0 (0)	2 (6)	20 (61)	2 (6)	5 (15)	4 (12)
<b>Andre indsatser</b>	1 (3)	0 (0)	3 (9)	2 (6)	0 (0)	27 (82)



Af Tabel 22 fremgår det, at terapiafdelingerne især har hovedansvar for *trænings- og genoptræningsindsatser* og er involveret i *vejledningsopgaver om sygdom og senfølger*. Hvad angår *psykiske, sociale og eksistentielle indsatser* er billedet mere broget. Her svarer få terapiafdelinger at have hovedansvar, en stor del er involveret i indsatserne, hvorimod afdelingerne stort set ikke er involveret i forbindelse med *arbejdsfastholdelse (ingen har hovedansvaret og 12 % er involveret)*. Hvad angår *patientrettet forebyggelse* er kun få terapiafdelinger involveret.

Det skal bemærkes, at en enkelt respondent tilknyttet brystkræftafdeling skriver, at man ikke er involveret i fysioterapeutisk behandling ved lymfødeme ift. brystkræft. Dette skal ses i lyset af de øvrige svarmuligheder, som kunne være anvendt. Hvad svaret dækker over vides ikke.

Sammenlignet med sengeafdelinger og ambulatorier forventer relativt flere terapiafdelinger, at *vejledning om sygdom og senfølger* varetages i kommunen (hhv. 2 % og 12 %). Relativt flere rapporterer, at de har indsatser til hjernekræftpatienter og hoved-hals-kræftpatienter. I modsætning til sengeafdelinger og ambulatorier forventer ingen terapiafdelinger, at genoptræning til hoved-hals-kræftpatienter varetages i kommunen, og tilsvarende angiver ingen, at genoptræning til prostatakræftpatienter varetages i en anden specialenhed. Én respondent forventer, at genoptræning ved prostatakræft varetages i kommunen, hvor ingen sengeafdelinger og ambulatorier forventede det. Få – og en del færre respondenter end de fra sengeafdelinger og ambulatorier – forventer, at psykiske, sociale og eksistentielle indsatser varetages i kommunen. Til gengæld er *ved ikke* frekvensen høj på dette område.

Terapiafdelingerne er spurgt, om de har *Andre indsatser* relateret til rehabilitering, som ikke allerede er nævnt. Her fremhæver en terapiafdeling udarbejdelse af genoptræningsplaner som afdelingens ansvar efter ordineret af læge, og to angiver, at de sender patienter videre i hospitalsregi.

#### **Uddybende beskrivelse af indsatser**

For de indsatser, ergo- og/eller fysioterapeuter har hovedansvar for, er der stillet en række uddybende spørgsmål om nærmere indhold, hvordan tilbuddene er struktureret, og hvilke faggrupper der oftest varetager indsatsen. Af pladmæssige årsager er svarene ikke gengivet i denne rapport. De publiceres senere i det omfang, der kan skaffes ressourcer til bearbejdning.

### 2.3.3. Kommunernes rehabiliteringstilbud

Også de kommunale respondenter er spurgt om, hvilke rehabiliteringsindsatser, der indgår i deres standard rehabiliteringstilbud til kræftpatienter. I Tabel 23 nedenfor ses kommunernes svarfordeling.

**Tabel 23. Hvilke indsatser indgår i jeres rehabiliteringstilbud?**

	Indgår i standard rehabiliteringstilbud Antal (%)	Tilbydes undtagelsesvist Antal (%)	Kan tilbydes i samarbejde med anden kommune Antal (%)	Kan ikke tilbydes Antal (%)	Ved ikke Antal (%)
<b>Antal besvarelser n= 96</b>					
<b>Vejledning om sygdom og senfølger</b>					
Vejledning om sygdom, symptomer og behandling	67 (70)	11 (11)	3 (3)	11 (11)	4 (4)
Vejledning om senfølger	72 (75)	13 (14)	3 (3)	6 (6)	2 (2)
<b>Genoptræning og fysisk træning</b>					
Genoptræning	84 (88)	4 (4)	2 (2)	4 (4)	2 (2)
Fysisk træning	84 (88)	7 (7)	1 (1)	2 (2)	2 (2)
<b>Psykisk, socialt og eksistentielt</b>					
Psykosocial indsats, herunder eksistentiel	75 (78)	8 (8)	1 (1)	7 (7)	5 (5)
Seksualitet og samliv	61 (64)	20 (21)	2 (2)	8 (8)	5 (5)
Arbejdsfastholdelse eller afklaring af arbejdssituation	65 (68)	14 (15)	1 (1)	12 (13)	4 (4)
Hverdagsaktiviteter og/eller hjælpemidler	78 (81)	11 (11)	0 (0)	4 (4)	3 (3)
Støtte til pårørende	56 (58)	22 (23)	2 (2)	11 (11)	5 (5)
Vejledning om rettigheder og juridiske forhold	36 (38)	30 (31)	0 (0)	18 (19)	12 (13)
<b>Forebyggelse og andre indsatser</b>					
Ernæringsvejledning	86 (90)	10 (10)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Rygestop	88 (92)	8 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Indsats ift. alkohol	68 (71)	24 (25)	0 (0)	1 (1)	3 (3)
<b>Andre indsatser</b>	13	2	1	1	14

Tabellen viser helt overordnet, at kommunernes rehabiliteringsindsats er særligt fokuseret på *genoptræning og fysisk træning*, samt på *ernæringsvejledning* og *rygestop*. På disse områder svarer over 88 %, at indsatsen indgår i kommunens standard rehabiliteringstilbud. Én kommune kan ikke tilbyde *alkoholrettet indsats*, 2 % kan ikke tilbyde *fysisk træning* og 4 % kan ikke tilbyde *genoptræning*.

I alt 58-81 % af kommunerne tilbyder *psykiske, sociale og eksistentielle indsatser* som del af standardtilbuddet, dog med undtagelse af *vejledning om rettigheder og juridiske forhold*, der kun er standard i 38 % af kommunerne og tilbydes *undtagelsesvist* i 31 % - og slet ikke i 19 % af kommunerne. I alt 13 % af respondenterne skriver, at de ikke kan tilbyde *indsats ift. arbejdsfastholdelse eller afklaring af arbejdssituation*, og 15 % tilbyder det kun *undtagelsesvist*; dermed er socialfaglige og juridiske indsatser dem, der oftest ikke tilbydes. Svarene må ses i lyset af, at respondenterne har varierende viden om de socialfaglige indsatser, jfr. karakteristika for kommunale respondenter.

*Vejledning om sygdom og senfølger* indgår som standard i 70 % og 75 % af kommunerne og tilbydes ikke i hhv. 6 % og 11 % af kommunerne.

Når vi sammenligner hospitalets forventninger med kommunernes selvrapporterede praksis, lever kommunerne langt hen ad vejen op til forventningerne. Det gælder både *fysisk træning og patientrettet forebyggelse*, og især *ernæringsvejledning* og *rygestop*. Det blev tidligere anskueliggjort, at hospitalerne særligt havde forventninger til kommunerne i forhold til *rygestop* og *alkohol*, hvoraf sidstnævnte i lidt lavere grad tilbydes som en standardindsats. Hospitalets forventninger til kommunernes *genoptræningsindsatser* opfyldes delvist, men der er tilsyneladende også kommuner, der slet ikke kan tilbyde *genoptræning* til kræftpatienter. Det samme gælder for *arbejdsfastholdelse eller afklaring af arbejdssituation*, hvor 41 % af respondenter fra sengeafdelinger og ambulatorier forventer, at kommunerne varetager indsatsen, mens 13 % af kommunerne rapporterer, at de ikke varetager indsatsen.

Tidligere sås desuden, at psykiske, sociale og eksistentielle indsatser var en gråzone i hospitalsindsatsen. Som nævnt ovenfor udfylder de kommunale rehabiliteringstilbud ikke helt dette tomrum for *arbejdsfastholdelse*, og det kan desuden bemærkes, at indsatser ift. *seksualitet og samliv* i 29 % af kommunerne kun tilbydes *undtagelsesvist* eller slet ikke, og det samme gælder for *støtte til pårørende* i 34 % af kommunerne.

Angående standard rehabiliteringstilbud er de kommunale respondenter spurgt om, hvordan deres tilbud er tilrettelagt. Tabel 24 nedenfor viser fordelingen af *individuelle-* og *holdforløb* for de forskellige rehabiliteringstilbud i kommunerne, hvor kommunerne har fået mulighed for at sætte flere kryds i hver række.

**Tabel 24. Hvordan er jeres standard rehabiliteringstilbud struktureret? (mulighed for flere krydser)**

	Individuelt Antal (%)	På hold Antal (%)	Andet Antal (%)
<b>Antal besvarelser n= oplyst for hver kategori</b>			
<b>Vejledning om sygdom og senfølger</b>			
Vejledning om sygdom, symptomer og behandling (vejledning omfatter også patientuddannelse) (n=67)	41 (61)	58 (87)	0 (0)
Vejledning om senfølger (vejledning omfatter også patientuddannelse) (n=72)	41 (57)	65 (90)	0 (0)
<b>Genoptræning og fysisk træning</b>			
Genoptræning (n=84)	60 (71)	75 (89)	2 (2)
Fysisk træning (herunder vedligeholdstræning som fx motionstilbud) (n=84)	28 (33)	82 (98)	0 (0)
<b>Psykisk, socialt og eksistentielt</b>			
Psykosocial indsats, herunder eksistentiel (n=75)	45 (60)	62 (83)	1 (1)
Seksualitet og samliv (n=61)	37 (61)	44 (72)	0 (0)
Arbejdsfastholdelse eller afklaring af arbejdssituation (n=65)	45 (69)	32 (49)	6 (9)
Hverdagsaktiviteter og/eller hjælpemidler (n=78)	58 (74)	39 (50)	2 (3)
Støtte til pårørende (n=56)	38 (68)	38 (68)	0 (0)
Vejledning om rettigheder og juridiske forhold (n=36)	18 (50)	25 (69)	2 (6)
<b>Forebyggelse og andre indsatser</b>			
Ernæringsvejledning (n=86)	71 (83)	59 (69)	0 (0)
Rygestop (n=88)	62 (70)	72 (82)	0 (0)
Indsats ift. alkohol (n=68)	58 (85)	12 (18)	9 (13)
<b>Andet (n= 14)</b>	1	9	4

Det ses af Tabel 24, at alle indsatser både tilbydes individuelt og på hold. Indsatser der sjældent tilbydes individuelt er *fysisk træning og vejledning om rettigheder og juridiske forhold*, hvor hhv. 33 % og 50 % svarer, at indsatsen tilbydes individuelt. Indsatser der mest sjældent tilbydes på hold er *arbejdsfastholdelse eller afklaring af arbejdssituation* (49 %), *hverdagsaktiviteter og/eller hjælpemidler* (50 %) samt *indsats ift. alkohol* (18 %). Disse tilbydes overvejende individuelt.

Generelt kan det fremdrages af Tabel 24, at de indsatser som vedrører private eller sårbare emner, mange steder også leveres individuelt, således at borgere, som har behov for at vende specifikke, private problemstillinger, har mulighed for at drøfte disse én til én med en professionel.

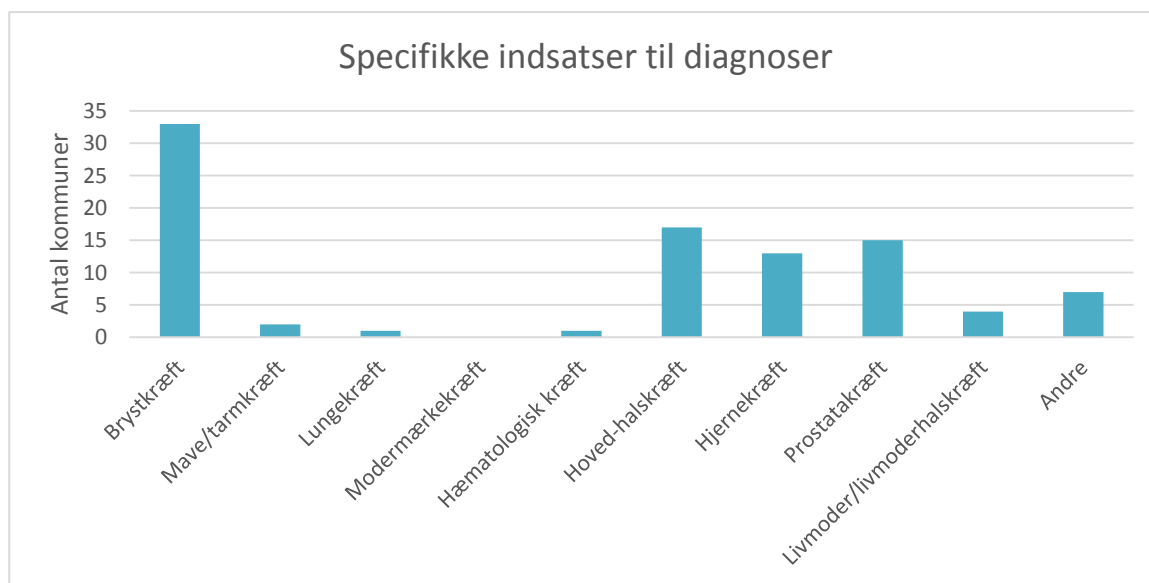
I kommunernes kommentarer peges der på, at man flere steder ofte præsenterer standardindhold på hold og tilbyder individuelle forløb eller samtaler, hvor der opstår eller klarlægges et behov. Dette imødekommes af flere kommuner efter behov og situation, men kan også være struktureret modsat, hvor der som udgangspunkt vejledes individuelt, med mulighed for gruppeundervisning, fx deltagelse i en *café*. Kommentarerne markerer ligeledes, at kommunerne er fleksible i forhold til borgernes behov. Dette gøres

tydeligt i kommentarer om fx mulighed for hjemmetræning, hvis borgeren har behov for det, henvisning til forskellige instanser, som fx sexolog, jobcenter, sagsbehandlende terapeuter, socialrådgiver, alkoholbehandlingen, rusmiddelcenter, rygestophjælp, foreninger/aktiviteter, grupper osv.

### Diagnosespecifikke indsatser

De kommunale respondenter er spurgt, om de har nogle *diagnosespecifikke indsatser*. Her svarer 42 %, at de har diagnosespecifikke rehabiliteringstilbud og 56 % svarer, at de ikke har. I alt 2 % af kommunerne svarer, at de *ikke ved* om de har diagnosespecifikke indsatser (Tabel LIII i bilag 1).

**Figur 8. Diagnosespecifikke indsatser**



De er endvidere spurgt, hvilke diagnoser de har specifikke indsatser til. Fordelingen ses af Figur 8 ovenfor hvor det fremgår, at det oftest er til patienter med brystkræft, hoved-halskræft, hjernekræft og prostatakræft, kommunerne har specifikke indsatser.

I uddybende beskrivelser af de diagnosespecifikke indsatser fremgår det, at disse er individuel- eller holdbaseret fysisk træning og diagnosespecifik patientundervisning og i de fleste tilfælde desuden diætetisk behandling. Dertil kommer andre tiltag, som er specifikke for hver enkelt cancertype, dvs. vævsbehandling og særligt fokus på stræk etc. blandt brystkræftpatienter, fokus på behandling ved ergoterapeuter og særligt fokus på spise-/synkebesvær blandt patienter med hoved-hals kræft, kognitiv træning og specifikke tilbud målrettet patienter med hjernekræft, og ekstra fokus på bækkenbundstræning til patienter med prostatakræft og livmoderkræft.

### Andre særlige indsatsområder

Kommunerne er herudover spurgt om de har andre særlige indsatsområder ud over diagnosespecifikke. Her svarer 34 % ja (Tabel LIV i bilag 1). Det gælder *kønsspecifikke tilbud* hvor mandehold nævnes, indsatser til *særligt udsatte borgere*, herunder *grupper med få ressourcer*, hvor nogle kommuner tilbyder forløbskoordination og tværfaglig indsats med en tæt kontakt til borgere i individuelle forløb. *Etniske grupper* får oftest ikke særlige indsatser, men må være på hold med etniske danskere. Svarene er ikke yderligere specificeret.

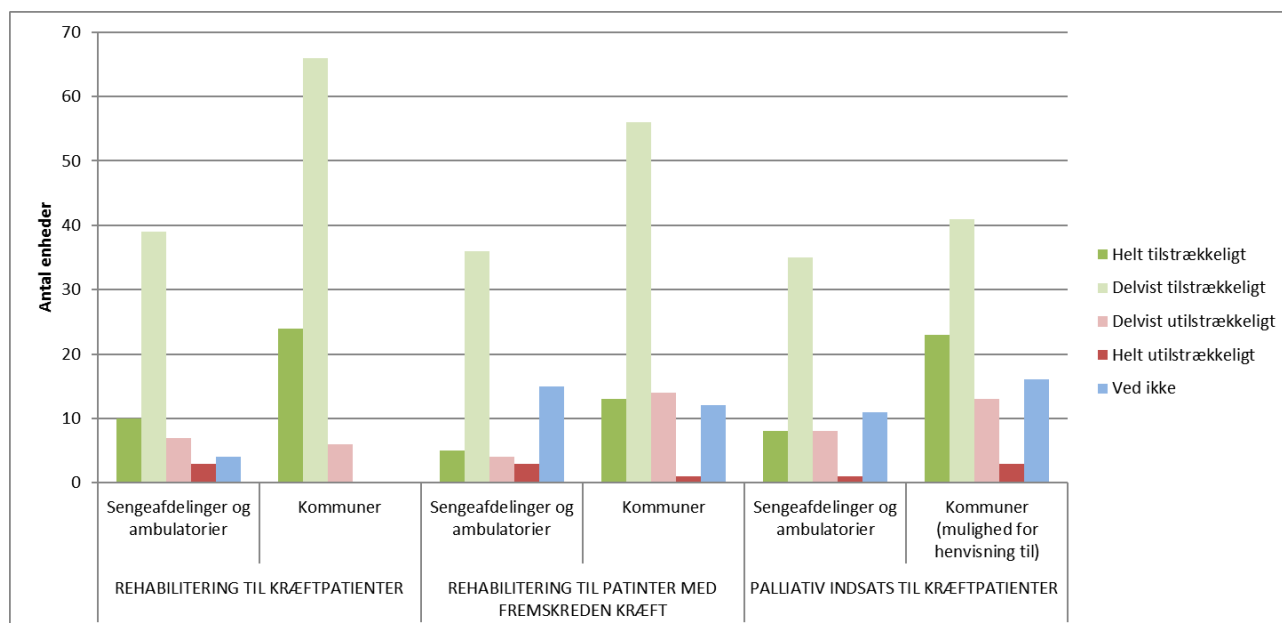
### 2.3.4. Kapacitet versus behov

Respondenterne er spurgt om, hvordan de vurderer deres respektive tilbud i forhold til patienter/borgeres behov for rehabilitering og palliation. Der er alene spurgt til omfang og kapacitet – ikke til kvaliteten af tilbuddene.

Alle respondenter er spurgt om, hvorvidt de vurderer, rehabiliteringstilbuddene til kræftpatienter og rehabiliteringstilbuddene til patienter med fremskreden kræft er tilstrækkelige. Ligeledes er der spurgt ind til, om respondenterne vurderer, at muligheden for at henvise til palliativ indsats er tilstrækkelig.

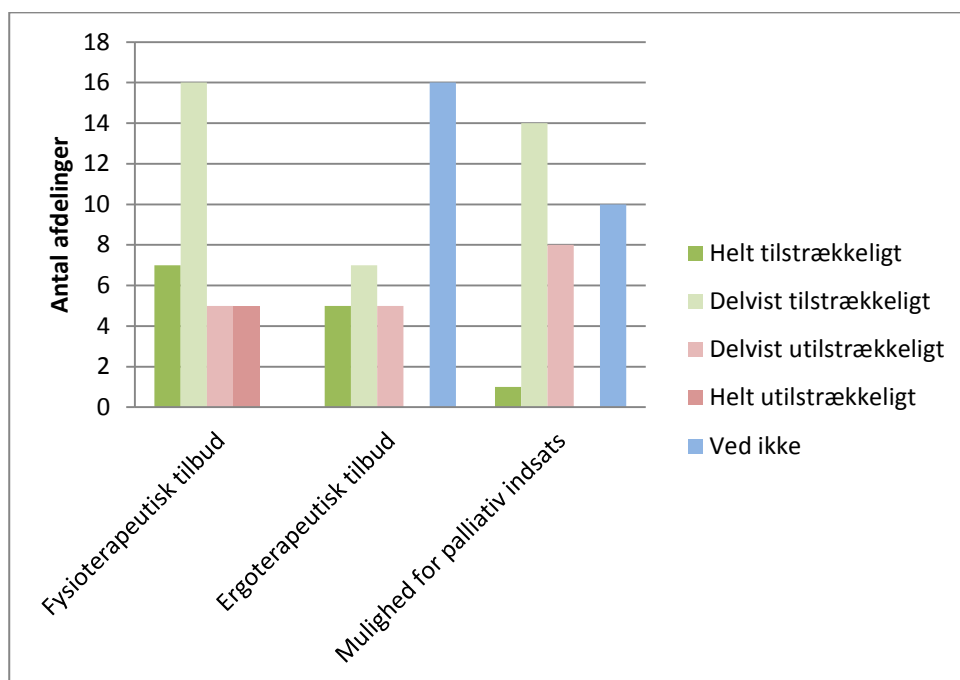
Figur 9 nedenfor præsenterer svarfordelingen for sengeafdelinger og ambulatorier og kommuner for de tre spørgsmål, og Figur 10 præsenterer svar fra terapiafdelingerne.

**Figur 9. Vurderer du, at jeres tilbud til kræftpatienter er tilstrækkeligt for følgende (sengeafdelinger/ambulatorier og kommuner)**



Tilbud om *rehabilitering til kræftpatienter* vurderer 49 (78 %) af sengeafdelinger og ambulatorier og 90 (94 %) af kommuner at være *helt eller delvist tilstrækkeligt*. Tilbuddet om *Rehabilitering til patienter med fremskreden kræft* vurderes *helt eller delvist tilstrækkeligt* af 41 (65 %) sengeafdelinger og ambulatorier og 69 (72 %) kommuner. Den *Palliative indsats til kræftpatienter* finder 43 (69 %) af sengeafdelinger og ambulatorier og 64 (67 %) af kommunerne *helt eller delvist tilstrækkelig*. For både rehabilitering ved fremskreden kræft og palliativ indsats er der en betydelig andel (13-24 %) der svarer *ved ikke*.

Figur 10. Vurderer du, at jeres tilbud er tilstrækkeligt for følgende (terapiafdelinger)



I alt 23 (70 %) af terapiafdelingerne vurderer, at deres *fysioterapeutiske tilbud* er *helt* eller *delvist tilstrækkeligt*, mens det *ergoterapeutiske tilbud* vurderes *helt* eller *delvist tilstrækkeligt* af 12 (36 %) afdelinger. I forhold til *mulighed for palliativ indsats* vurderer 15 (45 %), at denne er *helt* eller *delvist tilstrækkelig*. Svarprocenter for ergoterapeutisk tilbud og palliativ indsats er behæftet med en væsentlig usikkerhed, idet hhv. 48 % og 32 % svarer *ved ikke*.

Respondenter, der vurderer tilbud eller kapacitet som *delvist utilstrækkelige* eller *utilstrækkelige*, har uddybet, hvad der vurderes utilstrækkeligt. Disse findes i Tabel 25 nedenfor for hver af enhederne. Der er forskelle i svarkategorier for kommuner og hospitaler. Svarkategorier som ikke har været tilgængelige for en given enhed er markeret med farve-udfyldt felt i tabellen nedenfor. Bemærk at antallet af respondenter er lavt. Der er derfor ikke beregnet procentsatser; de beregnes ikke ved  $n < 15$ .

Tabel 25. Hvilke indsatser kan ikke tilbydes i tilstrækkeligt omfang? (Mulighed for flere krydser)

	Sengeafdelinger og ambulatorier Antal	Terapiafdelinger Antal	Kommuner Antal
Antal besvarelser	n= 11	n= 12	n= 6
Vejledning om sygdom, symptomer og behandling	0	2	2
Vejledning om senfølger	3	4	2
Fysisk træning under behandling	4	7	
Fysioterapeutisk behandling ift. lymfødem	2*	2*	
Fysisk træning			1
Anden genoptræning	0*	4*	0
Specialiseret tværfaglig neuro-rehabilitering	0*	1*	
Kognitiv træning	0*	1*	

Psykosocial indsats, herunder eksistentiel	8	2	3
Seksualitet og samliv	7	2	3
Arbejdsfastholdelse eller afklaring af arbejdssituation	7	2	2
Hverdagsaktiviteter og/eller hjælpemidler	4	2	1
Støtte til pårørende	7	3	4
Ernæringsvejledning	1	0	1
Rygestop	4	0	0
Indsats ift. Alkohol	4	0	0
Andre indsatser	2	1	1

Spørgsmålet er stillet til 11 sengeafdelinger og ambulatorier, 12 terapiafdelinger og 6 kommuner, der angav at deres tilbud var delvis utilstrækkeligt eller utilstrækkeligt. \* diagnosespecifikke spørgsmål, ikke stillet til alle.

**Sengeafdelinger og ambulatorier** peger især på *psykosocial og eksistentiel indsats*, indsats ift. *seksualitet og samliv* samt *arbejdsfastholdelse eller afklaring af arbejdssituation* som indsatser, hospitalet ikke kan tilbyde i tilstrækkeligt omfang. Fra **terapiafdelingerne** svarer over halvdelen, at *fysisk træning under behandling* og *fysioterapeutisk behandling* ikke tilbydes i tilstrækkeligt omfang. Og endelig svarer flest **kommunale respondenter**, at *psykosocial og eksistentiel indsats*, indsats ift. *seksualitet og samliv*, samt støtte til pårørende ikke tilbydes i tilstrækkeligt omfang. På grund af de få svar giver det ikke mening at sammenligne tallene.

Vi har endvidere spurgt respondenter, der vurderede indsatser som helt eller delvist utilstrækkelige om, hvad de vurderer som de væsentligste *barrierer* for, at indsatserne er tilstrækkelige. Kommuner og hospitaler har ikke fået helt enslydende spørgsmål. Spørgsmål som ikke er stillet en given enhed er markeret med farve-udfyldt felt i Tabel 26 nedenfor. Der er ikke beregnet procentsatser ved n<15.

**Tabel 26. Hvad er efter din vurdering de væsentligste barrierer for, at nogle indsatser ikke tilbydes i tilstrækkeligt omfang? (mulighed for flere krydser)**

	Sengeafdelinger og ambulatorier Antal	Terapiafdelinger Antal	Kommuner Antal
<b>Antal besvarelser</b>	n= 11	n= 12	n= 6
<b>Manglende tid</b>	7	7	3
<b>Manglende ressourcer</b>			4
<b>Manglende kompetencer</b>	7	2	3
<b>Mangler egnede fysiske rammer</b>	2	7	2
<b>Manglende ledelsesmæssig opbakning</b>	1	1	3
<b>Generelt manglende opmærksomhed på rehabiliteringsbehov</b>	6	2	0
<b>Generelt manglende opmærksomhed på palliative behov</b>	3	1	0
<b>Manglende konsensus om, hvorvidt opgaven er relevant</b>	3	0	2
<b>Ansvar ligger i kommunalt regi</b>	3	0	
<b>Ansvar ligger uden for kommunalt regi</b>			0
<b>Andet</b>	1	3	1

Spørgsmålet er stillet til 11 sengeafdelinger og ambulatorier, 12 terapiafdelinger og 6 kommuner, der angav at deres tilbud var delvis utilstrækkeligt eller utilstrækkeligt.



Alle tre respondentgrupper angiver *tid* som en af de væsentligste barrierer. Desuden angiver godt halvdelen af respondenterne fra **sengeafdelinger og ambulatorier manglende kompetencer**, samme andel fra **terapiafdelingerne** angiver at mangle *egnede fysiske rammer*, og 2/3 af **kommunerne** angiver at *manglende ressourcer* er væsentligste barriere.

### Antal kommunale brugere

De kommunale respondenter har desuden oplyst, hvor mange borgere der årligt modtager kræftrehabiliteringstilbud. Respondenter, der ikke kendte det absolutte antal har angivet et estimeret tal. Tallene er omregnet til kommunale gennemsnit, sammenholdt med forventet antal borgere med rehabiliteringsbehov og præsenteres nedenfor regionsvist.

**Tabel 27. Hvor mange patienter modtager årligt jeres kræftrehabiliteringstilbud? (kommuner)**

Region	Antal borgere (mio)*	Antal kommuner	Gennemsnittet af forventet antal borgere med rehabiliterings behov i regionens kommuner**	Gennemsnit af borgere der modtog kræftrehabilitering i regionens kommuner (range***)
<b>Region Hovedstaden</b>	1,77	28	108	149 (0-1100)
<b>Region Sjælland</b>	0,83	17	105	86 (10-300)
<b>Region Syddanmark</b>	1,18	21	115	72 (10-200)
<b>Region Midtjylland</b>	1,31	19	128	96 (12-350)
<b>Region Nordjylland</b>	0,59	11	110	109 (3-250)
<b>Hele landet</b>	<b>5,68</b>	<b>96</b>	<b>113</b>	<b>106</b> <b>(0-1100)</b>

\* Antal indbyggere i hver region er hentet fra Danmarks Statistik 2017

\*\* Tallene med antal borgere med et forventet behov for kræftrehabilitering er hentet på Kræftens Bekæmpelses hjemmeside.  
<https://www.cancer.dk/hjaelp-viden/fakta-om-kræft/kræft-i-tal/vil-du-vide-mere/kommuner-kræft/>.

\*\*\* Range: Minimum – maksimum

Af Tabel 27 ses det, at Region Hovedstaden rapporterer om flest deltagere i kræftrehabilitering i forhold til, hvor mange der skønnes at have behov for kræftrehabilitering, mens Region Syddanmark rapporterer om relativt færrest deltagere. Det fremgår, at Region Hovedstadens kommuner har det største udsving i, hvor mange kræftpatienter, som skønnes rehabiliteret årligt. Den kommune med færrest patienter årligt har angivet, at ingen patienter modtager rehabiliteringstilbuddet, mens den kommune med flest deltagere i kræftrehabilitering angiver at rehabiliterer 714 % af dem, der forventes at have et behov. Region Nordjylland har det mindste udsving, idet kommunen med den laveste andel angiver at have 50 % af det forventede antal deltagere og kommunen med højeste angiver at have 174 % af det forventede antal deltagere.

Den gennemsnitlige kapacitet er på 99 % og dækker over betydelig variation fra 0 % til 714 %. I alt 63 (66 %) af kommunerne ligger på under 100 % af det forventede antal, af disse ligger 49 (51 %) under 75 % og 22 (23 %) under 50 %. Kortlægningen belyser ikke om det er dem med behov, der modtager tilbuddet.

### 2.3.5. Sammenfatning vedrørende faglige rehabiliteringsindsatser

Et vigtigt aspekt i rehabilitering er naturligvis selve de indsatser, som tilbydes patienterne. Vi har spurgt sengeafdelinger og ambulatorier, terapiafdelinger samt kommuner om deres indsatser ud fra svarkategorier, der er genereret med afsæt i nationale og internationale anbefalinger. Hvilke indsatser der indgår i kræftrehabilitering er ikke entydigt defineret i litteratur og guidelines, og der udvikles stadig nye beskrivelser (15). De fleste spørgsmål er fælles, men diagnosespecifikke spørgsmål er kun stillet til hospitalerne og spørgsmål om juridisk vejledning kun til kommunerne. "Rehabiliteringsindsatser" er defineret bredt og omfatter både vejledning, fysisk træning, psykosociale og eksistentielle indsatser samt patientrettet forebyggelse. Svar for diagnosespecifikke kategorier skal tages med forbehold pga. meget få (n: 2-11) respondenter.

På sengeafdelinger og ambulatorier er der en betydelig variation i, hvorvidt de forskellige indsatser indgår i standard rehabiliteringstilbud. Mange indsatser, især vejledning, fysisk træning under behandling, genoptræning ved modermærkekræft, brystkræft, hæmatologisk kræft og prostatakræft, indgår hyppigt i standard rehabiliteringstilbud. Det ses dog, at 6 % af respondenterne svarer, at de ikke har vejledning om senfølger som del af standard tilbuddet. Genoptræning ved hoved-hals-kræft findes i mindre omfang men er under udvikling – og her findes også den største andel der svarer, at en diagnosespecifik genoptræningsindsats forventes varetaget i kommunen (20 %). Tværfaglig neurorehabilitering og kognitiv træning findes ikke som standard tilbud men, er under udvikling, varetages i en anden specialenhed eller forventes varetaget i kommunen. Psykosociale og eksistentielle indsatser indgår i betydeligt omfang undtaget arbejdsfastholdelse eller afklaring vedrørende arbejdssituation. Denne indsats forventes varetaget i kommunen af 41 %. *Ernæringsvejledning* tilbydes af 71 %, mens *rygestop og indsats ift. alkohol* af 35 % forventes varetaget i kommunen. Svarkategorien *vi har ikke indsatsen* anvendes ved de fleste indsatser - af op til 29 % af respondenterne. Det efterlader os med manglende viden om, hvor indsatsen forventes varetaget. Også svarkategorien *ved ikke* anvendes ved de fleste indsatser - af op til 11 %. Der er således for over halvdelen af indsatserne en betydelig gråzone, hvor mellem 12 % og 34 % af respondenterne ikke angiver, hvem der forventes at varetage indsatsen.

Terapiafdelinger har især hovedansvar for trænings- og genoptræningsindsatser og er involveret i vejledningsopgaver om sygdom og senfølger. Hvad angår psykiske, sociale og eksistentielle indsatser er billedet mere blandet. Her har terapiafdelingerne hovedansvar for eller er involveret i nogle indsatser, mens de stort set ikke er involveret i forbindelse med arbejdsfastholdelse. Hvad angår patientrettet forebyggelse er kun få terapiafdelinger involveret.

Sammenlignet med sengeafdelinger og ambulatorier forventer flere fra terapiafdelinger, at vejledning ift. sygdom og senfølger varetages i kommunen. Terapiafdelinger rapporterer desuden at de varetager nogle opgaver, som sengeafdelinger ikke angav som standard rehabilitering på hospitalet. Det drejer sig om indsatser til hjernekræftpatienter og hoved-halskræftpatienter. Igen må der tages forbehold for meget få besvarelser. I modsætning til sengeafdelinger og ambulatorier forventer ingen fra terapiafdelinger, at genoptræning ved hoved-halskræft varetages i kommunerne og tilsvarende beskriver ingen, at genoptræning til prostatakræftpatienter varetages i en anden specialenhed. *Ved ikke* svarfrekvensen er høj for indsatser inden for det psykosociale og eksistentielle område.

Kommunernes rehabiliteringsindsatser er særligt fokuseret på genoptræning og fysisk træning og på ernæringsvejledning og rygestop. De fleste kommuner tilbyder forskellige psykosociale og eksistentielle indsatser; de socialfaglige og juridiske indsatser er dem, der hyppigst ikke kan tilbydes. Langt størstedelen af kommunerne ser ud til at leve op til forventningerne om at tilbyde vejledning om sygdom og senfølger. I det hele taget ser det ud til, at de fleste kommuner tilbyder det, hospitalerne forventer, de gør. Der er dog enkelte kommuner, der ikke kan tilbyde fysisk træning og genoptræning. Og der er en del kommuner, der ikke har indsatser ift. arbejdsfastholdelse eller afklaring af arbejdssituation. Dette kan dog hænge sammen med, at indsatsen varetages i en anden enhed eller afdeling, som respondenterne ikke har viden om. Desuden er der et forholdsvist stort antal, der ikke tilbyder indsatser ift. seksualitet og støtte til pårørende. Disse indgik til gengæld i standard rehabiliteringstilbuddet i over 50 % af sengeafdelinger og ambulatorier.

En del kommuner har diagnosespecifikke indsatser; flest til borgere med brystkræft (33 kommuner), hovedhalskræft (17 kommuner), prostatakræft (15 kommuner) og hjernekræft (13 kommuner). Det er således ikke alle kommuner, der lever op til hospitalernes forventninger, især om tilbud på hovedhalskræftområdet. På den anden side viser tallene, at en del kommuner løfter diagnosespecifikke indsatser og vidner dermed om potentiale for videre udvikling.

Der er spurgt til kommunernes organisering af indsatser, og de fleste kommuner tilbyder både holdbaserede og individuelt organiserede indsatser på de fleste områder. Generelt ser det ud til, at de indsatser som vedrører private eller sårbare emner mange steder også leveres individuelt, således at borgere, som har behov for at vende specifikke, private problemstillinger, har mulighed for at drøfte disse én til én med en professionel.

Kommunernes gennemsnitlige dækning med rehabiliteringspladser er 1,7 pr 1000 indbyggere, med en betydelig variation både mellem regionerne (fra 1,2 – 2,3) og mellem kommunerne (fra 0,0 til 12,6). Tallene er baseret på respondenternes skøn.

Kommunerne finder overvejende, at deres rehabiliteringstilbud til kræftpatienter er helt eller delvist tilstrækkelige, mens flere sengeafdelinger og ambulatorier (16 %) vurderer deres tilbud helt eller delvist utilstrækkelige. På terapiafdelingerne vurderer 2/3 det fysioterapeutiske tilbud helt eller delvist tilstrækkeligt, mens tallet er betydeligt lavere for ergoterapeutisk tilbud – med mange *ved ikke*.

Respondenter der ikke vurderer, at tilbuddet er tilstrækkeligt, er spurgt, hvilke indsatser der mangler. Der er mange forskellige svar. De er desuden spurgt, hvilke barrierer de ser, og også her er manglende tid og ressourcer en væsentlig barriere.

Palliative indsatser og indsatser ved fremskreden kræft vurderes af to tredjedele af respondenter fra sengeafdelinger, ambulatorier og kommuner som helt eller delvist tilstrækkelige – men samtidig vurderer 11 – 16 % af respondenterne indsatserne helt eller delvist utilstrækkelige. En stor *ved ikke* frekvens vidner desuden om, at det er et område, mange mangler viden om. For terapiafdelingerne gør det samme sig gældende.

## 2.4. TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE

### Resultater – kort fortalt

- Kommunale respondenter vurderer i højere grad det tværfaglige samarbejde som tilstrækkeligt end hospitalsrespondenter – og i praksis rapporterer kommunerne en højere grad af tværfaglig organisering af rehabiliteringsindsatser.
- I kommunerne og terapiafdelingerne samarbejdes der på tværs af afdelinger hhv. forvaltninger.
- Tid er den væsentligste barriere for at arbejde tværfagligt, men der rapporteres også om manglende tradition for tværfagligt samarbejde.

Tværfagligt samarbejde er beskrevet som et effektivt organiserende princip i rehabilitering (16) og indgår i anbefalinger for kræftrehabilitering (2). I kortlægningerne er der spurgt til tværfagligt samarbejde i tilknytning til de konkrete rehabiliteringsindsatser. Svarene præsenteres her som selvstændigt tema. Svar for hjernekræftpatienter fra både sengeafdelinger og ambulatorier samt terapiafdelinger indgår ikke i datagrundlaget. Det skyldes en fejl i spørgeskemaets konstruktion.

### 2.4.1. Deltagere i tværfagligt samarbejde

Samtlige respondenter er spurgt om, hvem der deltager i det tværfaglige samarbejde.

**Tabel 28. Faggrupper involveret i det tværfaglige samarbejde om kræftrehabilitering? (mindst to krydser)**

	Hospitalsafdelinger Antal (%)	Terapiafdelinger Antal (%)	Kommuner Antal (%)
<b>Antal besvarelser</b>	n= 58	n= 34	n= 96
<b>Læge</b>	45 (78)	29 (85)	20 (21)
<b>Sygeplejerske</b>	54 (93)	32 (94)	82 (85)
<b>Social- og sundhedsassistent</b>	9 (16)	13 (38)	14 (15)
<b>Fysioterapeut</b>	45 (78)	29 (85)	94 (98)
<b>Ergoterapeut</b>	14 (24)	18 (53)	62 (65)
<b>Socialrådgiver</b>	11 (19)	11 (32)	36 (38)
<b>Klinisk diætist</b>	21 (36)	9 (26)	81 (84)
<b>Psykolog</b>	10 (17)	8 (24)	21 (22)
<b>Neuropsykolog</b>	0 (0)	3 (9)	3 (3)
<b>Logopæd</b>	5 (9)	5 (15)	4 (4)
<b>Præst</b>	9 (16)	6 (18)	10 (10)
<b>Jobkonsulent</b>			35 (36)
<b>Andre, beskriv venligst:</b>	3 (5)	1 (3)	11 (11)

Det ses af Tabel 28, at det oftest er læger (78 %), sygeplejersker (93 %) og fysioterapeuter (78 %), som samarbejder om rehabiliteringen på sengeafdelinger og ambulatorier. Kliniske diætister er også hyppigt involveret (36 %), mens de resterende faggrupper sjældnere inddrages.

Terapiaafdelingerne har oftest sygeplejersker (94 %), fysioterapeuter (85 %) og læger (85 %) involveret i det tværfaglige samarbejde om kræftrehabilitering. Derudover er også ergoterapeuter hyppigt involveret (53 %), mens de resterende faggrupper involveres med svingende hyppighed (Tabel 28).

I kommunerne er det oftest sygeplejersker (85 %), fysioterapeuter (98 %), kliniske diætister (84 %) og ergoterapeuter (65 %), som indgår i samarbejdet om kræftrehabilitering, mens faggrupper som læger (21 %), socialrådgivere (38 %), psykologer (22 %) og jobkonsulenter (36 %) også jævnlige involveres (Tabel 28).

Andre faggrupper som inddrages på **hospitalet** er sexologisk klinik og palliativt team.

Andre faggrupper som inddrages i **kommunerne** er blandt andet antropolog, palliativ nøgleperson, rådgivere/fagpersoner fra Kræftens Bekæmpelse, naturvejleder, kostvejleder, rygestopinstruktør, psykoterapeut samt sexolog.

Respondenter fra **terapiafdelinger** har desuden svaret på, i hvilket omfang de deltager i tværfagligt samarbejde ud over egen afdeling. 45 % svarer, at de *ofte* deltager i det tværfaglige samarbejde, 18 % af afdelingerne angiver, at de deltager *af og til*, men henholdsvis 24 % og 12 % svarer, at de *sjældent* eller *stort set aldrig* inddrages i det tværfaglige samarbejde (Tabel LV i bilag 1).

#### 2.4.2. Muligheder for tværfagligt samarbejde

Alle respondentgrupper er spurgt, hvordan de vurderer mulighederne for tværfagligt samarbejde. Svarene præsenteres i Tabel 29.

**Tabel 29. Hvordan er mulighederne efter din vurdering for tværfagligt samarbejde om kræftrehabilitering?**

	Helt tilstrækkelige Antal (%)	Delvist tilstrækkelige Antal (%)	Delvist utilstrækkelige Antal (%)	Helt utilstrækkelige Antal (%)	Ved ikke Antal (%)
<b>Sengeafdelinger og ambulatorier (n=63)</b>	12 (19)	24 (38)	19 (30)	3 (5)	5 (8)
<b>Terapiafdelinger (n= 33)</b>	10 (30)	14 (42)	4 (12)	1 (3)	4 (12)
<b>Kommuner (n= 96)</b>	27 (28)	63 (66)	6 (6)	0 (0)	0 (0)

Af tabellen fremgår det, at 57 % af sengeafdelinger og ambulatorier finder mulighederne for tværfagligt samarbejde om kræftrehabiliteringen *helt* eller *delvist tilstrækkelige*. For terapiafdelinger er tallet 72 % og blandt kommunerne vurderer 94 % mulighederne for tværfagligt samarbejde som *helt* eller *delvist tilstrækkelige*.

#### 2.4.3. Barrierer for tværfagligt samarbejde

Respondenter der vurderer mulighederne som *delvist* eller *helt utilstrækkelige* har svaret på, hvilke barrierer de ser for tværfagligt samarbejde om kræftrehabilitering. Svarene ses i Tabel 30 nedenfor. Der er ikke beregnet procentsatser ved n<15.

**Tabel 30. Hvad er efter din vurdering de væsentligste barrierer for at samarbejde tværfagligt om kræftrehabilitering? (Sæt op til tre kryds)**

	Afdelinger Antal (%)	Terapiafdelinger Antal	Kommuner Antal
	n= 22	n= 5	n= 6
Manglende tid til tværfagligt samarbejde	15 (68)	4	4
Manglende tradition for tværfagligt samarbejde	8 (36)	3	2
Relevante faggrupper er ikke tilgængelige	6 (27)	1	3
Manglende ledelsesmæssig opbakning	3 (14)	1	2
Manglende enighed om, hvorvidt tværfagligt samarbejde er relevant	2 (9)	0	1
Uegnede fysiske rammer	6 (27)	1	0
Utilstrækkelig IT-understøttelse	1 (5)	1	2
Andet	8 (36)	0	0

Spørgsmålet er stillet til 22 sengeafdelinger og ambulatorier, 5 terapiafdelinger og 6 kommuner, der vurderede mulighederne for tværfagligt samarbejde om rehabilitering for delvist utilstrækkeligt eller utilstrækkeligt.

Endnu engang ser vi, at de største barrierer for alle respondenter er *tid*. Øvrige barrierer ses i skemaet. I praksis overlapper nogle barrierer formentlig. Sengeafdelinger og ambulatorier har desuden bl.a. kommenteret, at der er et ønske om mere viden på området og større samarbejde med kommunerne, at der ikke er mulighed for brug af fysioterapeuter i ambulante regi pga. DRG, og at der er mangel på psykologbistand og bistand fra socialrådgivere.

Kommunale respondenter er endvidere spurgt, hvor ofte kræftrehabiliteringen er organiseret tværfagligt, og 95 % af de kommunale respondenter beskriver, at kræftrehabiliteringen *ofte* eller *af og til* er organiseret tværfagligt (Tabel LVI i bilag 1). I kommunerne foregår en del af det tværfaglige samarbejde på tværs af forskellige organisatoriske enheder, og kommunerne har svaret på en række spørgsmål om denne type samarbejde. Svarene fremgår af Tabel 31 nedenfor.

**Tabel 31. I hvilket omfang samarbejder I om kræftrehabilitering på tværs af forvaltninger/afdelinger? (kommuner)**

	Antal (%)
Antal besvarelser n= 96	
Ofte	29 (30)
Af og til	46 (48)
Sjældent	18 (19)
Ved ikke	3 (3)

Det ses, at langt de fleste kommuner (78 %) *ofte* eller *af og til* samarbejder på tværs af forvaltninger/afdelinger om kræftrehabiliteringen. Hvilke forvaltninger/afdelinger kommunernes rehabiliteringsafdelinger oftest samarbejder med præsenteres i Tabel 32 nedenfor.

**Tabel 32. Hvilke forvaltninger/afdelinger samarbejder I ofte med? (kommuner) (mulighed for flere krydser)**

	Antal (%)
<b>Antal besvarelser n= 96</b>	
Socialforvaltningen	26 (27)
Beskæftigelsesforvaltningen/-afdelingen	64 (67)
Hjemmeplejen	70 (73)
Andre forvaltninger/afdelinger	16 (17)
Ved ikke	2 (2)

Det er oftest beskæftigelsesforvaltningen og hjemmeplejen, der inddrages i samarbejde (hhv. 67 % og 73 %), mens socialforvaltningen ofte involveres i 27 % af kommunerne. I alt 17 % af kommunerne angiver, at de samarbejder med andre forvaltninger og uddyber i kommentarerne, at der er tale om fx Børn- og Ungeforvaltning og familieafdeling, Center for støtte og omsorg, Entreprenøraftdelingen, palliativt team, socialpsykiatrien, træningsafdeling, sygepleje, Folkesundhed, Visitationsenheden og hjælpemidler og ældre handicap.

Vi har spurgt om mulighederne for at samarbejde på tværs af forvaltninger/afdelinger. Se Tabel 33.

**Tabel 33. Hvordan er mulighederne efter din vurdering for samarbejde om kræftrehabilitering på tværs af forvaltninger/afdelinger?**

	Antal (%)
<b>Antal besvarelser n= 96</b>	
Helt tilstrækkelige	9 (9)
Delvist tilstrækkelige	64 (67)
Delvist utilstrækkelige	18 (19)
Helt utilstrækkelige	1 (1)
Ved ikke	4 (4)

Det fremgår at 76 % af kommunerne vurderer mulighederne for samarbejde på tværs af forvaltninger *helt* eller *delvist tilstrækkelige*.

Kommuner der har svaret, at mulighederne for samarbejde er *helt* eller *delvist utilstrækkelige* (20 %) er spurgt, hvilke barrierer der er for samarbejdet internt i kommunen. Svarene fremgår af Tabel 34 herunder. Bemærk igen, at procenter er beregnet på et lille antal svar, hvorfor tallene er behæftet med betydelig usikkerhed.

**Tabel 34. Hvad er efter din vurdering de væsentligste barrierer for at samarbejde om kræftrehabilitering på tværs af forvaltninger/afdelinger? (højst tre krydser)**

	Antal (%)
<b>Antal besvarelser n= 19</b>	
Manglende tid til samarbejde	9 (47)
Manglende tradition for samarbejde	15 (79)
Relevante faggrupper er ikke tilgængelige	2 (11)
Manglende ledelsesmæssig opbakning	10 (53)
Manglende enighed om, hvorvidt samarbejde er relevant	8 (42)
Uegnede fysiske rammer	0 (0)
Utilstrækkelig IT-understøttelse	5 (26)
Andet	2 (11)

Den dominerende barriere med 79 % er *manglende tradition for samarbejde*. Bemærk at der kunne angives flere svar, hvorfor der summeres op til mere end 100 %. Kommuner som vælger at kommentere på spørgsmålet nævner barrierer som det, at man prioriterer anderledes, at jobcenteret har selvstændige tilbud om træning, manglende viden om indsatser og muligheder samt manglende viden omkring kommandovejen.

#### 2.4.4. Sammenfatning vedrørende tværfagligt samarbejde

Tværfagligt samarbejde er beskrevet som et effektivt organiserende princip i rehabilitering og indgår i forløbsprogrammets anbefalinger. Der er i kortlægningen spurgt til tværfagligt samarbejde i forbindelse med konkrete rehabiliteringsindsatser.

De kommunale respondenter vurderer det tværfaglige samarbejde mere tilstrækkeligt end respondenter fra hospitaler. Indsatsen rapporteres da også at være organiseret tværfagligt i langt de fleste kommuner. Sygeplejersker og fysioterapeuter er de faggrupper, der i størst omfang er involveret i det tværfaglige samarbejde ifølge alle respondentgrupper. Andre hyppige deltagere er læger (på hospitalet) og ergoterapeuter og diætister (især i kommunerne). Den helt overvejende barriere for tværfagligt samarbejde er tid til opgaven.

I kommunerne samarbejdes der desuden på tværs af forvaltninger og afdelinger. Det er oftest beskæftigelsesafdelingen eller hjemmeplejen, man samarbejder med, og mulighederne herfor synes delvist tilstrækkelige, men der rapporteres også om manglende tradition for samarbejde og manglende ledelsesmæssig opbakning.



## 2.5. KOORDINATION OG SAMMENHÆNGENDE FORLØB – TVÆRSEKTORIELT

### Resultater – kort fortalt

- På hospitalerne understøttes tværsektoriel koordination og sammenhæng især elektronisk.
- Blandt de kommunale respondenter rapporteres under halvdelen om særlige metoder til at sikre tværsektoriel koordination og sammenhæng i rehabiliteringen. Metoder er møder, netværk, digitale løsninger og pjecer.
- Begge sektorer rapporterer, at manglende viden om og kendskab til kommunale tilbud er en væsentlig barriere for sammenhængende forløb.

Rehabilitering løses ofte på tværs af sektorgrænser, og tværsektorielt samarbejde og koordination og sammenhæng er derfor væsentlige temaer. Koordination er beskrevet i forløbsprogrammet – både i individuelle forløb og organisatorisk (1). I kortlægningerne er spørgsmål om koordination og sammenhæng stillet til alle respondenter, men på forskellige måder.

### 2.5.1. Hospitalsrespondenter

Sengeafdelinger og ambulatorier samt ergo- og fysioterapeuter på hospitaler har svaret på, hvordan koordination og sammenhæng mellem hospital og kommune og evt. almen praksis understøttes. Svarene ses i Tabel 35 nedenfor.

Af tabellen fremgår det, at de metoder sengeafdelinger og ambulatorier i størst omfang tager i anvendelse, er at man *opfordrer patienten til at tage kontakt til kommunale aktører*, hvilket 56 % gør for alle patienter, 62 % *udarbejder elektronisk henvisning til kommunal kræftrehabilitering eller genoptræningsplan* for alle patienter, 25 % gør det for *patienter med komplekse rehabiliteringsbehov* og 22 % anvender *elektronisk henvisning* til patienter med behov for både rehabilitering og palliation. 44 % *samarbejder i sundhedsaftaleregi om at forbedre sammenhæng og koordination i rehabiliterings- og evt. palliative forløb* for alle patienter. Øvrige metoder rapporteres brugt i mindre omfang.

De metoder, terapiafdelinger i størst omfang anvender, er, at man *udarbejder elektronisk henvisning til kommunal kræftrehabilitering eller genoptræningsplan*, hvilket 54 % gør for alle patienter, samt *samarbejder i sundhedsaftaleregi om at forbedre sammenhæng og koordination i rehabiliterings- og evt. palliative forløb*, hvilket 31 % gør for alle patienter og 14 % for patienter med komplekse rehabiliteringsbehov. Øvrige metoder rapporteres brugt i mindre omfang.

**Tabel 35. Hvordan understøttes koordination og sammenhæng i rehabiliteringsforløb mellem hospital og kommune (og evt. almen praksis)? (mulighed for flere krydser)**

	For alle patienter med rehabiliteringsbehov Antal (%)	For patienter med komplekse rehabiliteringsbehov Antal (%)	For patienter med behov for både rehabilitering og palliation Antal (%)	Ingen patienter Antal (%)	Ved ikke Antal (%)
<b>Antal besvarelser</b>					
Sengeafdelinger og ambulatorier n= 63					
Terapiafdelinger n= 35					
<b>Patienter opfordres til at tage kontakt til kommunale aktører</b>					
Sengeafdelinger og ambulatorier	35 (56)	8 (13)	8 (13)	11 (17)	6 (10)
Terapiafdelinger	8 (23)	2 (6)	2 (6)	8 (23)	11 (31)
<b>Der udarbejdes elektronisk henvisning til kommunal kræftrehabilitering og/eller genoptræningsplan</b>					
Sengeafdelinger og ambulatorier	39 (62)	16 (25)	14 (22)	1 (2)	3 (5)
Terapiafdelinger	19 (54)	7 (20)	6 (17)	1 (3)	4 (11)
<b>Rehabiliteringsplan udarbejdes i samarbejde med kommunen og evt. almen praksis.</b>					
Sengeafdelinger og ambulatorier	0 (0)	9 (14)	6 (10)	27 (43)	17 (27)
Terapiafdelinger	0 (0)	0 (0)	3 (9)	14 (40)	11 (31)
<b>Vi arbejder på at udvikle tværfaglig og tværsektoriel rehabiliteringsplan</b>					
Sengeafdelinger og ambulatorier	6 (10)	5 (8)	8 (13)	25 (40)	15 (24)
Terapiafdelinger	2 (6)	1 (3)	2 (6)	6 (17)	18 (51)
<b>Vi tilbyder en forløbskoordinator /tovholderfunktion</b>					
Sengeafdelinger og ambulatorier	16 (25)	7 (11)	6 (10)	21 (33)	13 (20)
Terapiafdelinger	5 (14)	9 (26)	4 (11)	7 (20)	11 (31)
<b>Vi samarbejder i sundhedsaftaleregi om at forbedre sammenhæng og koordination i rehabiliterings- og evt. palliative forløb.</b>					
Sengeafdelinger og ambulatorier	28 (44)	8 (13)	12 (19)	7 (11)	14 (22)
Terapiafdelinger	11 (31)	5 (14)	5 (14)	2 (7)	13 (37)
<b>Andet</b>					
Sengeafdelinger og ambulatorier (n=20)	5 (8)	4 (6)	4 (6)	2 (3)	5 (8)
Terapiafdelinger (n= 28)	3 (9)	0 (0)	1 (3)	0 (0)	24 (69)

Et af de områder hvor der er størst spredning i svarene, er spørgsmålet om *rehabiliteringsplan*. Både sengeafdelinger og ambulatorier og terapiafdelinger rapporterer, at de til hhv. 43 % og 40 % af patienterne *ikke* bruger rehabiliteringsplan, 40 % af sengeafdelinger og ambulatorier påtænker *ikke at udvikle rehabiliteringsplan*, og et betydeligt antal af sengeafdelinger og ambulatorier samt terapiafdelinger (hhv. 27 % og 31 %) svarer *ved ikke* til spørgsmålet om *rehabiliteringsplan*. Henholdsvis 18 % og 9 % *arbejder på at udvikle rehabiliteringsplan* til alle eller nogle patienter, mens der aktuelt ikke er nogen der anvender rehabiliteringsplan til alle patienter. Sengeafdelinger og ambulatorier anvender rehabiliteringsplan for patienter med komplekse rehabiliteringsbehov. Rehabiliteringsplan refererer i spørgeskemaet til den *fælles*

plan, der var beskrevet i forløbsprogrammet, og som bl.a. kunne indeholde genoptræningsplanen. Ifølge forløbsprogrammet skulle muligheden for en fælles plan nærmere afklares og udviklingsarbejde igangsættes, når flere erfaringer var indhøstet.

Et betydeligt antal svarer *ved ikke*, hvilket tyder på, at spørgsmål om koordination og sammenhæng kan være vanskelige at besvare.

Under svarkategorien *andet* beskrives andre metoder til at sikre koordination og sammenhæng: Nogle sengeafdelinger og ambulatorier holder netværksmøde mellem hospital og kommuner eller har samtaler telefonisk mellem kommune og hospital, hvis tiltag ikke virker. For terapiafdelingerne gives eksempler på, at der holdes tværsektorielle møder om behandling af patienter med forskellige kræftformer, og at man har et tæt samarbejde med kommunale kolleger.

### 2.5.2. Kommunale respondenter

For kommunerne er svarene opgjort lidt anderledes. I alt 33 % af kommunerne har svaret, at de har *særlige metoder til at sikre sammenhængende rehabiliteringsforløb mellem kommune og hospital* (Tabel LVII i bilag 1), og 42 % svarer, at de har *særlige måder, hvorpå de sikrer sammenhængende rehabiliteringsforløb mellem kommune og almen praksis* (Tabel LVIII i bilag 1).

Fritekstsvaret viser at sammenhængende rehabiliteringsforløb bl.a. sikres gennem forskellige møder, fx med afdelingsledelse på hospitaler, personalemøder, dialog- og samarbejds møder og møder med praksiskonsulenter. Desuden anvendes faglige netværk og tværsektorielle arbejdsgrupper, samt besøg på afdelinger, adgang til at kigge ind i Sundhedsplatformen, samt statistisk overvågning og opfølgning. Sundhed.dk er en måde for kommunerne at præsentere deres tilbud og dette sikres ved opdateringer. En kommune sender pjecer til de praktiserende læger, én sender nyhedsbreve fra sundhedscentret. En kommune sørger for ikke at afslutte patienter, som er i fortsat behandling, en anden har mulighed for at følge en patient til lægen ved behov.

Vi har spurgt kommunerne om, hvilke diagnosegrupper de samarbejder med hospitalerne om. Svarene ses i Tabel 36 nedenfor.

**Tabel 36. Hvilke diagnoser samarbejder I med hospital om? (kommuner) (mulighed for flere krydser)**

	Antal (%)
<b>Antal besvarelser n= 96</b>	
<b>Brystkræft</b>	27 (28)
<b>Hæmatologisk kræft</b>	20 (21)
<b>Modermærkekræft</b>	17 (18)
<b>Hoved-hals-kræft</b>	25 (26)
<b>Hjernekræft</b>	21 (22)
<b>Prostatakræft</b>	22 (23)
<b>Mave/tarmkræft</b>	23 (24)
<b>Lungekræft</b>	23 (24)
<b>Livmoder-/livmoderhalskræft</b>	20 (21)
<b>Andre</b>	7 (7)

Det ses, at kommunerne samarbejder med hospitalerne om alle nævnte diagnoser. Den diagnose der oftest samarbejdes om er brystkræft, som 28 % af kommunerne svarer positivt for, mens der mindst hyppigt samarbejdes om modermærkekræft, hvor 18 % af kommunerne har svaret, at de samarbejder. Syv procent af kommunerne angiver *andre* og beskriver, at de samarbejder om alle patientgrupper uanset diagnose.

### 2.5.3. Muligheder for sammenhængende forløb

Alle respondenter er spurgt om muligheder for koordinerede og sammenhængende forløb på tværs af sektorgrænser. Svarene ses i Tabel 37 nedenfor.

**Tabel 37. Hvordan oplever du mulighederne for koordinerede og sammenhængende tværsektorielle rehabiliteringsforløb**

	Helt tilstrækkelige Antal (%)	Delvist tilstrækkelige Antal (%)	Delvist utilstrækkelige Antal (%)	Helt utilstrækkelige Antal (%)	Ved ikke Antal (%)
<b>Sengeafdelinger og ambulatorier*</b> (n= 54)	2 (4)	28 (52)	13 (24)	2 (4)	9 (17)
<b>Terapiafdelinger*</b> (n=28)	1 (4)	15 (54)	0 (0)	9 (32)	3 (11)
<b>Kommuner ift. hospital</b> (n=96)	1 (1)	46 (48)	39 (41)	6 (6)	4 (4)
<b>Kommuner ift. almen praksis</b> (n=96)	4 (4)	59 (61)	28 (29)	1 (1)	4 (4)

\*Der er i hospitalskortlægningen spurgt samlet til samarbejdet mellem hospital og kommune (og evt. almen praksis)

Det ses, at 56 % hhv. 58 % af sengeafdelinger og ambulatorier samt terapiafdelinger finder mulighederne for koordinerede og sammenhængende tværsektorielle forløb *helt* eller *delvist tilstrækkelige*, mens tallet for kommunerne kun er 49 % for samarbejdet med hospitaler og 65 % for samarbejdet med almen praksis.

**Hospitalerne** beskriver i kommentarerne udfordringer i sammenhængende rehabiliteringsforløb pga. envejskommunikation og forskel på hvilke data man har adgang til. Derudover kommenterer flere på, at der er højtspecialiserede tilbud i kommunerne, mens én respondent kommenterer, at en del kommuner ikke besidder de specialespecifikke kompetencer til at rehabiliterer hoved-hals kræftpatienter. Endvidere angiver en anden, at der er stor forskel på kommunernes tilbud, mens én beskriver, at man på hospitalet ikke har tilstrækkelig stor bevidsthed om de kommunale samarbejdspartnere.

De **kommunale** respondenter kommenterer ligeledes på samarbejdet med hospitalerne. Kommentarerne handler i sin essens om, at rammerne for samarbejdet er udfordrende, med svære/tunge kommunikationsveje, hvor borgere ikke altid henvises, eller ikke selv ved at de er henvist, manglende koordination af aftaler og lignende, samt mangelfuld fremsendelse af genoptræningsplan (GOP), henvisninger eller andre informationer vedrørende patienterne. Det kommenteres af en respondent, at det ikke opfattes som uvilje imod samarbejdet, men flere angiver, at der grundlæggende mangler kendskab til hvad kommunerne kan tilbyde og måske også tillid til kommunernes tilbud og faglige niveau.

De **kommunale** respondenter kommenterer desuden på samarbejdet med almen praksis. De praktiserende læger har ifølge kommunerne sjældent grundigt styr på patientens/borgerens forløb, som hospitalet har, især ved igangværende behandling, hvor det derfor oftest er onkologisk afdeling som bliver samarbejdspart. Egen læge er sjældent på banen ved opstart af rehabiliteringsforløb, eller de glemmer muligheden for at henvise til kommunal rehabilitering. Én kommunal respondent oplever, at mulighederne

for sammenhængende forløb er gode, men at det kræver konstant vedligeholdelse og kontinuerlig oplysning om, at kommunen har et tilbud til de kræftramte. Implementering angives at tage tid, men én kommune giver eksempel på et velfungerende samarbejde mellem kommunen og nogle lægehuse, hvor primærsygeplejersken og praktiserende læger mødes en gang om måneden og drøfter aktuelle patienter/borgere. En anden respondent oplever det nemmere at samarbejde med en lille flok læger end alle sygehuse i Danmark, mens andre angiver, at det er svært at få fat i egen læge og at kontakten blot går den ene vej.

#### 2.5.4. Barrierer for sammenhængende rehabiliteringsforløb

Respondenter, der har vurderet mulighederne for koordinerede og sammenhængende rehabiliteringsforløb som *delvist* eller *helt utilstrækkelige* har svaret på, hvad de ser som de væsentligste barrierer for det tværsektorielle samarbejde.

**Tabel 38. Hospitalernes vurdering af de væsentligste barrierer for koordinerede og sammenhængende rehabiliteringsforløb mellem hospital og kommune (og evt. almen praksis) (Op til fire krydser)**

	Sengeafdelinger og ambulatorier Antal (%)		Terapi- afdelinger Antal
<b>Antal besvarelser</b>			
Sengeafdelinger og ambulatorier n= 15			
Terapiafdelinger n= 9			
<b>Manglende tid til koordinering og/eller samarbejde mellem hospital og kommune</b>	10	(67)	5
<b>Manglende procedurer på afdelingen</b>	3	(20)	2
<b>Manglende kendskab til kommunale rehabiliteringstilbud</b>	10	(67)	4
<b>Manglende kendskab til muligheder for forløbskoordination</b>	0	(0)	1
<b>Manglende samarbejde mellem hospital og kommune om individuelle forløb</b>	11	(73)	0
<b>Manglende samarbejde mellem hospital og almen praksis om individuelle forløb</b>	9	(60)	2
<b>Manglende samarbejde mellem hospital og kommune om de organisatoriske rammer for sammenhængende rehabiliteringsforløb</b>	7	(47)	3
<b>Manglende samarbejde mellem hospital og almen praksis om de organisatoriske rammer for sammenhængende rehabiliteringsforløb</b>	5	(33)	2
<b>Manglende ledelsesmæssig opbakning</b>	0	(0)	0
<b>Utilstrækkelig IT-understøttelse</b>	3	(20)	1
<b>Andet</b>	0	(0)	2
<b>Ikke relevant/ved ikke</b>	0	(0)	1

På grund af antallet af svar (n=9) er procentsatser ikke beregnet for terapiafdelinger.

Som det fremgår af Tabel 38 ovenfor, vurderer **sengeafdelinger og ambulatorier** de væsentligste barrierer til at være *manglende samarbejde mellem hospital og kommune om individuelle forløb* (73 %), *manglende tid til koordinering og/eller samarbejde mellem hospital og kommune* (67 %), *manglende kendskab til kommunale tilbud* (67 %) og *manglende samarbejde mellem hospital og almen praksis om individuelle forløb* (60 %).

**Terapiafdelinger** angiver *manglende samarbejde mellem hospital og kommune om individuelle forløb* som den væsentligste barriere. Uddybende svar i forbindelse med kategorien *andet* er økonomi og korte telefontider hos samarbejdspartnere.

**Kommunernes** vurdering af de væsentligste barrierer for sammenhængende rehabiliteringsforløb ses i Tabel 39.

**Tabel 39. Kommunernes vurdering af væsentligste barrierer for koordinerede og sammenhængende rehabiliteringsforløb mellem kommune og henholdsvis hospitaler og almen praksis (Op til fire kryds)**

	Mellem kommune og hospital		Mellem kommune og almen praksis	
	Antal	(%)	Antal	(%)
<b>Antal besvarelser</b>				
Mellem kommune og hospital n= 45				
Mellem kommune og almen praksis n= 29				
<b>Manglende tid til koordinering og/eller samarbejde</b>	18	(40)	12	(41)
<b>Manglende procedurer i kommunen</b>	9	(20)	7	(24)
<b>Manglende kendskab til kommunale rehabiliteringstilbud</b>	35	(78)	17	(59)
<b>Manglende samarbejde om individuelle forløb</b>	20	(44)	16	(55)
<b>Manglende samarbejde om de organisatoriske rammer for sammenhængende rehabiliteringsforløb</b>	31	(69)	19	(66)
<b>Manglende ledelsesmæssig opbakning</b>	8	(18)	2	(7)
<b>Manglende opbakning fra praktiserende læger</b>			17	(59)
<b>Utilstrækkelig IT-understøttelse</b>	17	(38)	3	(10)
<b>Andet</b>	3	(7)	3	(10)
<b>Ikke relevant/ved ikke</b>	1	(2)	0	(0)

Hvad angår samarbejdet mellem hospital og kommune, vurderer de kommunale respondenter, at *manglende kendskab til de kommunale rehabiliteringstilbud* (78 %) er den væsentligste barriere for koordinerede og sammenhængende rehabiliteringsforløb, ligesom *manglende samarbejde om de organisatoriske rammer mellem hospital og kommune* vurderes som en væsentlig barriere (69 %). Andre barrierer der nævnes er forcerede udskrivelser uden fokus på rehabiliteringsbehov eller uden henvisning til kommunen.

Hvad angår samarbejdet med almen praksis vurderer kommunale respondenter *manglende samarbejde om de organisatoriske rammer* som den væsentligste barriere (66 %) efterfulgt af 59 %, der vurderer *manglende kendskab til kommunale rehabiliteringstilbud* og *manglende opbakning fra praktiserende læger* som væsentlige barrierer. Af andre barrierer nævner kommunerne udfordringer i forbindelse med elektroniske henvisninger mellem almen praksis og kommune, og samtidig nævnes også, at samarbejdet er mindre relevant. Tidligere i rapporten er det beskrevet, at hospitalsrespondenter angiver *manglende honoraraftaler* med praktiserende læger som en barriere for samarbejde om behovsvurderinger.

### 2.5.5. Sammenfatning vedrørende koordination og sammenhængende forløb

Rehabilitering løses ofte på tværs af sektorgrænser, og tværsektorielt samarbejde, koordination og sammenhæng er derfor væsentlige temaer i kortlægningen, lige som det er i forløbsprogrammet.

Koordination og sammenhæng er desuden kendt som et af de områder, hvor patienter oplever plads til forbedring i sundhedsvæsenet (17).

Ifølge hospitalsrespondenter understøttes koordination og sammenhæng især elektronisk gennem elektroniske henvisninger, korrespondancemeddelelser og genoptræningsplaner og gennem samarbejde i sundhedsaftaleregion. Individuelle tovholderfunktioner eller forløbskoordinatorer er mindre udbredte. Rehabiliteringsplaner anvendes kun af ganske få, men 18 % af sengeafdelinger og ambulatorier arbejder på at udvikle en. I spørgeskemaet er rehabiliteringsplan defineret som den fælles plan, der var omtalt i forløbsprogrammet, og som der skulle gøres erfaringer med.

Blandt de kommunale respondenter rapporterer under halvdelen, at de har særlige metoder til at sikre sammenhængende rehabiliteringsforløb på tværs af sektorgrænser. De metoder, der nævnes, er møder, netværk, digitale løsninger og pjecer.

Når det gælder muligheder for sammenhængende forløb er billedet noget broget. Få respondenter vurderer mulighederne *helt tilstrækkelige*, omkring halvdelen vurderer dem *delvist tilstrækkelige*, men en betydelig del er mere kritiske. Også her er tiden en vigtig barriere, og det er desuden manglende kendskab til kommunale tilbud samt manglende samarbejde om individuelle forløb. Også kommunerne angiver den *manglende viden om kommunale tilbud* som en væsentlig barriere – sammen med *manglende samarbejde om de organisatoriske rammer*.

## 2.6. SAMARBEJDE MED ANDRE AKTØRER

### Resultater – kort fortalt

- Der er en stor mangfoldighed af samarbejde med andre aktører om rehabilitering.

Vi har spurgt samtlige respondenter, om de gennem de senere år har udviklet konkrete indsatser (rehabilitering og genoptræning) i samarbejde med andre aktører. Med andre aktører menes principielt andre end de kommuner, hospitaler og praktiserende læger, der er spurgt til tidligere.

Sengeafdelinger og ambulatorier beskriver deres samarbejde med andre aktører som mange forskellige tiltag. Ofte samarbejdes med især Kræftens Bekæmpelse, men også andre patient- og pårørende-foreninger, fx om patientcaféer, fælles pårørende møder, men også om møder, rotationsordninger, undervisning og frivillige. Flere gør også brug af undervisning til og fra eksterne, ligesom man nævner informationsmøder med kommuner om, hvilke tilbud de har til patienter, eller oplæg fra organisationer, som har relevante tilbud til patienter. På tværs af sektorer og fagligheder angiver flere, at der er etableret tværfaglige og tværsektorielle netværk, arbejdsgrupper og styregrupper, som sikrer samarbejde på tværs og tværsektorielle patientforløb, og forskellige tiltag som fx studiebesøg i den kommunale rehabilitering, samt ansættelse af rehabiliteringssygeplejersker nævnes.

Terapiafdelingerne har udviklet diagnosespecifikke indsatser og samarbejdet regionalt eller tværsektorielt i forbindelse med rehabiliteringsindsatser og behovsvurdering, og samarbejdet med andre aktører såsom fitnesscenter eller tale-/hørecenter. Der samarbejdes også om undervisning og andre aktiviteter med kommuner, Kræftens Bekæmpelse og Krop & Kræft.

Hovedparten af de kommunale respondenter beskriver, at de samarbejder på tværs af kommunegrænser, fx "Vi samler kræfterne" og har tilbud i samarbejde med Kræftens Bekæmpelse (fx temamøder/-dage, caféer, rådgivning). Andre samarbejder med hospitaler og aftenskoler og lokale foreninger eller andre offentlige eller private aktører.

## 2.7. EVALUERING AF INDSATSER

### Resultater – kort fortalt

- 81 kommuner rapporterer, at de evaluerer deres rehabiliteringsindsatser, og de gør det på forskellige parametre.
- Inden for de forskellige effektparametre anvender kommunerne en lang række redskaber, både kendte validerede redskaber og selvudviklede skemaer.

I den kommunale undersøgelse er der spurgt til, om og hvordan kommunerne evaluerer deres indsatser.

**Tabel 40. Evaluerer I jeres kræftrehabiliteringsindsatser (herunder evt. genoptræning)?**

	Antal (%)
<b>Antal besvarelser n= 96</b>	
Ja	78 (81)
Nej	10 (10)
Ved ikke	8 (8)

Tabel 40 viser, at 81 % af kommunerne evaluerer på deres kræftrehabiliteringsindsatser. De er spurgt, hvilke parametre de evaluerer på.

**Tabel 41. Hvilke parametre indgår i jeres evaluering af indsatsen? (mulighed for flere krydser)**

	Antal (%)
<b>Antal besvarelser n= 78</b>	
Ændringer i risikofaktorer/livsstil	26 (33)
Ændringer i fysisk funktion vurderet ved funktionstest	53 (68)
Ændringer i selvvurderet helbred/livskvalitet	55 (73)
Borgertilfredshed	53 (71)
Forandring i ADL/hverdagsaktiviteter	21 (27)
Målopfyldelse ift. borgerens egne mål	56 (72)
Andet	2 (3)

Af Tabel 41 ses det, at de parametre der hyppigst evalueres på er *ændringer i fysisk funktion* (68 %), *ændringer i selvvurderet helbred/livskvalitet* (73 %), *borgertilfredshed* (71 %) og *målopfyldelse i forhold til borgerens egne mål* (72 %).

Vi har endvidere opfordret respondenterne til at beskrive, hvilke evalueringsredskaber der anvendes inden for de enkelte parametre. Af tabellen nedenfor ses hvilke redskaber kommunerne angiver at anvende til evalueringen i forhold til de opstillede parametre (Tabel 42).



**Tabel 42. Redskaber til brug for evaluering af rehabiliteringsindsats fordelt på effektparametre**

Parameter	Evalueringsredskab
<b>Risikofaktorer / livsstil</b>	Her anvendes alkohol, tobak, eget spørgeskema, samtaler, MoEva, spørgeskema (uden angivelse af hvilket), mundtlig evaluering, sundhedsprofil ud fra MoEva, sundhedsvaner (skema?), PSFS, KRAM og alkoholaudit, vægt, kost.
<b>Fysisk funktion</b>	6MWT (oftest), Sit-stand (oftest), Åstrands cykeltest, Chairstand, Tandem, Åstrands 1-punkts test, times up and go, Guralnik test, 1 bens stand, armfleksionstest, Borg 15, dele af senior fitness test, diverse fysioterapeutiske tests, balancetest, TUG, hånddynamometer, MFI, bevægelighed, styrketest, STS, SFT Afhængig af borgerens væsentligste udfordringer, Specifik test udvalgt på individ niveau afhængig af problematikken.
<b>Selv vurderet helbred / livskvalitet</b>	COPM, EQ-5D, EQ-5D-3L, EQ-5D-5L, Dallundskalaen, Dolo, Eget spørgeskema inspireret af WHO's spørgsmål om mental sundhed, EORTC QLQ-C30, FACG-G, Før omtalte vurdering med klassificering af udfordringer, heiQ, Sense of Coherence, MoEva, samtale, SF-12, NRS 0-10, QoL, SF-36, spørgeskema (uden angivelse), spørgeskemaundersøgelsen med selvrappede data, FACT, WHO-5 trivselsindeks.
<b>Borgertilfredshed</b>	Selvudviklet evalueringsskema, evaluering efter undervisningsforløb, brugertilfredshedsundersøgelse, MoEva, elektronisk spørgeskema (uden angivelse), mundtlig evaluering, samtale, KLS spørgeramme for Borgertilfredshedsundersøgelse (indeholder borgerens vurdering af information før forløbet, den individuelle samtale med målsætning, temaundervisning, oplevelse af træning, de fysiske rammer og samlet tilfredshed af hele forløbet), løbende samtaler igennem hele forløbet.
<b>ADL / hverdagsaktiviteter</b>	COPM, SF-36, EORTC, samtale, indsatsplan, MÅL, nyt netværk, selvrappede, spørgeskema.
<b>Målopfylde ift. borgerens egne mål</b>	Afsluttende samtale, selvudviklet evalueringsskema, borgerens egen vurdering, COPM, løbende opfølgning, dialog/samtale, selvudviklet skema, indsatsplan, mundtligt, PSFS, SMART. Afhænger af mål og primær faglighed/diagnose.

### 2.7.1. Sammenfatning vedrørende evaluering af indsatser

81 kommuner evaluerer deres rehabiliteringsindsatser, og det gør de på forskellige parametre. Der måles hyppigst på målopfylde i forhold til borgerens egne mål, ændringer i selvvurderet helbred, ændringer i fysisk funktion og borgertilfredshed. Inden for de forskellige effektparametre anvender kommunerne en lang række redskaber til brug for evaluering, både kendte og validerede redskaber og selvudviklede skemaer. Der er ikke her taget stilling til, om de listede evalueringsredskaber faktisk måler pågældende parametre.

## 2.8. DELTAGELSE I FORSKNING, UDVIKLING OG FORMIDLING

### Resultater – kort fortalt

- 62 % af sengeafdelinger og ambulatorier, 32 % af terapiafdelinger og 24 % af kommunerne har de senere år deltaget i forsknings- og/eller udviklingsprojekter på området.
- Der er tale om en bred vifte af projekter.
- De fleste kommunale respondenter deltager i andre typer af videndelingsprojekter som bidrager til større kvalitet og ensartethed på tværs af kommunernes tilbud.

Respondenterne har i varierende omfang deltaget i forskningsprojekter og/eller udviklingsprojekter om kræftrehabilitering og/eller palliation gennem de senere år. Med et projekt menes her en midlertidig opgave med et beskrevet formål, tidsmæssig afgrænsning og et konkret mål. Denne afgrænsning fremgår i alle spørgeskemaer.

**Tabel 43. Har I inden for de seneste år deltaget i forskningsprojekter og/eller udviklingsprojekter om kræftrehabilitering og/eller palliation?**

	Sengeafdelinger og ambulatorier Antal (%)		Terapiafdelinger Antal (%)		Kommuner Antal (%)	
<b>Antal besvarelser</b>	n=	63	n=	34	n=	96
<b>Ja</b>	39	(62)	11	(32)	23	(24)
<b>Nej</b>	15	(24)	17	(50)	59	(61)
<b>Ved ikke</b>	9	(14)	6	(18)	14	(15)

Som det ses af Tabel 43 ovenfor er der flest sengeafdelinger og ambulatorier, der har deltaget i forsknings- og/eller udviklingsprojekter, næsten dobbelt så mange som for terapiafdelinger og mere end dobbelt så mange som for kommuner.

Alle enhederne er blevet bedt om at beskrive de projekter de har deltaget i. Det drejer sig om mange typer projekter, og der er i høj grad sammenfald med beskrivelser af samarbejde på tværs ovenfor (sidetal). Overordnet er projekterne mangeartede. Således foregår der fx *interventionsprojekter* ift. bl.a. træning, musiks betydning for kræftpatienter, brug af PRO<sup>11</sup>, mindfulness i naturen etc.; *implementeringsprojekter*, fx implementering af forløbsprogrammer og behovsvurdering; *evalueringsprojekter*, som fx vurderer rehabiliteringsbehov eller patienters oplevelse af rehabilitering; *udviklingsprojekter*, fx ift. udkørende sygeplejefunktion, socialt udsatte, mænd, multisyge kræftpatienter etc.; men også *tværsektorielle tiltag* nævnes her, ligesom forskning i forbindelse med uddannelse også foregår (kandidatspecialer og ph.d. projekter). Det afspejler således, at der pågår en stor del forskning og udvikling i kræftrehabiliteringsenhederne i Danmark. Detaljerede svar kan ses i Tabel LXI - Tabel LXIII i bilag 2.

De kommunale respondenter er endvidere spurgt, om de deltager i aktiviteter, der på anden måde er med til at understøtte videndeling og videnspredning inden for området, fx via tværkommunale eller tværsektorielle netværk, temadage, "fælles skolebænk"<sup>12</sup> og lignende. I alt 88 % svarer, at kommunen deltager i sådanne aktiviteter (Tabel LIX i bilag 1). I kommentarerne fremgår det, at der ofte er tale om ERFA<sup>13</sup>-grupper, netværksgrupper/samarbejder (både regionale, tværkommunale og -sektorielle, mono- og tværfaglige), konferencer/temadage for borgere og fagfolk og arbejdsgrupper (fx tværkommunale og tværsektorielle, eller revision af pakkeforløb for lungekræft). Andre aktiviteter er fx fælles skolebænk eller anden undervisning og kompetenceudvikling, og samarbejder med forskellige organisationer og enheder.

Ud af de 84 kommuner vurderer 76 %, at aktiviteterne er med til at skabe større kvalitet og ensartethed på tværs af kommunernes rehabiliteringstilbud (Tabel LX i bilag 1).

<sup>11</sup> Patient Reported Outcome

<sup>12</sup> Typisk tværsektorielt organiseret uddannelse

<sup>13</sup> Erfarings-grupper er typisk fagprofessionelles netværk for faglig videndeling.

## Sektion 3: DISKUSSION, KONKLUSION OG ANBEFALINGER

### DISKUSSION

Udvalgte temaer fra kortlægningen diskuteres nedenfor. Hensigten er at lægge op til nye og mere dybtgående undersøgelser og refleksioner.

#### Status og udfordringer i behovsvurdering

I forløbsprogrammet blev der lagt vægt på udvikling af praksis for systematisk behovsvurdering. Behovsvurderingen blev beskrevet som ”den overordnede, indledende vurdering, der foretages for at danne et samlet overblik over patientens eventuelle behov for rehabilitering eller palliation”, som alle patienter skulle tilbydes (1).

Kortlægningen viser, at stort set ingen respondenter følger alle anbefalinger i forløbsprogrammet vedrørende behovsvurdering. Alle er i gang med opgaven og alle regioner har udviklet spørgeskema til behovsvurdering, men der tegner sig en række af udfordringer: Kun på en tredjedel af alle afdelinger får alle patienter tilbud om behovsvurdering, og blandt de patienter, der tilbydes behovsvurdering, er der en betydelig andel, der ikke tager imod tilbuddet. Disse fund er i overensstemmelse med en REHPA-evaluering fra 2017 af behovsvurdering i Region Syddanmark (18) og andre danske studier (6, 7). Denne kortlægning giver ikke svar på, hvad udfordringerne skyldes. Men når så mange patienter ikke tilbydes eller ikke finder det relevant at deltage i en behovsvurdering, der efter forløbsprogrammet skulle være et tilbud til alle, er der risiko for ulighed i, hvem der får identificeret behov og hvem der ikke gør. Desuden lever redskaber til behovsvurderingen ikke helt op til forventningerne om at kunne identificere *både* rehabiliteringsbehov og palliative behov. Det egner sig især til identifikation af rehabiliteringsbehov. Dermed har behovsvurderingen ikke den funktion, den var tiltænkt i forløbsprogrammet; at alle skulle tilbydes en overordnet vurdering – en form for screening - for behov for rehabilitering og palliation. Det indebærer både risiko for ulighed i, *hvilke* behov der identificeres, og *hvem* der får identificeret mulige behov. Ulighed i fordeling af kræftrehabilitering er tidligere beskrevet i danske studier (19-21), og det samme gælder ulighed i adgangen til specialiseret palliativ indsats (22).

Der er derfor behov for at undersøge, hvad der karakteriserer de patienter, der ikke får eller tager imod tilbud om behovsvurdering. Der er brug for viden om, hvorvidt de patienter der modtager tilbud er dem, der har størst behov. Diagnosespecifikke opgørelser tyder på, at patienter med hoved-hals-kræft og prostatakræft mindre hyppigt får tilbud om behovsvurdering, sammenlignet med brystkræftpatienter (se Tabel LXIV i bilag 3). Det kan desuden overvejes, om den praksis og de redskaber, der er etableret til behovsvurdering, har en tilstrækkelig overordnet karakter. Ifølge en ofte refereret model for rehabiliteringsprocessen (23-26) indledes rehabiliteringsprocessen med en problemlidentifikation, der kan ses som en form for overordnet vurdering. Denne efterfølges af en (behovs-)vurdering, som er en mere kompleks praksis, hvor problemer og behov konkretiseres på grundlag af undersøgelser, faglige skøn og tværfaglige vurderinger af problemer og handlemuligheder, som også beskrevet i forløbsprogrammet. Måske skulle behovsvurderingen tænkes som en overordnet vurdering – en screening – og redskaber og procedurer forenkles og tilpasses, så de egner sig til alle patienter og reelt er realiserbare i praksis.

Kortlægningen har kun i ringe omfang berørt egentlige patientperspektiver og spørgsmål om patientinddragelse. Men patientperspektiver og patientinddragelse hænger sammen med både spørgsmål om behovsvurdering og de indholdsmæssige og organisatoriske aspekter. Både behovsvurdering og muligheden for skræddersyede indsatser kan ses som en måde at tage afsæt i patienternes individuelle behov. En dansk evaluering af kommunale kræftrehabiliteringsprojekter fra 2010 konkluderede bl.a., at fordi sygdomsrelaterede problemer under og efter en kræftsygdom varierer betydeligt, er det svært at standardisere rehabiliteringsindsatsen. Indsatserne skal afstemmes i forhold til den enkelte borger og dennes samlede hverdagslivsbetingelser – og det fordrer en fleksibel organisering (27).

### **Fra behov til indsatser – tværsektorielt samarbejde**

Et andet spørgsmål, der rejser sig, er, hvordan behovsvurderingen i praksis fører til konkrete tilbud og indsatser. Her har vi særligt set på, hvordan patienterne når frem til det kommunale tilbud, hvorfra de fleste rehabiliteringsindsatser varetages eller formidles. To tredjedele af hospitalsrespondenter svarer, at en udført behovsvurdering altid eller ofte fører til en kontakt til kommunen via korrespondancemeddelelse eller REF01, og næsten lige så mange svarer, at behovsvurderingen altid eller ofte fører til en genoptræningsplan. Kommunerne rapporterer, at knap en tredjedel henvises via korrespondancemeddelelse eller REF01, og lige så mange via genoptræningsplan, men en del henvises også fra egen læge, fra andre enheder i kommunen eller henvender sig på eget initiativ. Behovsvurderingen er langt fra den eneste vej til en kommunal indsats. Nogle hospitalsrespondenter beretter da også, at de med patientens samtykke sender en henvisning til kommunen uanset, om der er gennemført behovsvurdering; det vigtigste er at kommunen orienteres om, at der er en borger, der muligvis har behov for en kommunal indsats. De fleste kommuner varetager selv vurdering af behov og beslutter mulig indsats i samarbejde med borgeren og evt. pårørende. Resultaterne peger på, at det er vigtigt at se nuanceret på, hvordan patienterne henvises til kommunal indsats. Og her er det helt gennemgående og nævnes i mange sammenhænge, at hospitalerne ikke har tilstrækkeligt kendskab til – og tillid til – de kommunale indsatser. I forløbsprogrammet har der især været lagt vægt på opdatering af beskrivelser af indsatser i Sundhed.dk som en måde at håndtere det på, men respondenterne peger på en række andre metoder til at fremme koordination og sammenhængende forløb på; de handler både om strukturelle tiltag, og de handler om tiltag, der fremmer tillid og gensidigt kendskab og går dermed i spænd med, hvad eksempelvis organisationssociologen Janne Seeman siger om sammenhængende forløb (28). Skal der skabes mere sammenhængende og koordinerede forløb er det, ifølge Seemann, blandt andet nødvendigt også at se på, hvordan faggrupper samarbejder på tværs af professionsgrænser og fagprofessionelle bureaukratier, herunder forskellige sektorer.

### **Hvad er kræftrehabilitering – utydelighed**

Der har gennem de senere år været mange tiltag i retning af at definere og afgrænse kræftrehabilitering med henblik på anbefalinger for god praksis. Alligevel tegner der sig et noget broget billede, når man ser hvilke indsatser der reelt udføres i praksis. Det er særligt påfaldende, når vi ser på den sygdomsspecifikke genoptræning og rehabilitering, som er beskrevet i de diagnosespecifikke opfølgingsprogrammer fra 2015 (2). Her er der i et vis omfang kliniske retningslinjer at gå efter, men alligevel er indsatserne utydelige i praksis. Det ses blandt andet gennem relativt store "ved-ikke"-frekvenser og forskellige forventninger om opgaveplacering på tværs af afdelings- og sektorgrenser. Det gælder eksempelvis hjernekræft og hovedhalskræft, hvor resultaterne vidner om en betydelig usikkerhed om, hvor opgaverne varetages. På nogle områder er de diagnosespecifikke indsatser implementeret i højere grad end andre, det gælder

eksempelvis brystkræft. Når det gælder de generiske elementer i kræftrehabilitering er der også fortsat væsentlige forskelle i, hvad patienter og borgere tilbydes. Og det samme gælder for palliative indsatser i tilknytning til rehabilitering samt rehabilitering ved fremskreden sygdom.

Samtidig peger kortlægningen på betydelige potentialer. Selv om tallene bygger på selvrapporterede data vidner de om et stærkt fagligt fokus på rehabiliteringsopgaverne og på evaluering af disse. Rapporten viser dog også, at der er brug for faglige retningslinjer, der kan sikre mere ensartede tilbud og rammer for evaluering. På andre rehabiliteringsområder såsom hjerteområdet findes specifikke retningslinjer og databaser til at evaluere de kliniske rehabiliteringsindsatser både på hospitaler og i kommuner. Lignede standardiserede tiltag kunne overvejes på kræftområdet.

### **Metodiske overvejelser**

Som vi skrev i metodeafsnittet, vil en høj svarprocent kunne oversættes til en høj grad af validitet, ligesom man kan antage en lav grad af bias såfremt fordelingen ikke er forskellig i forhold til forskellige faktorer, her fx geografi, diagnose og enhedstype. Generelt er svarprocenterne for alle tre rehabiliteringsenheder høje med den laveste svarprocent blandt terapiafdelinger og højeste for kommunerne (Tabel 3). I det følgende diskuteres eventuelle bias i forhold til geografi, diagnose og enhedstype.

Hvis man betragter den geografiske fordeling af svarprocenter, ses der ikke noget generelt mønster udover det, at hospitalsenheder, og særligt terapiafdelingerne, i Region Hovedstaden ligger lavt i svarprocent i forhold til den helt overordnede. Region Hovedstaden har været underlagt implementering af IT-softwaren Sundhedsplatformen siden 2016, hvilket har givet et ekstra arbejdspress for hospitalerne. Vi kan ikke afvise, at afdelinger som er ramt af travlhed pga. Sundhedsplatformen også leverer et anderledes tilbud end afdelinger, som har fundet tid til at besvare kortlægningen. Nogle rehabiliteringsopgaver, herunder opgaver som behovsvurdering, kan formentlig være nedprioriteret i spidsbelastningsperioder.

I forhold til forskelle på baggrund af diagnoser viser Tabel 3 fordelingen af besvarelser opdelt på diagnoser. For terapiafdelingerne er det især afdelinger som behandler hoved-halskræft og hjernekræft, som trækker svarprocenten ned, mens dette for sengeafdelinger og ambulatorier er tilfældet for afdelinger, der behandler modermærkekræft og prostatakræft. Der ses dog ikke noget karakteristisk billede af, at afdelinger med særlige diagnoser besvarer spørgeskemaerne i højere eller lavere grad. Hvis vi ser på enhedstype, tyder svarprocenterne på, at terapiafdelingerne i mindre grad har fundet tid til at besvare spørgeskemaet, hvorimod næsten alle kommuner har besvaret; blot 2 kommuner ud af alle 98 har ikke deltaget i undersøgelsen. Årsagen til den høje svarprocent blandt kommuner og den lidt lavere (men ganske pæne) svarprocent fra hospitalsrespondenter skal muligvis findes i det faktum, at kræftrehabiliteringsindsatsen på hospitalerne blot er en lille del af det samlede behandlingstilbud, som endvidere er behæftet med produktionskrav (som flere hospitaler kommenterer i deres besvarelser). I kommunerne er rehabilitering en del af kerneopgaven, og kommunerne har de senere år deltaget i flere spørgeskemaundersøgelser om kræftrehabilitering (4, 5). Derfor er det også sandsynligt, at man i kommunal kontekst er lykkedes med at få besvarelser fra respondenter med viden om det samlede tilbud om rehabilitering, palliation, behovsvurdering og de organisatoriske aspekter, mens det er mere usikkert, om det samme gælder for hospitalsrespondenterne. De kommunale besvarelser er dog også behæftet med en vis usikkerhed, idet det varierer, hvorvidt den kommunale respondent alene svarer for indsatser i egen enhed eller for den samlede kommunale indsats. De kommunale respondenter er spurgt om, hvorvidt deres besvarelse afspejler den samlede kommunale indsats eller kun gælder for deres egen enhed. Svarene

tyder på, at ca. to tredjedele svarer for den samlede kommunale indsats, mens resten svarer for pågældende enhed. Dette kan forklare, hvorfor enkelte kommunale respondenter svarer, de ikke har genoptræning og indsatser til arbejdsfastholdelse eller afklaring af arbejdssituation. Vi ved, at ikke alle rehabiliteringsenheder inkluderer disse indsatser, og hvis respondenter kun svarer for egen enhed, vil de altså ikke indgå i besvarelsen. Spørgeskemaerne er omfattende og der er spurgt til forskellige temaer af både faglig og organisatorisk karakter. Relativt store ved-ikke-svarfrekvenser vidner om, at det kan være vanskeligt for den enkelte respondent at have viden om så bredt et felt. Vi vurderer dog, at vi med de anvendte metoder og forudgående respondentundersøgelser har sikret, at respondenterne er dem, der har størst viden om området.

Hvad angår generalisering kan man overveje, om svarene gælder for alle kræftdiagnoser. Som det ses af de diagnosespecifikke opgørelser af enkeltindsatser i afsnit 2.3. er der stor variation på tværs af diagnosegrupper. Det tyder på, at resultater i hvert fald på det område ikke kan generaliseres til alle kræftdiagnoser. Vi har udarbejdet diagnosespecifikke frekvenstabeller for udvalgte spørgsmål om behovsvurdering (se Tabel LXV bilag 3). De understreger, at der er betydelig variation i svarenes indhold på tværs af diagnosegrupper.

## KONKLUSION

Samlet set vidner kortlægningen om en betydelig udvikling efter kræftplan III, når det gælder praksis for rehabilitering og palliation i Danmark. Det gælder inden for alle de temaer, der indgår i kortlægningen, og tydeligst for temaerne *behovsvurdering* og *faglige indsatser*.

I kortlægningen af kræftrehabilitering i Danmark indgår diagnosespecifikke sengeafdelinger og ambulatorier, terapiafdelinger samt alle landets kommuner. Fra hospitalerne deltager sengeafdelinger og ambulatorier samt terapiafdelinger, der behandler diagnoserne: brystkræft, prostatakræft, hovedhalskræft, modermærkekræft, hæmatologisk kræft og hjernekræft. Fra sengeafdelinger og ambulatorier har 76 % af de adspurgte svaret, fra terapiafdelinger 69 % og fra kommuner har 98 % svaret. Spørgeskemaer er besvaret december 2016 for hospitalernes vedkommende og juni 2017 for kommunerne.

Kortlægningen tager udgangspunkt i nationale og regionale kræftprogrammer: Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft fra 2012 (1) og diagnosespecifikke Opfølgingsprogrammer fra 2015 (2). Kortlægningen omfatter fire temaer: *Behovsvurdering, rehabiliteringsindsatser* ud over behovsvurdering, *tværfagligt samarbejde* samt *koordination og sammenhængende forløb*. Kommunerne er desuden spurgt om evaluering af indsatser. Temaet behovsvurdering er hovedtema i kortlægningen, aktualiseret af forløbsprogrammet fra 2012, hvor behovsvurdering var et af de prioriterede indsatsområder. Øvrige temaer begrundes dels i forløbsprogrammet, i indstillinger fra REHPAs advisory board og i aktuelle undersøgelser af kræftrehabilitering i Danmark og af brugeroplevelser med sundhedsvæsenet.

Kortlægningen viser, at stort set ingen respondenter følger alle anbefalinger i forløbsprogrammet vedrørende behovsvurdering, men alle er i gang med opgaven, og alle regioner har udviklet hver sit redskab til brug ved behovsvurdering. Kun på en tredjedel af alle afdelinger får alle patienter tilbud om behovsvurdering, og blandt de patienter, der tilbydes behovsvurdering, er der en betydelig andel, der ikke taget imod tilbuddet. De regionalt udviklede redskaber til behovsvurdering, der skulle sikre at alle patienter fik identificeret rehabiliterings- og palliative behov, er ifølge respondenterne bedst egnet til at identificere rehabiliteringsbehov. Samlet set indebærer den aktuelle praksis, at ikke alle patienter får identificeret behov, og at der er større sandsynlighed for at rehabiliteringsbehov end palliative behov identificeres.

Der har gennem de senere år været mange tiltag med henblik på at definere og afgrænse kræftrehabilitering med henblik på anbefalinger for god praksis. Alligevel tegner der sig et noget broget billede, når man ser hvilke indsatser der reelt udføres i praksis. På mange områder mangler der stadig retningslinjer for den faglige indsats. Men også på de områder, hvor der i et vist omfang er kliniske retningslinjer at gå efter, er indsatserne utydelige og uensartede i praksis. Det gælder for den sygdomsspecifikke genoptræning og rehabilitering eksempelvis ved hjernekræft og hoved-hals-kræft, som er beskrevet i de diagnosespecifikke opfølgingsprogrammer fra 2015. Når det gælder de generiske elementer i kræftrehabilitering er der også fortsat væsentlige forskelle i, hvad patienter/borgere tilbydes. Det samme gælder for palliative indsatser i tilknytning til rehabilitering samt rehabilitering ved fremskreden sygdom.

Samtidig peger kortlægningen på betydelige potentialer både hvad angår, hvilke opgaver kommunerne løfter samt viljen til og måder at evaluere indsatserne på. Næsten alle kommuner rapporterer at de evaluerer indsatserne.

Tværfagligt samarbejde er mest udbredt i kommunerne. Det gælder særligt i den enkelte afdeling, mens der mangler tradition for samarbejde på tværs af afdelinger og forvaltninger. Hospitalsrespondenterne efterspørger tværfagligt samarbejde og angiver manglende tid som væsentligste barriere. Hvad angår det tværsektorielle samarbejde ses det, at patienterne henvises til kommunerne på forskellige måder, og en hospitalsbaseret behovsvurdering synes ikke at være en forudsætning for henvisning til en kommunal indsats. Det tværsektorielle samarbejde understøttes på andre måder, både gennem strukturelle tiltag og gennem tiltag der fremme gensidigt kendskab. Dette har betydning, idet mange respondenter angiver at manglende viden om og tillid til de kommunale tilbud udgør en betydelig barriere for koordination og sammenhængende forløb på tværs af sektorgrænser.

Kortlægningen har givet et billede af såvel faglige som organisatoriske aspekter i kræftrehabilitering på tværs af sektorgrænser. Rapporten rundes af med nedenstående anbefalinger.

## ANBEFALINGER

- Der brug for at gentænke behovsvurderingspraksis, hvis behovsvurderingen skal leve op til forløbsprogrammets intention om, at *alle* patienter skal have identificeret behov for *både* rehabilitering og palliation.
- Det tværsektorielle samarbejde skal styrkes, især hvad angår opgavedeling og hospitalernes kendskab og tillid til kommunal kræftrehabilitering, hvis patienter systematisk skal henvises til relevante rehabiliteringsindsatser.
- Der skal udvikles mere ensartede kræftrehabiliteringsindsatser og evalueringsmetoder.
- Der skal udvikles faglige retningslinjer for kræftrehabilitering, og det skal evalueres, hvordan de efterleves i praksis.
- Der skal større fokus på rehabilitering ved fremskreden kræft og på palliativ indsats i relation til kræftrehabilitering.



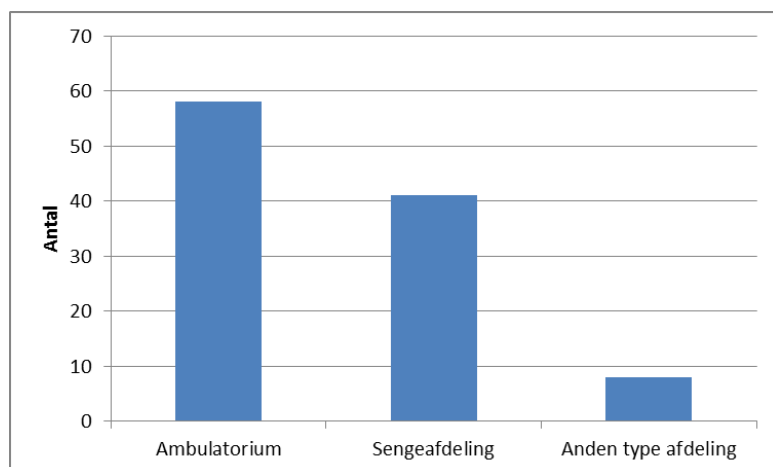
## REFERENCELISTE

1. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft [online]. København: 2012.  
Tilgængelig fra: <http://www.sst.dk/~media/8D462333D76845B1B09CAF40F9476087.ashx>  
[lokaliseret 20-11-2017]
2. Sundhedsstyrelsen. Opfølgingsprogrammer for kræft. 2015.  
Tilgængelig fra: <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kraeft/opfoelgningsprogrammer/beskrivelser> [lokaliseret 20-11-2017]
3. Thuesen J, Egholm CL. Rehabilitering og palliation i tværsektorielle aftaler. REHPA-notat. 2017  
Tilgængelig fra:  
[http://findresearcher.sdu.dk/portal/files/124024427/Notat\\_nr\\_1\\_marts\\_2017\\_RePal\\_i\\_tv\\_rsektorielle\\_aftaler.pdf](http://findresearcher.sdu.dk/portal/files/124024427/Notat_nr_1_marts_2017_RePal_i_tv_rsektorielle_aftaler.pdf) [lokaliseret 20-11-2017]
4. Kristiansen M, Adamsen L, Brinkmann FK, Krasnik A, Hendriksen C. Need for strengthened focus on cancer rehabilitation in Danish municipalities. Dan Med J. 2015;62(4):1-5.
5. Kristiansen M, Adamsen L, Piil K, Halvorsen I, Nyholm N, Hendriksen C. Implementing community-level cancer rehabilitation in Denmark: results from a national follow-up survey. Scandinavian Journal of Public Health. 2017;in press.
6. Wiedenbein L, Kristiansen M, Adamsen L, Hjort D, Hendriksen C. Assessment of rehabilitation needs in colorectal cancer treatment: Results from a mixed audit and qualitative study in Denmark. Acta Oncol. 2016;55(6):705-11.
7. Handberg C, Jensen CM, Maribo T. Lack of Needs Assessment in Cancer Survivorship Care and Rehabilitation in Hospitals and Primary Care Settings. J Clin Med Res. 2017;9(10):864.
8. Bekæmpelse K. Fra viden til handling i rehabiliteringsindsatsen i forbindelse med kræft - rapport fra en national arbejdsgruppe. 2015.  
Tilgængelig fra: <https://www.cancer.dk/dyn/resources/File/file/6/4676/1428488823/rapport-om-rehabilitering.-sammenfatning.-endelig-16.2-2015-national-arbejdsgruppe.pdf> [lokaliseret 20-11-2017]
9. Thuesen J, Timm H, Mikkelsen T. Koordinering af rehabilitering og palliation til mennesker med livstruende sygdom. REHPA Videncenter for Rehabilitering og Palliation, 2016.  
Tilgængelig fra:  
[http://findresearcher.sdu.dk/portal/files/124570130/Mikkelsen\\_Thuesen\\_Timm\\_2016\\_Koordinering\\_af\\_rehabilitering\\_og\\_palliation\\_til\\_mennesker\\_med\\_livstruende\\_sygdom.pdf](http://findresearcher.sdu.dk/portal/files/124570130/Mikkelsen_Thuesen_Timm_2016_Koordinering_af_rehabilitering_og_palliation_til_mennesker_med_livstruende_sygdom.pdf) [lokaliseret 20-11-2017]
10. Dalton S, Hansen H, Johansen C, Malik-Høegh S, Mikkelsen T, Olsen J, et al. Rehabilitering efter brystkræft, tyk- og endetarmskræft og prostatakræft - en medicinsk teknologivurdering. København: 2010.
11. Integral Kankercentrum Nederland. Cancer clinical practice guidelines: Cancer rehabilitation, 2014.  
Tilgængelig fra:  
[http://www.oncoline.nl/uploaded/docs/Oncologisch%20revalidatie/engelse%20vertaling/DIAGRAMS\\_UK\\_23112011.pdf](http://www.oncoline.nl/uploaded/docs/Oncologisch%20revalidatie/engelse%20vertaling/DIAGRAMS_UK_23112011.pdf) [lokaliseret 20-11-2017]
12. Kvale S, Brinkmann S. Interview: introduktion til et håndværk. Hans Reitzel; 2009.
13. Sundheds- og Ældreministeriet. Patienternes Kræftplan - Kræftplan IV. 2016.
14. Bidstrup PE, Mertz BG, Dalton SO, Deltour I, Kroman N, Kehlet H, et al. Accuracy of the Danish version of the 'distress thermometer'. Psycho-Oncology. 2012;21(4):436-43.
15. Stout NL, Silver JK, Raj VS, Rowland J, Gerber L, Chevillat A, et al. toward a national initiative in cancer rehabilitation: Recommendations from a subject matter expert group. Arch Phys Med Rehabil. 2016;97(11):2006-15.
16. Momsen A-M, Rasmussen JO, Nielsen CV, Iversen MD, Lund H. Multidisciplinary team care in rehabilitation: an overview of reviews. J Rehabil Med. 2012;44(11):901-12.

17. Skovgaard A, Fuglsang, C, Graae, EM, Hougaard, IB, Christoffersen, LB, Ljungmann, R, Frydkjær, T. Sundhedsvæsenet - ifølge danskerne. 2016.
18. Dieperink K, Thuesen, J, Tolstrup, LK & Mikkelsen, TB. Implementering af behovsvurdering for rehabilitering og palliation hos kræftpatienter: evaluering foretaget for Region Syddanmark. 2017. Tilgængelig fra: [http://findresearcher.sdu.dk/portal/files/125676078/2017\\_3\\_Implementering\\_af\\_behovsvurdering.pdf](http://findresearcher.sdu.dk/portal/files/125676078/2017_3_Implementering_af_behovsvurdering.pdf) [lokaliseret 20-11-2017]
19. Moustsen IR, Larsen SB, Vibe-Petersen J, Trier K, Bidstrup PE, Andersen KK, et al. Social position and referral to rehabilitation among cancer patients. *Acta Oncol.* 2015;54(5):720-6.
20. Holm LV, Hansen DG, Larsen PV, Johansen C, Vedsted P, Bergholdt SH, et al. Social inequality in cancer rehabilitation: a population-based cohort study. *Acta Oncol.* 2013;52(2):410-22.
21. Pedersen PV, Ingholt L, Tjørnhøj-Thomsen T. Når man har sagt A, må man også sige B: Om social ulighed i kræftrehabilitering. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2015.
22. Adersen M, Thygesen LC, Neergaard MA, Bonde Jensen A, Sjøgren P, Damkier A, et al. Admittance to specialized palliative care (SPC) of patients with an assessed need: a study from the Danish palliative care database (DPD). *Acta Oncol.* 2017:1-8.
23. Wade DT. Describing rehabilitation interventions. *Clin Rehabil.* 2005;19(8):811-8.
24. Thuesen J, Neidel A. Aktører i rehabiliteringsprocessen. *Sociologi og rehabilitering.* Munksgaard; 2012. p. 269-88.
25. Sundhedsstyrelsen. Håndbog i Rehabiliteringsforløb på ældreområdet - efter lov om social service. 2016.
26. Lund H, Hjortbak BR. Grundlaget for rehabilitering. Munksgaard; 2017.
27. La Cour K. Kommunal Kræftrehabilitering-Erfaringsopsamling fra 11 kommuner. Kommunal Kræftrehabilitering-Erfaringsopsamling Fra 11 Kommuner. Syddansk Universitet; 2010. p. 1-167.
28. Seeman J. Kronisk koordinationsbesvær i det danske sundhedsvæsen. In: H T, editor. Sammenhængende Forløb i Sundhedsvæsenet. København: Professionshøjskolen Metropol; 2010.

## BILAG 1

Figur XI. Fordeling af respondenter på typer af afdelinger (sengeafdelinger og ambulatorier)



Tabel XLIV. Anvendes et redskab til behovsvurdering? Forløbsprogrammet beskriver, at der kan bruges et redskab til behovsvurdering. Et redskab kan eksempelvis være samtaleguide eller skema til behovsvurdering (sengeafdelinger og ambulatorier)

	Antal (%)
Antal besvarelser: 61	
Ja, beskriv eventuelt hvilken:	54 (89)
Nej	7 (11)
Ved ikke	0 (0)

Tabel XLV. Hvilke behov handler jeres behovsvurdering om? (sengeafdelinger og ambulatorier)

	Antal (%)
Antal besvarelser: 61	antal
Rehabiliteringsbehov	25 (41)
Palliative behov	0 (0)
Både rehabiliteringsbehov og palliative behov	34 (56)
Andet. Beskriv venligst	2 (3)
Ved ikke	0 (0)

Tabel XLVI. Har de fagpersoner, der varetager systematisk behovsvurdering, gennemgået undervisning om behovsvurdering? (sengeafdelinger og ambulatorier)

	Antal (%)
Antal besvarelser: 61	
Ja, beskriv eventuelt hvilken:	45 (74)
Nej	9 (15)
Ved ikke	7 (11)

**Tabel XLVII. Er ergoterapeuter og/eller fysioterapeuter involveret i arbejdet med systematisk behovsvurdering? (terapiafdelinger)**

	Antal (%)
<b>Antal besvarelser: 34</b>	
Ja	6 (18)
Nej	4 (12)
Ved ikke	24 (70)

**Tabel XLVIII. For hvilke patienter er I involveret i den systematiske behovsvurdering? (terapiafdelinger)**

	Antal
<b>Antal besvarelser: 6</b>	
Alle patienter	1
Alle patienter med rehabiliteringsbehov	3
Patienter med komplekse rehabiliteringsbehov	1
Patienter, der både har rehabiliterings- og palliative behov	1
Andre patientkategorier, hvilke	0
Ingen eller få patienter	0
Ved ikke	0

**Tabel XLIX. Har du kendskab til det regionale behovsvurderingsskema, der anvendes til systematisk behovsvurdering i jeres region? (kommuner)**

	Antal
<b>Antal besvarelser: 93</b>	
Ja	91 (98)
Nej	2 (2)
Ved ikke	0 (0)

**Tabel L. Du har skrevet, at I anvender det regionale behovsvurderingsskema ved jeres indledende kontakt med borgeren. Anvender I andre skemaer/redskaber end det? (kommuner)**

	Antal
<b>Antal besvarelser: 56</b>	
Ja	36
Nej	20
Ved ikke	

**Tabel LI. Hospitaler: I hvilken udstrækning inddrages patienten (og evt. pårørende) i beslutningen om en relevant indsats (rehabilitering og evt. palliation) ved udarbejdelse af rehabiliteringsplan?**

	Sengeafdelinger og ambulatorier	Terapiafdelinger
<b>Antal besvarelser</b>	<b>10</b>	<b>3</b>
Altid	9	0
Ofte	1	3
Sjældent	0	0
Aldrig	0	0
Ved ikke	0	0

**Tabel LII. Kommuner: Udstrækning af inddragelse i beslutninger om relevant indsats**

	Borgeren (%)	Pårørende (%)
<b>Antal besvarelser: 96</b>		
Altid	88 (92)	5 (5)
Ofte	8 (8)	43 (45)
Sjældent	0 (0)	37 (39)
Aldrig	0 (0)	2 (2)
Ved ikke	0 (0)	9 (9)

**Tabel LIII. Har kommunen særlige diagnosespecifikke rehabiliteringstilbud til borgere med kræft?**

	Antal (%)
<b>Antal besvarelser: 96</b>	
Ja	40 (42)
Nej	54 (56)
Ved ikke	2 (2)

**Tabel LIV. Har I andre særlige indsatsområder, fx til bestemte grupper, i jeres kommune, som I ikke har beskrevet indtil nu?**

	Antal (%)
<b>Antal besvarelser: 96</b>	
Ja	33 (34)
Nej	54 (56)
Ved ikke	9 (9)

*Tabel LV. I hvilket omfang deltager I i tværfagligt samarbejde – ud over jeres egen afdeling?*

	Antal (%)
<b>Antal besvarelser: 33</b>	
Ofte	15 (45)
Af og til	6 (18)
Sjældent	8 (24)
Stort set aldrig	4 (12)

*Tabel LVI. I hvilket omfang er kræftrehabiliteringen organiseret tværfagligt? (Spørgsmålet gælder samarbejde inden for rehabiliteringsenheden)*

	Antal (%)
<b>Antal besvarelser: 96</b>	
Ofte	76 (79)
Af og til	15 (16)
Sjældent	5 (5)
Ved ikke	0 (0)

*Tabel LVII. Har I særlige måder hvorpå I sikrer sammenhæng i rehabiliteringsforløb mellem hospital og din kommune?*

	Antal (%)
<b>Antal besvarelser: 96</b>	
Ja	32 (33)
Nej	55 (57)
Ved ikke	9 (9)

*Tabel LVIII. Har I særlige måder hvorpå I sikrer sammenhæng i rehabiliteringsforløb mellem borgerens praktiserende læge og din kommune?*

	Antal (%)
<b>Antal besvarelser: 96</b>	
Ja	40 (42)
Nej	46 (48)
Ved ikke	10 (10)

*Tabel LIX. Deltager kommunen i aktiviteter, der på anden måde er med til at understøtte videndeling og vidensspredning inden for området? Fx via tværkommunale eller tværsektorielle netværk, temadage, fælles skolebænk mv.*

	Antal
Ja	94
Nej	9
Ved ikke	3

*Tabel LX. I hvor høj grad vurderer du at disse aktiviteter er med til at skabe større kvalitet og ensartethed på tværs af kommunernes rehabiliteringstilbud?*

	Antal (%)
Antal besvarelser: 84	
I høj grad	64 (76)
I mindre grad	14 (17)
Ved ikke	6 (7)

## BILAG 2

Tabel LXI. Sengeafdelinger og ambulatorier
Vurdering af rehabiliteringsbehov hos patienter med hæmatologisk kræft - i et samarbejde mellem Hæmatologisk Afdeling, XX-Universitetshospital og Hæmatologisk Dagafsnit, Hospitalsenhed samt XX- Kommune og ZZ- Kommune.
Vi har deltaget i XX projekt om fysisk træning af patienter med akut leukæmi i kurativ behandling.
Vi er ved at opføre en spørgeskemaundersøgelse udført som telefoninterview, af malenom patienters oplevede rehabiliteringsniveau 2 mrd efter kirurgi
Vi arbejder med Patientens team
Ud over implementeringen af opfølgingsprogrammerne er der, så vidt jeg ved, ikke udarbejdet nogle projekter direkte rettet mod rehabilitering/palliation.
tværsektorielt rehabiliteringsforløb
spørgeskema ang behov for rehabilitering.
Rygestop Etablering af sygeplejeambulatorium Etablering af tværfagligt samarbejdsgruppe mødes hver 3-6 mdr Studiebesøg på MD Anderson cancerhospital Texas USA
repka om prostata dallund hoved hals underlivskræft ergterapi i hjemmet til en palliativ populatopn geriatisk assessment*
repka om prostata dallund hoved hals underlivskræft ergterapi i hjemmet til en palliativ populatopn geriatisk assessment*
repka om prostata dallund hoved hals underlivskræft ergterapi i hjemmet til en palliativ populatopn geriatisk assessment*
[projektets navn] studie om belastningstemometer [projektets navn] - fysisk træning
Prom
Palliation: implementering af CAM-screening ved delir, standardiserede samtler under indlæggelse, EORTC-screning til identifikation af palliative behov Rehabilitering: PROM som et redskab til øget pt.inddragelse under konsultationen og som et redskab til at vurdere behovet for konsultation
[projektets navn]
Nej desværre, men vil meget gerne.
kret samarbejdsprojekt med center for kræft og sundhed om socialt udsatte, projekt om mænd og kræftrehabilitering. Multisyge kræftpatienter og kræftrehabilitering. lokale samarbejdsprojekter med center for kræft og sundhed*
konstant rehabilitering som udviklingsprojekt, etablering af koordinationsgruppe*
konstant rehabilitering som udviklingsprojekt, etablering af koordinationsgruppe*
konstant rehabilitering som udviklingsprojekt etablering af koordinationsgruppe*
konstant rehabilitering som udviklingsprojekt etablering af koordinationsgruppe*
konkret samarbejdsprojekt med center for kræft og sundhed om socialt udsatte, projekt om mænd og kræftrehabilitering. Multisyge kræftpatienter og kræftrehabilitering. lokale samarbejdsprojekter med center for kræft og sundhed*
konkret samarbejdsprojekt med center for kræft og sundhed om socialt udsatte, projekt om mænd og kræftrehabilitering. Multisyge kræftpatienter og kræftrehabilitering. lokale samarbejdsprojekter med center for kræft og sundhed*
konkret samarbejdsprojekt med center for kræft og sundhed om socialt udsatte, projekt om mænd og kræftrehabilitering. Multisyge kræftpatienter og kræftrehabilitering. lokale samarbejdsprojekter med center for kræft og sundhed*
Ja Rehab PROM
Indførelse af livskvalitetsskemaet er et projekt
Indenfor det seneste år er afholdt tværsektoriel temadag på området, hvilket med fordel kunne gentages x 1 årligt mhp. at styrke samarbejdet og gennemsigtighed omkring tilbud på området.
Ikke forskningsprojekter men netværksarbejde med fokus på Kræftrehabilitering
Flere mindre sygepleje-udviklingsprojekter Flere kandidat undersøgelser på Krop & Kræft. For nuværende et ph.d. projekt Tilbagevenden til arbejde [navngivne samarbejdspartnere] Masterprojekter i sygeplejeregi*
Flere mindre sygepleje-udviklingsprojekter Flere kandidat undersøgelser på Krop & Kræft. For nuværende et ph.d. projekt Tilbagevenden til arbejde [navngivne samarbejdspartnere] Masterprojekter i sygeplejeregi*
Flere mindre sygepleje-udviklingsprojekter Flere kandidat undersøgelser på Krop & Kræft. For nuværende et ph.d. projekt Tilbagevenden til arbejde [navngivne samarbejdspartnere] Masterprojekter i sygeplejeregi*
Flere mindre sygepleje-udviklingsprojekter Flere kandidat undersøgelser på Krop & Kræft. For nuværende et ph.d. projekt Tilbagevenden til arbejde [navngivne samarbejdspartnere] Masterprojekter i sygeplejeregi*
Flere mindre sygepleje-udviklingsprojekter Flere kandidat undersøgelser på Krop & Kræft. For nuværende et ph.d. projekt Tilbagevenden til arbejde [navngivne samarbejdspartnere] Masterprojekter i sygeplejeregi*
Der har været gennemført et projekt med en udkørende sygeplejefunktion, hvor [hospitals]-spl. har besøgt hoved-halscancer



patienter i hjemmet. Nogle gange sammen med hjemmespl. [hospitals]-spl har også fungeret som forløbskoordinator i patientens efterforløb, samt afholdt alle rehabiliteringssamtaler*
Der har været flere Center for rehabilitering har haft patienter igennem et undervisnings, træning og samtale forløb. Sygeplejekonsultationer. Emmy projekt. Alle ny diagnostiseret myelomatose patienter som er kandidat til projektet for individuel træning af fys i forbindelse med beh hvor de monitoreres Mhp betydningen af fysisk træning effekt under beh. Kræft og musik. Musikkens betydning under behandling. Patientundervisning*
CNS-patientens rehabilitering: tværdisciplinært projekt (Neurolog, Neurokirurg, Onkolog og rehabteamet) *
CNS-patientens rehabilitering: tværdisciplinært projekt (neurolog, neurokirurg, onkolog og rehab-team) *
Afdelingen har deltaget i et forskningsprojekt sammen med [forskningsenhed], ift behovsvurdering. Heri gennem deltaget med poster på kongresser.

\*I hospital besvarelsen fremgår samme indsats flere gange når besvarelsen gælder flere indsatser

### Tabel LXII. Terapifdelinger

Ambulant træning til myelomatosepatienter forud for stamcellebehandling.
App med inforation til prostatapatienter
Der er mange er beskrevet
Forsknings projekt omkring genoptræning af patienter med cancer glioblastomer
[projektets navn]
phd om myelomatose, tidlig træningsindsats
[projektets navn]
Projekter med fokus på fysisk aktivitet igennem et behandlingsforløb
Træning under konkomitant behandling
Wii protjek
Der er PhD-projekt i gang om noget med træning til hæmatologiske patienter
vi er i gang med et forskningsprojekt om lymfødembehandling

### Tabel LXIII. Kommuner

[projektets navn]
[projektets navn]
[projektets navn] projekt
[projektets navn], der er udmøntet i en hjemmeside for brystopereret kvinder hvor de kan se træningsøvelser. En kommunal repræsentant deltager i den kommende revidering af pakkeforløb for brystkræft
En værdig død
xx-modellen den er dog ikke kun til kræft og mindfulness 8 ugers forløb har en studerende skrevet en afhandling på
FC Prostata, PhD-projekt om behovsvurderingsskemaerne
lab p, når hjemmet er ønsket om sidste levested
Naturkræfter, mindfulness i Naturen for kræftramte
PhD o mænds deltagelse i kræftrhabilitering, kandidatspeciale på Folkesundhedsvidenskab
[projektets navn]
pårørendegruppe
[projektets navn]
Samarbejdsmodel for palliativ indsats
Sammenhæng i livet med kræft fra 2007 til 2010, Undersøgelse med PAVI involveret ang. samarbejdet om den palliative indsats. se nedenfor
Styrket rekruttering af mænd
Tidlig postoperativ træning til patienter med lungekræft
Tilbage i arbejde under [forskningsenhed] i samarbejde med xx og yy Kommune, interventionskommune i [navngiven person] ph-d afhandling om Det professionelle faglige skøn.
Tværfagligt og tværsektorielt samarbejdsprojekt mellem sygehus, kommune, prak. læge og Kræftens Bekæmpelse om et rehabiliteringstilbud.
Udvikling af palliationsmappe
udvikling af behovsvurderingsredskabet

Vi har arbejdet systematisk med at få et tværfagligt palliativt tilbud til borgere i vores kommune.
Vi samler kræfterne
Hoved-hals kræft projekt med xx Sygehus. Skrøbelige colorectal kræftpatienter med yy Sygehus, [projektets navn]med DBU. Af ældre dato (2011)kræftrehabilitering med bla.zz og Regionen.
Udarbejdelse af en model for hvordan borgere kan tilbringe deres sidste tid
Vi har et helt projektkatalog. Er for omfattende at beskrive her.

## BILAG 3

### Diagnosespecifikke frekvenser

*Tabel LXIV. Hvor mange af jeres patienter anslår du bliver tilbudt systematisk behovsvurdering?*

Alle patienter ved hver diagnose	Brystkræft (n=16)	Hæmatologisk kræft (n=13)	Modermærkekræft (n=7)	Hovedhalskræft (n=10)	Hjernekræft (n=6)	Prostatakræft (n=9)
Antal besvarelser n = 61						
Alle patienter	10	1	4	2	1	0
Ikke alle, men over halvdelen	1	5	0	2	2	1
Under halvdelen	2	1	2	1	2	1
Ved ikke	3	6	1	5	1	7

*Tabel LXV. Tidspunkt for behovsvurdering (sengeafdelinger og ambulatorier)*

Alle patienter ved hver diagnose	Brystkræft (n=16)	Hæmatologisk kræft (n=13)	Modermærkekræft (n=7)	Hovedhalskræft (n=10)	Hjernekræft (n=6)	Prostatakræft (n=9)
Antal besvarelser n = 61						
I begyndelsen af behandlingen	6	3	2	5	3	3
Ved ændring af tilstanden	6	2	0	0	1	1
Ved afslutning af behandlingen	8	5	3	3	2	4
Ved første opfølgning	7	1	3	5	2	2

# REHPA

Videncenter for  
Rehabilitering og Palliation

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



[facebook.com/videncenterrehpa](https://facebook.com/videncenterrehpa)



[LinkedIn/Company/REHPA-Videncenter-  
for-Rehabilitering-og-Palliation](https://LinkedIn/Company/REHPA-Videncenter-for-Rehabilitering-og-Palliation)



[Twitter.com/REHPA\\_DK](https://Twitter.com/REHPA_DK)

