



Kræft, rehabilitering og arbejde

Viden, lovgivning, praksis og fremtid

Kræft, rehabilitering og arbejde. Viden, lovgivning, praksis og fremtid

Forfattere: Maria Aagesen, Jan Tofte, Ann Dorthe Zwisler & Lars Tang

Copyright © 2019

REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation

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

REHPA, notat nr. 14

Februar 2019

1. udgave

ISBN: 978-87-93356-97-9 (online)

REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation

Vestergade 17

5800 Nyborg

Telefon 21 81 10 11

Mail: rehpa@rsyd.dk

www.rehpa.dk

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

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

Notaterne udkommer ad hoc som elektroniske dokumenter og kan downloades fra www.rehpa.dk.

Indhold

Forord.....	4
Resumé	5
Summary	7
1. Introduktion	10
2. Viden	11
2.1. At arbejde er et symbol på at være rask.....	11
2.2. Rehabilitering med henblik på genetablering af arbejdsliv	11
2.3. Hvem har ansvaret, og hvor løftes opgaven?	12
2.4. Stor velvillighed blandt kræftsyge til at vende tilbage, men svært	12
2.5. Hvornår er en kræftsyg klar til at vende tilbage til arbejdet?.....	13
2.6. Arbejdsgiveren og arbejdspladsens rolle	13
2.7. Lovgivning influerer på tilbagevenden til arbejde og kan give utryghed	14
2.8. Opsummering	16
3. Lovgivning i korte træk	18
3.1. Kort om sygemeldingsforløb.....	18
4. Praxis i to kommuner	23
4.1. Københavnermodellen	23
4.1.1. Indholdselementer og det tværfaglige samarbejde	23
4.1.2. Forudsætninger og virkemekanismer der fremmer tilbagevenden til arbejde	24
4.1.3. Praxisbaseret undersøgelse	24
4.2. Aalborgmodellen	25
4.2.1. Indholdselementer og det tværfaglige samarbejde	25
4.2.2. Forudsætninger og virkemekanismer der fremmer tilbagevenden til arbejde	25
5. REHPAs erfaring med arbejdsrettet rehabilitering	26
5.1. Indholdselementer og det tværfaglige samarbejde	26
5.2. Forudsætninger og virkemekanismer der fremmer tilbagevenden til arbejde	27
5.3. Opsummering	27
6. Workshop med patientrepræsentanter og fagprofessionelle	28
6.1. Resultaterne fra workshoppen	30
6.1.1. Arbejdspladsen og arbejdsgiver.....	30
6.1.2. Fagprofessionelle	30
6.1.3. Organisatorisk.....	31
6.2. Opsamling på workshop	33
7. Fremtid	34
7.1. REHPAs fremtidige aktiviteter	36
7.2. Opsummering	37
Litteraturliste.....	38
Formidling	41
Bilag	42
Bilag 1 Program for workshop	42

Forord

Tilbage i 2015 blev kræft, rehabilitering og arbejdsmarkedstilknytning, i samarbejde med REHPAs rådgivende styregruppe, udpeget som ét blandt flere fokusområder. Nærværende notat beskriver status for REHPAs arbejde på området gennem de sidste tre år. Grundlaget for notatet er et oprids af litteratur på området herunder en række nye studier udført i et samarbejde mellem REHPA, DEFACTUM i Region Midtjylland og lektorer fra Fysioterapiuddannelsen på Københavns Professionshøjskole. Notatet afsluttes med forslag til retning for de fremtidige indsatser. Forslagene er fremkommet på en workshop arrangeret af REHPA med deltagelse af erhvervsaktive, der har haft kræft og fagprofessionelle fra arbejdsmarkeds- og rehabiliteringsområdet, som alle er involverede i arbejdsrettet rehabilitering i kommuner og på sygehuse.

Målgruppen for notatet er primært sundhedsprofessionelle og socialrådgivere, der arbejder med rehabilitering af erhvervsaktive, der har eller har haft kræft. Derudover er håbet, at notatet vil indgå i videre drøftelser blandt ledere og beslutningstagere på sundheds- og beskæftigelsesområdet i forhold til at sikre bedst mulig koordinering af og sammenhæng i sundheds-, social- og beskæftigelsesindsatser.

Patientrepræsentanter, fagprofessionelle og oplægsholder takkes for værdifulde perspektiver ved aktive bidrag under workshoppen og ved efterfølgende gennemgang af notatet. Slutteligt en stor tak til projektgruppen og de personer, der har udført studierne, som notatet bl.a. er baseret på.

Notatet har gennemgået internt review ved Annette Rasmussen, leder for REHPAs klinikergruppe og Christina Malmose Stapelfeldt, seniorforsker hos DEFACTUM. I takkes begge for indsigtsfulde og konstruktive kommentarer.

Vi håber, at notatet kan være til inspiration for fagprofessionelle, der beskæftiger sig med området, samt være afsæt for at beslutningstagere på sundheds- og beskæftigelsesområdet sætter sig ved samme bord og finder løsninger, som kan skabe en bedre sammenhæng mellem de to områder med henblik på at styrke mennesker, der har eller har haft kræft i at forblive i eller vende tilbage til arbejde.

Forskningsassistent Maria Aagesen har stået i spidsen for udarbejdelsen af notatet i tæt samarbejde med forløbsleder og socialrådgiver Jan Tofte, professor og centerleder for REHPA Ann-Dorthe Zwisler og postdoc Lars Tang.

Karen la Cour
Forskningsgruppeleder, professor MSO
REHPA, Region Syddanmark og
Syddansk Universitet

Claus Vinther Nielsen
Professor, socialoverlæge
DEFACTUM, Hospitalsenheden Vest
Region Midtjylland og Institut for
Folkesundhed, Aarhus Universitet

Resumé

Med afsæt i arbejdets betydning for mennesket og de udfordringer erhvervsaktive borgere, der har eller har haft kræft, oplever i forbindelse med genetablering af arbejdsliv har REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation i samarbejde med forskere fra DEFACTUM i Region Midtjylland og lektorer fra Fysioterapiuddannelsen på Københavns Professionshøjskole, gennem de sidste tre år haft fokus på rehabilitering og arbejdsmarkedstilknytning ved kræft.

Gennem studier, rehabiliteringsophold for erhvervsaktive, der har eller har haft kræft, samt en faglig workshop med erhvervsaktive borger der har haft kræft og fagprofessionelle fra arbejdsmarkeds- og rehabiliteringsområdet, er der blevet genereret viden og forslag til fremtidige fælles indsatser, som kan øge muligheden for en positiv tilbagevenden til arbejdsmarkedet for borgere, der har eller har haft kræft.

Mange erhvervsaktive borgere, der bliver sygemeldt grundet en kræftsygdom, er motiverede for og ønsker at vende tilbage til arbejde. Trods dette opleves processen med at genetablere et arbejdsliv for den enkelte som meget belastende og kompleks, og de udtrykker behov for støtte til at gennemføre processen bl.a. i forhold til timing af tilbagevenden.

Dette notat peger på en tæt gensidig sammenhæng mellem sundhed og arbejdsmarkedstilknytning; både viden og praksis peger på, at tværfaglige indsatser, tværfagligt team-samarbejde samt tæt fysisk placering mellem sundhedsprofessionelle og socialrådgivere er centralt for at lykkes med en succesfuld genetablering af et arbejdsliv i forbindelse med en kræftsygdom. For at skabe rammerne for og samtidig lykkes med et sådant samarbejde er politisk- og ledelsesmæssig opbakning nødvendigt. I dag er det kommunen, der er hovedaktør for den arbejdsrettede indsats, men om og hvordan indsatsen tilbydes er desværre meget forskellige fra kommune til kommune.

Lovgivningen er en af de faktorer, der kan være med til både at hæmme eller fremme tilbagevenden til arbejde. Førtidspensionsreformen fra 2013 har overordnet set reduceret antallet af borgere, der får tilkendt en førtidspension – herunder også borgere der har haft kræft. Lovgivningen medfører desværre også utryghed. Mange borgere, der har eller har haft en kræftsygdom, oplever, at den nuværende lovgivning på området er kompliceret og skaber utryghed hos dem. De oplever endvidere at modtage forskellige informationer omkring mulighederne i lovgivningen afhængigt af, om det er sundhedsprofessionelle eller socialrådgivere, der rådgiver.

Perspektiver og erfaringer fra patientrepræsentanter og fagprofessionelle på den afholdte workshop samt ny og eksisterende forskning viser således, at der er behov for øget viden og information om senfølger efter kræft og lovgivningen på beskæftigelsesområdet. Endvidere ses, at der er behov for at øge opmærksomheden omkring tilbagevenden til arbejde i mindre virksomheder samt blandt socialt udsatte og unge og unge voksne der har eller har haft kræft. Derudover kan det konkluderes, at der er stor variation i tilgang, organisering og kvalitet af den arbejdsrettede indsats i kommunalt regi samt forskel på tolkning af lovgivningen på tværs af landets kommuner. I forlængelse af det er der stort behov for og ønske om at øge det tværfaglige samarbejde mellem sundheds- og

beskæftigelsesområdet på flere organisatoriske niveauer, således at tilbagevenden til arbejde optimeres for den enkelte.

På baggrund af dette vil REHPA i samarbejde med Center for Kræft og Sundhed København (CKSK) varetage igangsættelsen af udarbejdelse af informationskort til sundhedsprofessionelle med det formål at øge de sundhedsprofessionelles viden om sociale, uddannelses- og beskæftigelsesmæssige forhold. Derudover vil REHPA, gennem et allerede igangsat forskningsprojekt, udvikle en tværfaglig rehabiliterende indsats, der bl.a. er målrettet unge og unge voksne med kræft og støtte til dem i forhold til at vende tilbage til arbejde og uddannelse. Derudover ønsker REHPA at etablere et netværk for fagprofessionelle fra arbejdsmarkeds- og rehabiliteringsområdet, der skal danne udgangspunkt for etablering af arbejdsgrupper, som kan varetage arbejdet med følgende indsatser: At arbejdsrettede indsatser skal være tilgængelige i alle kommuner, gennemgang og forandring af lokal praksis, udarbejdelse af vejledning for den gode journalføring og lægeattest samt indsatser rettet mod arbejdsgiver og arbejdspladser.

Summary

Based on the importance of work to people and the known challenges that cancer survivors experience regarding return to work, REHPA, The Danish Knowledge Centre for Rehabilitation and Palliative Care has in collaboration with researchers from DEFACTUM in Central Denmark Region and associate professors from The Bachelor's Degree Programme in Physiotherapy at the University College Copenhagen, focused on cancer, rehabilitation and return to work for the last three years.

Through studies, rehabilitation stays for working aged cancer survivors as well as a workshop with cancer survivors and professionals from the social service and healthcare sector, knowledge of return to work among cancer survivors has been accumulated. In addition, proposals for future focus area which can increase the possibility of a positive return to work for cancer survivors have been generated.

Many cancer survivors who are on sick leave due to a cancer disease are motivated and keen to return to work. Despite this, the process of re-establishing a working life for cancer survivors is perceived as a very stressful and complex process. Cancer survivors indicate the need for support to go through the return to work process e.g. regarding timing of return to work.

This report points towards the existence of a close reciprocal relationship between health and being able to work. Both knowledge and practice underline that interdisciplinary interventions, interdisciplinary team collaboration and close physical location between health professionals and social workers are central to achieve a successful return to work for cancer survivors. In order to be able to implement such cooperation, political and management support is necessary. Today, it is the municipality that is the major player in work-oriented interventions, but if or how the interventions are offered is unfortunately very different from municipality to municipality.

Legislation is one of the factors which can affect return to work either positively or negatively. The structural reform of the disability pension act in 2013 has overall reduced the number of granted pensions to cancer-diagnosed individuals, and thereby made it more difficult to receive granted pensions. Unfortunately, the legislation also causes insecurity among cancer survivors. Many cancer survivors find the current legislation in the social area complicated and confusing which creates feelings of insecurity. In addition, they find the information they receive about the potential impact of the legislation varies, depending on whether it is a health professional or social worker who advise them.

Perspectives and experiences from patient representatives and professionals from the organised workshop as well as from new and existing research shows a need for increased knowledge and information about late effects after cancer as well as the legislation within the field of employment. Furthermore, there is a need for increased attention on return to work in smaller companies as well as among socially vulnerable cancer survivors and young adult cancer survivors. In addition, it can be concluded that there is variation in the approach, organization and quality of the work-oriented interventions between the municipalities. Furthermore, there is a big difference in the interpretation of the legislation across the country's municipalities. Due to all these factors, there is a great need

and desire to increase the interdisciplinary cooperation between the health and social sector at different organisational levels, so that return to work is optimized for the individual.

Based on this, REHPA in collaboration with the Centre for Cancer and Health Copenhagen will undertake the establishment of information cards for health professionals with the aim of increasing the health professionals' knowledge about social, educational and employment conditions. In addition, through a research project that has already been initiated, REHPA will develop an interdisciplinary rehabilitation programme with the aim of strengthening young adult cancer survivors to enhance participation in work and education. Furthermore, REHPA wants to establish a network for professionals within the social and health sector, which will form the basis of establishing working groups that can be responsible for the following initiatives: Ensure that work-oriented interventions are available in all municipalities, review and change local practice within work-oriented interventions, establish initiatives aimed at employers and workplaces and provide guidance for doctors on the content of medical charts and certificates for cancer patients.

Omkring **40.000** danskere får hvert år konstateret kræft. Omkring **30 %** af disse er i den erhvervsaktive alder, og er grundet kræftsygdommen ofte nødsaget til at **sygemelde** sig fra arbejdet.

Kilde: Se pkt. 2 og 3 i litteraturlisten

1. Introduktion

I oktober 2018 deltog erhvervsaktive borgere, der har haft kræft og fagprofessionelle fra arbejdsmarkeds- og rehabiliteringsområdet i en faglig workshop på REHPA, Videntcenter for Rehabilitering og Palliation. Workshoppen blev afholdt som status på en treårig periode, hvor REHPA i samarbejde med forskere fra DEFACTUM i Region Midtjylland og lektorer fra Fysioterapiuddannelsen på Københavns Professionshøjskole, har haft fokus på rehabilitering til og arbejdsmarkedstilknytning blandt borgere, der har eller har haft kræft. Projektgruppen er beskrevet i Figur 1. I perioden udførtes en række studier samt rehabiliteringsophold for i alt 98 erhvervsaktive, der havde eller havde haft kræft, og samtidig skulle tilbage til deres arbejde.

Nærværende notat giver status for indsatsen og opsummerer allerede eksisterende viden, samt den viden der er genereret gennem samarbejdet og den afsluttende workshop samt fokuserer på fremtidige fælles indsatser, som kan øge muligheden for en positiv og succesfuld tilbagevenden til arbejdsmarkedet for borgere, der har eller har haft kræft.

Figur 1 Projektgruppen

Projektgruppen bestod af:

Christina Malmose Stapelfeldt. Cand.scient.san., ph.d., DEFACTUM, Region Midtjylland

Pernille Pedersen. Sygeplejerske, cand.scient.san., ph.d., DEFACTUM, Region Midtjylland

Pernille Frederiksen. Fysioterapeut, cand.scient.san., ph.d., Fysioterapiuddannelsen, Institut for Terapeut- og Jordmoderuddannelsen, Københavns Professionshøjskole

Gunvor K. Pedersen. Fysioterapeut, lektor. Fysioterapiuddannelsen, Institut for Terapeut- og Jordmoderuddannelsen, Københavns Professionshøjskole

Jan Børge Tofte. Socialrådgiver, forløbsleder på REHPA-opholdene, REHPA

Anne Fisker Nielsen. Cand.scient.soc., forskningsassistent, REHPA

Ann-Dorthe Zwisler. Klinisk professor, overlæge, ph.d., centerleder på REHPA

Lars Tang. Fysioterapeut, cand.scient.san., ph.d., forsker, REHPA

Maria Aagesen. Fysioterapeut, cand.scient.fys, forskningsassistent, REHPA

2. Viden

Antallet af mennesker, der får konstateret kræft, samt antallet af mennesker, der lever med kræft, eller bliver kræftfrie, er igennem de seneste årtier steget grundet nye udrednings- og behandlingsmetoder (1). I Danmark får ca. 40.000 personer årligt konstateret kræft (2). Omkring en tredjedel af disse er i den erhvervsaktive alder¹ (2). Kræftsygdommen og behandlingen har ofte en række psykiske, fysiske og eksistentielle følgevirkninger, der kan gøre det svært for den enkelte at imødekomme arbejdsmarkedets krav. Langt de fleste bliver således i forbindelse med diagnose og behandling sygemeldt (3).

2.1. At arbejde er et symbol på at være rask

At vende tilbage til arbejde er et symbol på at være rask (4, 5). Arbejdslivet udgør en stor del af menneskets hverdag og er med til at skabe indhold, struktur og balance i hverdagen. I den vestlige del af verden er arbejdslivet også en del af menneskets identitetsdannelse, og den enkelte identificerer sig i mange tilfælde ud fra dets arbejde. Arbejdspladsen er endvidere en social arena, hvor man indgår som en del af et fællesskab (6). Derfor har både kort- og langvarigt fravær fra arbejde først og fremmest store konsekvenser for den enkelte men også for samfundet som helhed (4, 7, 8). Mange af de borgere, der får konstateret kræft, og som nødsages til at sygemelde sig, ser det at vende tilbage til arbejde som et symbol på at have genvundet normalitet i hverdagen og være blevet rask (9). Fokus på hvordan man hjælper den erhvervsaktive med kræft tilbage til arbejde er derfor nødvendigt. Denne nødvendighed forstærkes af en øget risiko for arbejdsløshed blandt personer, der har haft kræft sammenlignet med personer uden (10).

2.2. Rehabilitering med henblik på genetablering af arbejdsliv

Indsatser, der fokuserer på genetablering af arbejdsliv, skal ifølge *Forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft* indgå som et delelement i den samlede rehabiliterende og palliative intervention under og efter et kræftforløb (11). Forløbsprogrammet beskriver, at de sociale indsatser i forbindelse med kræft bør varetages af fagpersoner med relevant viden om sociale, uddannelses- og beskæftigelsesmæssige forhold og leveres i dialog med andre relevante fagpersoner herunder sundhedsprofessionelle (11). Det tværfaglige samarbejde mellem disse to fagligheder er nødvendigt, fordi der er en gensidig afhængighed mellem sundhed og arbejdsmarkedstilknytning, da borgerens helbredstilstand har betydning for arbejdsmarkedstilknytning og omvendt (12).

Vigtigheden af tværfaglige indsatser understøttes også i international litteratur (8, 13). En systematisk søgning på og gennemgang af eksisterende studier, der har undersøgt effekten af forskellige indsatser med henblik på at fremme tilbagevenden til arbejde, viste, at tværfaglige indsatser indeholdende en kombination af fysisk træning, patientrådgivning og -uddannelse samt erhvervsrådgivning havde en positiv effekt på tilbagevenden til arbejde og livskvalitet sammenlignet med ingen eller monofaglige indsatser (13). De fleste studier, der indgår i denne sammenligning er baseret på erhvervsaktive kvinder, der har ovelevet eller er i behandling for

¹ Den erhvervsaktive alder defineres i denne sammenhæng som personer mellem 15-64 år.

brystkræft, hvorfor der er behov for mere viden omkring andre typer af kræftsygdomme (13). Studier har vist, at kvinder, der har haft brystkræft, har en bedre prognose for arbejdsmarkedstilknøytning sammenlignet med andre kræfttyper (9). Ligeledes vil borgere med andre kræfttyper muligvis have andre behov end kvinder med brystkræft. Derudover er de fleste studier udført i hospitalsregi (13), hvorfor der ikke er megen videnskabelig evidens omkring tværfaglige indsatser leveret i kommunalt regi.

2.3. Hvem har ansvaret, og hvor løftes opgaven?

I Danmark er kommunerne ansvarlige for den beskæftigelsesrettede indsats på lige fod med andre rehabiliteringsindsatser efter kræftsygdomme (14). På tværs af kommunerne kan indsatsen være struktureret forskelligt. Det primære ansvar for beskæftigelsesdelen ligger i kommunernes jobcentre og det primære ansvar for den bredde rehabiliteringsindsats ligger i sundhedsafdelingerne (14).

I 2017 foretog REHPA en kortlægning af kræftrehabilitering i Danmark både på hospitaler og i kommuner (15). Respondenterne var stort set udelukkende sundhedsprofessionelle og spørgeundersøgelsen blev ikke udsendt til kommunernes arbejdsmarkedsafdelinger, da det primære formål med kortlægningen var, at kortlægge de rehabiliterende indsatser der er forankret i sundhedslovgivningen. I kortlægningen angav 29 % af landets sengeafsnit og ambulatorier, der behandler kræftdiagnosticerede, at de som standard tilbød indsatser i forhold til arbejdsfastholdelse eller afklaring af arbejdssituation. I kommunerne var dette tal 68 %, mens 15 % af kommunerne kun tilbød det undtagelsesvis. Svarene fra 41 % af landets sengeafdelinger og ambulatorier viste endvidere en forventning om, at kommunerne varetager indsatsen, mens 13 % af kommunerne rapporterede, at de ikke varetog indsatsen. I 69 % af kommunerne var indsatsen for arbejdsfastholdelse eller afklaring af arbejdssituation struktureret som individuelle forløb, mens 49 % rapporterede, at det var struktureret som gruppebaserede forløb.

Kortlægningen tegner et billede af, at der er store kommunale forskelle i indsatserne i forhold til arbejdsfastholdelse og/eller afklaring af arbejdssituation. Dette betyder konkret, at borgernes bopæl kan afgøre, i hvilket omfang muligheden for støtte til at vende tilbage til arbejde efter kræft eksisterer. Fra et sundhedsmæssigt synspunkt er dette meget kritisabelt, da social- og sundhedstilbud skal være lige blandt alle borgere.

2.4. Stor velvillighed blandt kræftsige til at vende tilbage, men svært

Undersøgelser viser, at de fleste erhvervsaktive, der lever med eller har haft kræft, er motiverede for at vende tilbage til arbejdet (5). I overensstemmelse med dette så viser et systematisk review, at 64 % af de personer, der har været sygemeldt grundet en kræftsygdom gennemsnitligt er i stand til at vende tilbage til arbejde - dog med stor variation (24-94 %) (3).

Til trods for at det lykkes mange at vende tilbage til arbejde, viser en ny dansk undersøgelse udført af REHPA, at mange desværre oplever personlige problemstillinger i processen, hvilket kan være yderligere belastende, i en i forvejen svær periode (16). Undersøgelsen beskriver, at flere oplever et nyt perspektiv på dét at arbejde, og nogle beskriver, at de har svært ved at forestille sig at arbejde på den samme måde som før, enten fordi de ikke ønsker det, eller fordi de er usikre på, om de kan

imødekomme arbejdskravene (se citat s. 15)(16). Andre beskriver, at de ikke er sikre på, at de vil arbejde med det samme som før de fik konstateret en kræftsygdom (16). En anden dansk undersøgelse fra Center for Kræft og Sundhed København (CKSK) viser, at mange oplever en følelse af kontroltab over egen krop og hverdag, fordi kroppen påvirkes i en sådan grad af kræftsygdommen og behandlingen, at det kan være svært at udføre hverdagens gøremål og dermed svært at skabe balance i hverdagen (17). Slutligt beskriver både dansk og international forskning, at kræftsyge borgere oplever, at stå alene med de udfordringer der eksisterer i forbindelse med tilbagevenden til arbejde, og de efterlyser derfor hjælp og italesættelse fra både sundhedsprofessionelle og socialrådgivere (se citat på side 15)(4, 16, 18).

2.5. Hvornår er en kræftsyg klar til at vende tilbage til arbejdet?

Udsagn fra danske og amerikanske erhvervsaktive, der har eller har haft kræft, viser endvidere usikkerhed i forhold til hvornår man er parat til at vende tilbage til arbejde (16, 17, 19). Gentagne spørgsmål fra familie, venner, arbejdsplads og jobcenteret om, hvornår man er parat til at vende tilbage til arbejde, opleves for nogen som belastende, især fordi spørgsmålet er svært at besvare (16). Timing for tilbagevenden til arbejde er ikke blot svært for den enkelte, men også fagprofessionelle beskriver det som udfordrende at skønne og vejlede i forhold til den mest optimale timing for at vende tilbage (17, 19). Fagprofessionelle efterlyser af samme grund værktøjer, der kan anvendes til at understøtte vurdering, forudsigelse og evaluering af parathed til at vende tilbage til arbejde (19). På rygområdet eksisterer der et spørgeskema, der kan være med til at bestemme parathed til at vende tilbage til arbejde: *Parthed til at vende tilbage til arbejde* (20). Redskabet har været afprøvet på 60 borgere, der alle havde eller havde haft kræft, og samtidigt var sygemeldte grundet en kræftsygdom (21). Redskabet viste sig at være et anvendeligt og relevant redskab i klinisk praksis som samtale- og behandlingsunderstøttende (21). Redskabet kunne imidlertid ikke forudsige med tilstrækkelig sikkerhed, hvem der vendte tilbage til arbejde (21). Således foreligger der et arbejde med at validere skemaet, før det eventuelt kan anvendes i klinisk praksis, hvilket understøttes af et dansk valideringsstudie, der ikke finder den danske udgave af spørgeskemaet validt (21, 22).

2.6. Arbejdsgiveren og arbejdspladsens rolle

En sygemelding kan skabe bekymring for at miste arbejdet hos den borger, der har eller har haft kræft (17). Arbejdsgiveren er en vigtig aktør i den "gode" vej tilbage til arbejde efter en kræftsygdom (23, 24). Det er et lovkrav, at arbejdsgiveren skal afholde en sygefraværssamtale inden for de første fire uger efter første fraværsdag (25). Formålet med samtalen er blandt andet at drøfte forventet fraværslængde, muligheder for arbejde under sygdom og hvordan kontakten skal være mellem arbejdsgiver og medarbejder under sygdom (26). Mange kræftsyge oplever heldigvis, at deres arbejdsgiver tager hensyn til deres individuelle behov for sygemelding og skaber sikkerhed for, at man som syg ikke skal frygte at blive fyret (17, 24). Den før omtalte rapport fra CKSK påpeger, at den fortløbende kontakt mellem den kræftsyge og arbejdsgiveren kan ansues som en rehabiliterende indsats fra arbejdspladsens side, hvor formålet er at forberede den kræftsyge på at vende tilbage (17). I den fortløbende kontakt er det vigtigt, at lytte til den kræftsyges behov og afstemme gensidige forventninger (17). Socialrådgivere kan understøtte denne kontakt og vejlede både den kræftsyge og arbejdsgiveren i de lovmæssige rammer herfor.

På lige linje med borgeren finder arbejdsgiveren og de øvrige medarbejdere på arbejdspladsen processen med at vende tilbage kompleks og krævende (24). Arbejdsgiverne giver udtryk for, at det der gør processen svær og krævende for dem er uforudsigeligheden, der ofte er forbundet med en kræftsygdom, samt at det i processen ofte er nødvendigt at konfrontere medarbejderen med dilemmaer i forhold til i varetagelse af arbejde (24). Dertil påpeger arbejdsgivere, at modstridende præferencer fra den sygemeldte medarbejder gør opgaven endnu sværere. Det beskrives, at den sygemeldte gerne vil støttes og tages hensyn til, og samtidig ønsker de at blive behandlet som alle andre medarbejdere og på samme måde som før de fik konstateret kræft (23). Forskning peger på, at bedre kommunikative færdigheder, øget viden om kræft og fokus på etik i ledelse hos arbejdsgiveren kan være faktorer, der kan optimere genetablering af arbejdsliv (23, 24). Forskning om effekten af interventioner, der retter sig direkte mod arbejdsgiver, er dog sparsom (23).

2.7. Lovgivning influerer på tilbagevenden til arbejde og kan give utryghed

Det at vende tilbage til arbejde er en kompleks proces, og foruden en række personlige bekymringer og faktorer (jf. afsnit 2.4) kan samfundsmæssige faktorer også påvirke denne proces (27, 28). Fælles er, at alle faktorer kan føre til stor uro hos den enkelte (16). På samfundsniveau er de institutionelle rammer, herunder lovgivning, en betydelig faktor i forbindelse med at vende tilbage til arbejde (8, 27, 28).

Lovgivningen kan også påvirke social- og sundhedsydelse, der tildeles borgere, der står udenfor eller er på kanten af arbejdsmarkedet (27). I 2013 trådte en ny reform om førtidspension og fleksjob i kraft i Danmark. Det overordnede formål var at få flest mulige til at bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet, med henblik på egen forsørgelse, og færrest mulige på passiv forsørgelse (29). Et nyt, og endnu ikke publiceret, dansk registerstudie har sammenlignet riksoen for, at få tildelt førtidspension før og efter at førtidspensionsreformen trådte i kraft, baseret på incidente kræfttilfælde efter 1999 fra Cancerregistret og en matchet kontrolgruppe uden fortilfælde af kræftsygdom(30). Studiet viste, at der er en tydelig reduktion blandt borgere, der har eller har haft kræft, i forhold til tildeling af førtidspension efter reformens ikrafttrædelse i 2013 (se tabel 1). Ses der isoleret på kræftpopulationen opdelt på tre alderstrin 20-39-årige, 40-49-årige og 50-60-årige, er der i særdeleshed en reduktion i tildeling af førtidspension for personer yngre end 40 år (se Tabel 2)(30). Hvad denne reduktion betyder, er endnu ukendt. Det formodes dog, at den gruppe af borgere med kræft, der førhen ville have fået tilkendt førtidspension, nu har et øget behov for ekstra støtte til at fastholde eller vende tilbage til arbejde (30).

"Du er meget beskyttet under behandlingen. Efter behandlingen, der var der alt usikkerheden... [...] Og efter at man havde fået kemo og stråler, så siger de nærmest bare farvel til en, ikke. Der er ikke nogen der snakker om, hvordan man skal komme tilbage."

Deltager på REHPA-ophold

"[...] hvis der er noget, der går galt med nogle pilledoseringer, så er det altså ikke smarties jeg står med, vel. Det er en hjertemagnyl eller... Det er et kæmpe ansvar og det er ikke sikkert, om jeg kan bære den byrde lige nu..."

Deltager på REHPA-ophold

"Jeg var simpelthen så angst fordi hun snakkede som om, at det ikke var sikkert, at man kunne forlænge en (red. på sygedagpenge). Og jeg forstod aldrig helt, hvad det ville betyde ikke at blive forlænget, men det var i hvert fald bedst at blive forlænget, ikke. Jeg var så bange for lige pludselig, at jeg måske ikke ville få lov at få min løn eller et eller andet, ikke."

Deltager på REHPA-ophold

**CITATER FRA DELTAGERE PÅ
REHPA-OPHOLD**

Tabel 1 Risikoen for tildeling af førtidspension for borgere, der har eller har haft kræft, før og efter førtidspensionsreformen i 2013 sammenlignet med borgere der ikke har haft en kræftsygdom

År	Før 2013	Efter 2013
1	3,8 %	2,7 %
2	9,0 %	5,2 %
3	11,8 %	5,3 %
4	13,8 %	4,9 %
5	15,3 %	4,3 %

Tabel 2 Risikoen for tildeling af førtidspension for borgere der har eller har haft kræft opdelt i alder

Alder	Før 2013	Efter 2013
20-39-år	10,1 %	4,2 %
40-49-år	16,5 %	8,8 %
50-60-år	20,0 %	12,3 %

Foruden at aktuel lovgivning omkring førtidspension reducerer antallet, der kan få tildelt førtidspension, viser en dansk undersøgelse, at forhold omkring sygedagpengelovgivningen kan skabe forvirring for den enkelte (16). Borgere, der har eller har haft kræft, finder desværre den nuværende sygedagpengelovgivning kompliceret og forvirrende, og nogle er direkte bange for at miste retten til at være sygemeldt og/eller usikre på deres økonomiske situation (se citat på side 15)(16). Dette kompliceres yderligere af, at kræftoverleverne føler, de ikke får nok hjælp af kommunen til at tolke den gældende lovgivning (16). Dertil oplever flere, at få modstridende råd om opstart eller progression i arbejdstid. Nogle beskriver, at de oplever at sundhedsprofessionelle opfordrer til ikke at vende tilbage for tidligt, mens jobcenteret ønsker en hurtig tilbagevenden. Konkret oplever nogle borgere, at sundhedsprofessionelle informerer om, at borgere, der har fået konstateret kræft, først plejer at vende tilbage til arbejde tre måneder efter behandlingsophør, og at der er mulighed for at være sygemeldt i op til et halvt år. Dette er ikke nødvendigvis i overensstemmelse med den aktive beskæftigelsesindsats, kommunerne er forpligtiget til at yde. Forkert information, fra personer som ikke har kendskab til lovgivningen, skaber forvirring og utryghed for den sygemeldte. Tværfagligt samarbejde omkring tilbagevenden til arbejde synes derfor vigtigt, således at misvisende informationer undgås på vejen mod at genetablere arbejdslivet (17).

2.8. Opsummering

Til trods for at motivationen for og ønsket om at vende tilbage til arbejde efter en kræftsygdom er til stede blandt mange at de borgere der får konstateret kræft, så er det en meget belastende og kompleks proces. I dag er det kommunen, der er hovedaktør for den arbejdsrettede indsats, men om og hvordan indsatsen tilbydes er desværre meget forskellig fra kommune til kommune. Eksisterende viden og klinisk erfaring peger på at en praksis, der tillader en tværfaglig koordineret indsats, der tager højde for borgernes behov og præference, er en af nøglerne til en succesfuld genetablering af arbejdslivet efter kræftsygdom. Arbejdsgiveren fremhæves som en vigtig medspiller i denne proces,

men også arbejdsgiveren finder processen med at hjælpe den enkelte medarbejder tilbage i arbejde som kompleks, krævende og svær. Nuværende lovgivning på området er kompliceret og skaber utryghed hos borgerne. Samtidig oplever borgerne, at de modtager forskellige informationer omkring mulighederne i lovgivningen afhængigt af, om det er den sundhedsprofessionelle eller socialrådgiveren, der rådgiver.

3. Lovgivning i korte træk

Den arbejdsrettede rehabilitering i forbindelse med kræft befinder sig i krydsfeltet mellem tre forskellige lovgivninger; sundheds-, social- og beskæftigelseslovgivningen. Sundhedsprofessionelle, som arbejder i rehabiliteringsfeltet, har ofte begrænset kendskab til beskæftigelseslovgivningen, og mennesker med kræft udtrykker, at de ikke får tilstrækkelige oplysninger om beskæftigelseslovgivningen, og hvordan de skal forholde sig hertil (16). Her skitseres de vigtigste forhold som sundhedsprofessionelle bør være bekendt med, når de møder en patient på sygehuset eller en borger i kommunen med kræft, som er i arbejde.

3.1. Kort om sygemeldingsforløb

Sygedagpenge

Både lønmodtagere og selvstændige kan få sygedagpenge, hvis man på grund af sygdom er uarbejdsdygtig og derfor må sygemeldes fra arbejde. Det kræver, at man opfylder nedenstående krav i loven (Tabel 3) (25).

Tabel 3 Krav der skal opfyldes for at kunne få sygedagpenge

Lønmodtager	Selvstændig
<ul style="list-style-type: none">• Har et arbejde og har arbejdet i mindst 240 timer inden for de sidste seks måneder, heraf mindst 40 timer om måneden i fem måneder.• Ville være berettiget til arbejdsløshedsdagpenge eller midlertidig arbejdsmarkedsydelse, hvis man ikke var blevet syg.• Inden for den seneste måned har afsluttet en uddannelse af mindst 18 måneders varighed.• Er elev i lønnet praktik.• Er ansat i fleksjob.	<ul style="list-style-type: none">• Har bopæl og skattepligtig indkomst i Danmark.• Har inden for de sidste 12 måneder drevet selvstændig virksomhed i væsentligt omfang i mindst seks måneder, heraf den seneste måned før fraværet og i mindst 18,5 time pr. uge.

Hvis man som lønmodtager er dækket af en overenskomst, der giver ret til løn under sygdom, får man udbetalt sædvanlig løn under sygefravær. Arbejdsgiveren kan i disse situationer få udbetalt sygedagpenge som delvis refusion for lønudbetalingen. Den sygemeldte vil derfor blive betragtet som modtager af sygedagpenge med de rettigheder og pligter, som knytter sig til det. Hvis man ikke er berettiget til sygedagpenge i forbindelse med sygemeldingen, kan man i stedet være berettiget til kontanthjælp (25).

Som selvstændig kan man tegne en frivillig forsikring i Udbetaling Danmark, som giver ret til sygedagpenge tidligere end efter 2 uger, hvis en sådan forsikring er tegnet, har selvstændige eller medarbejdende ægtefælle ret til sygedagpenge fra kommunen efter to ugers sygdom (25).

Supplerende sygedagpenge

Hvis man ikke har brug for at være sygemeldt i sin fulde arbejdstid, men kan arbejde på deltid, vil man normalt kunne få nedsatte sygedagpenge, svarende til de timer man er sygemeldt. Dette vil være tilfældet for mennesker, som er i stand til at arbejde delvist under behandlingen, og når man, efter en periode som fuldtidssygemeldt, bliver i stand til at starte gradvist på arbejde igen (25).

Opfølgning på sygedagpenge

Kommunens opfølgningsindsats starter senest efter otte ugers sygdommelding. Kommunen visiterer sagen til kategori 1, 2 eller 3 (se Figur 2), og tilrettelægger opfølgningsindsatsen efter retningslinjer i sygedagpengelovens kapitel 6. Formålet med en sygedagpengeopfølgningssamtale er, at jobcentret sammen med den sygemeldte udarbejder en plan for tilbagevenden til jobbet. Derudover skal jobcentret kontrollere, om den sygemeldte fortsat er uarbejdsdygtig og i øvrigt opfylder betingelserne for at modtage sygedagpenge (25).

Figur 2 Beskrivelse af de kategorier som kommunen visiterer efter i forbindelse med opfølgning af sygedagpenge



I den løbende opfølgning, som finder sted minimum hver 4. uge, kan kommunen tilbyde en arbejdspladsbaseret indsats med henblik på hurtigst mulig tilbagevenden til arbejde. Her vil en gradvis tilbagevenden til jobbet ofte komme på tale. Der vil i den forbindelse kunne være en periode, hvor den sygemeldte er i praktik på egen arbejdsplads eller er delvis raskmeldt. I perioder med praktik på egen arbejdsplads vil der fortsat kunne udbetales fulde sygedagpenge. I perioder med delvis raskmelding udbetales sygedagpenge for det antal timer, man er sygemeldt. I forbindelse med opfølgningen skal det løbende vurderes, om der er behov for anden indsats, herunder behov for revalidering, ressourceforløb, fleksjob eller førtidspension (25).

Der kan udbetales sygedagpenge i 22 uger – revurderingstidspunktet

Som hovedregel kan der maksimalt udbetales sygedagpenge i 22 uger inden for ni måneder, regnet fra første fraværsdag. Senest når der er udbetalt sygedagpenge i 22 uger, skal jobcentret vurdere, om man er omfattet af forlængelsesreglerne. Det kaldes revurderingstidspunktet. I forbindelse med revurderingen skal jobcentret vurdere, om der er grundlag for forlængelse af sygedagpenge-udbetalingen, hvilket mange, som er sygemeldt i forbindelse med en kræftsygdom, ofte vil have brug for. Reglerne for forlængelse af sygedagpenge findes i sygedagpengelovens § 27. Hvis man ikke opfylder betingelserne for forlængelse af sygedagpenge, eller forlængelsesperioden udløber, har man ret til et jobafklaringsforløb, hvis man fortsat er uarbejdsdygtig på grund af sygdom (25).

Borgere med en kræftsygdom har mulighed for at få genoptaget sygedagpenge

I tilfælde hvor sygedagpengeudbetalingen er ophørt, fordi man har opbrugt den tidsbegrænsede sygedagpengeperiode (som er maks. 22 ugers sygedagpenge inden for ni måneder), vil man alligevel kunne få sygedagpenge, hvis man får en alvorlig livstruende sygdom. Det gælder også, hvis man f.eks. får et tilbagefald, men har opbrugt perioden for sygedagpenge på grund af anden sygdom. Med denne regel kan man også få genoptaget udbetaling af sygedagpenge, hvis man er overgået til et jobafklaringsforløb med ressourceforløbsydelse og undervejs i forløbet får en livstruende alvorlig sygdom (25).

Jobafklaringsforløb - når udbetalingen af sygedagpenge stopper

Hvis udbetalingen af sygedagpenge ikke kan forlænges, eller perioden for forlængelsen udløber, har man ret til et jobafklaringsforløb. Det gælder så længe, kommunen vurderer, at man er fuldt uarbejdsdygtig og fortsat ikke kan arbejde på grund af sygdom. Et jobafklaringsforløb skal forbedre forudsætningerne for, at man kan komme i gang med arbejde eller uddannelse. Jobafklaringsforløbet tager udgangspunkt i borgerens forudsætninger og behov. Borgeren får tilknyttet en koordinerende sagsbehandler, som hjælper med at gennemføre de valgte indsatser. Den koordinerende sagsbehandler skal være med til at sikre, at indsatsen bliver koordineret og justeret undervejs. Et jobafklaringsforløb kan vare i op til to år ad gangen, og som udgangspunkt har man mulighed for at få to forløb, så længe man ikke er i stand til at arbejde (25).

Under et jobafklaringsforløb får man udbetalt ressourceforløbsydelse i stedet for sygedagpenge. Ressourceforløbsydelsen svarer til niveauet for kontanthjælp og udbetales uafhængigt af formue og ægtefælle/samlevers indtægt (25).

Standby-ordning

Som udgangspunkt har man som sygemeldt pligt til at medvirke ved jobcentrets opfølgningssamtaler for fortsat at modtage sygedagpenge, eller for at ens arbejdsgiver kan modtage sygedagpengerefusion. Da borgere, der har fået konstateret kræft, efter otte ugers sygdom som regel er i gang med undersøgelser og behandling, er det ofte ikke muligt at deltage i jobcentrenes opfølgning. De har derfor mulighed for at vælge standby-ordning, hvilket er en mulighed, hvis der er tale om alvorlig sygdom, hvor kontakt til den sygemeldte ikke er hensigtsmæssig eller mulig på grund af den sygemeldtes helbredssituation. Ved vurdering af, om en sygdom er alvorlig, indgår navnlig, om sygdommen er livstruende (25).

Når jobcentret har sat en sag på standby, sker opfølgningen uden samtaler eller anden kontakt med den sygemeldte. Der gives heller ikke tilbud om aktivering. Opfølgningerne foregår ved, at jobcentret kontakter egen læge eller sygehuslægen for at indhente oplysninger om sygdommen. På baggrund af oplysningerne fra egen læge eller sygehuslægen vurderer jobcentret, hvornår den helbredsmæssige situation er så væsentligt forbedret, at man selv kan deltage i opfølgningen. En standby-ordning kan vare så længe, sygdommen berettiger til det. Vurderingen skal ske ud fra den samlede helbredsmæssige situation (25).

Særlig aftale ved hyppigt fravær på grund af sygdom - § 56 aftale

Hyppige sygeperioder kan være en belastning for arbejdsgiveren og gøre det vanskeligt for medarbejderen at beholde sit arbejde. Borgere, der har fået konstateret kræft, og andre med langvarige sygdomme har efter § 56 i sygedagpengeloven mulighed for at indgå en særlig aftale med deres arbejdsgiver, så arbejdsgiveren får refusion fra første sygedag, når han betaler løn under sygdom eller sygeløn til medarbejderen. Aftalen kan indgås, hvis der er tale om langvarig eller kronisk sygdom, som medfører mindst 10 fraværsdage inden for et år. Eller hvis arbejdsgiveren allerede har udbetalt løn eller sygedagpenge i 21 kalenderdage de seneste 12 måneder på baggrund af den samme sygdom. En § 56 aftale skal være skriftlig og godkendes af kommunen. Aftalen kan højst godkendes for to år ad gangen, herefter skal man ansøge om godkendelse af aftalen igen (25).

Ressourceforløb

Arbejdsevnen kan blive nedsat af kræftsygdom og behandling (27). Hvis arbejdsevnen er varigt nedsat, kan man komme i et ressourceforløb med henblik på at udvikle arbejdsevnen, så man kan komme tilbage på arbejdsmarkedet eller uddannelse. Måske kan man komme tilbage på almindelige vilkår - måske inden for et andet fag - eller man skal have et arbejde på særlige vilkår, som for eksempel fleksjob. Sammen med kommunens rehabiliteringsteam, som består af forskellige fagpersoner fra sundheds-, beskæftigelses- og socialområdet planlægges et forløb for, hvordan mulighederne for at arbejde kan udvikles. Forløbet kan bestå af genoptræning, behandling, uddannelse, praktikforløb, opkvalificering, optræning i nye arbejdsområder eller andet, som kan føre til at man kan komme i arbejde eller i fleksjob. Det er altid kommunen, som vurderer, om betingelserne for at komme i et ressourceforløb er opfyldt. Under alle omstændigheder skal alle andre muligheder for at vende tilbage til et job være afprøvet. Et ressourceforløb kan vare op til fem år (31).

Personlig assistance

Hvis sygdom og/eller behandling har medført funktionsnedsættelse, som medfører et behov for særlig personlig bistand i forbindelse med udøvelsen af jobbet, kan jobcentret bevilge hjælp til aflønning af en personlig assistent. Den personlige assistent skal bistå personen med funktioner, der følger af beskæftigelsen, og som den pågældende på grund af funktionsnedsættelsen har behov for særlig personlig assistance til. Ved fuldtidsansættelse kan der normalt ydes personlig assistance op til 20 timer pr. uge (32).

Fleksjob

Hvis man pga. en kræftsygdom eller -behandling ikke kan vende tilbage til sit job og ikke kan omskoles til et andet fag, er der mulighed for at få et fleksjob. Det er en betingelse for at få et fleksjob, at arbejdsevnen er begrænset så betydeligt og varigt, at man ikke kan fastholde et arbejde på normale vilkår på arbejdsmarkedet. Samtidig skal det være helt afklaret, at man ikke har muligheder for at få et arbejde eller tage en uddannelse på almindelige vilkår.

Et fleksjob er et job på særlige vilkår, hvor man ansættes på nedsat tid - helt ned til ganske få timer om ugen - med individuelle skånehensyn. Der udbetales løn for den effektive arbejdstid og derudover udbetales et tilskud fra kommunen (fleksjobtilskud)(31).

Førtidspension

Førtidspension tilkendes personer mellem 18 år og folkepensionsalderen hvis:

- Arbejdsevnen er varigt nedsat.
- Arbejdsevnen er nedsat i et sådant omfang, at du ikke er i stand til at forsørge dig selv, heller ikke i fleksjob.
- Alle muligheder for at forbedre arbejdsevnen er afprøvet.

Personer i alderen fra 18-39 år kan tilkendes førtidspension, hvis det er dokumenteret, eller det på grund af særlige forhold er åbenbart, at arbejdsevnen ikke kan forbedres. Tilkendelse af førtidspension forudsætter som udgangspunkt, at du som ansøger har gennemgået et ressourceforløb (33).

4. Praksis i to kommuner

Trods begrænset videnskabelig evidens for organisering, struktur og indhold af indsatser med henblik på at hjælpe borgere med en kræftsygdom tilbage til arbejde, findes der en række eksempler på, hvad god praksis kan være. På REHPA-workshoppen i oktober 2018 præsenterede Københavns Kommune og Aalborg Kommune deres model for, hvordan der i praksis kan arbejdes med rehabilitering og arbejdsmarkedstilknytning i relation til kræft. Fælles for de to kommuner er, at de målrettet har arbejdet på at skabe et tæt samarbejde mellem sundheds- og beskæftigelsesområdet. Hvordan de to kommuner arbejder, og hvad de finder særligt virksomt beskrives i nedenstående.

4.1. Københavnermodellen

Center for Kræft & Sundhed København (CKSK) er Københavns Kommunes tilbud til mennesker, der er berørte af kræft - såvel den borger der har fået konstateret kræft samt dennes pårørende og evt. efterlevende. Centerets sundhedsprofessionelle er delt ind i tre diagnosespecifikke teams. Ud over disse diagnosespecifikke teams er der et socialfagligt team, bestående af to socialrådgivere, der dækker borgere på tværs af de diagnosespecifikke teams.



Forankret i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.



Etableret i 2007.



To socialrådgivere og 24 sundhedsprofessionelle: 13 fysioterapeuter, fem sygeplejersker, tre ergoterapeuter og tre diætister.



Borgere kan henvises fra egen læge, behandlende afdeling eller beskæftigelseskonsulenter i Københavns Kommune.

Centeret huser også Kræftens Bekæmpelses (KB) rådgivning i København, der råder over seks rådgivere bestående af psykologer, psykoterapeut og socialrådgiver. Hvert af de tre teams har tilkøbt en rådgiver fra KB, der ligesom socialrådgiverne deltager i et ugentligt teammøde (34).

4.1.1. Indholdselementer og det tværfaglige samarbejde

CKSK tilrettelægger og tilbyder overordnet deres indsatser på følgende måde:

- Alle borgere får tildelt en sundhedsprofessionel kontaktperson, der sammen med borgeren planlægger rehabiliteringsforløbet.
- Ved første henvendelse, der foregår telefonisk, screener den sundhedsprofessionelle kontaktpersonen for social -og arbejdsrelaterede udfordringer. Viser det sig allerede her, at der er behov for socialfaglig støtte, kan en socialrådgiver deltage i den indledende samtale med kontaktpersonen. Hvis behovet for socialrådgivning viser sig senere, booker kontaktpersonen en samtale hos socialrådgiverne.
- Borgerne tilbydes aktiviteter, der både foregår individuelt og på hold. Socialrådgiverne tilbyder bl.a. individuelle samtaler, møder med arbejdspladser og jobcentre samt ArbejdsCafé én gang om måneden om eftermiddagen. Derudover deltager socialrådgiverne i tværfaglig undervisning på bl.a. træningshold og hukommelseskursus
- For at understøtte sundhedsprofessionelle i at sikre et helhedsorienteret blik på borgerne, deltager det socialfaglige team i ugentligt teammøder.

Socialrådgiverne i CKSK rådgiver og vejleder med afsæt i lovgivning og erfaring samt ud fra borgerens samlede situation. Der bruges ressourcer på at styrke relationer til samarbejdspartnere i øvrige forvaltninger for at smidiggøre arbejdet og tilstræbe gode og rigtige afgørelser for borgerne. Socialrådgiverne i CKSK har ikke myndighedsfunktion.

4.1.2. Forudsætninger og virkemekanismer der fremmer tilbagevenden til arbejde

CKSK peger på følgende forudsætninger samt fremhæver følgende indsatser for at lykkes med et samarbejde mellem sundheds- og beskæftigelsesområdet:

- Solidt og tæt tværfagligt samarbejde.
- Organisatorisk og fysisk forankring i en rehabiliteringsenhed.
- At den socialfaglige vinkel dækker andre aspekter af hverdagslivet med/efter kræft end tilbagevenden til arbejde.
- Kendskab til sundheds-, social- og beskæftigelseslovgivningen for at kunne vejlede på tværs af disse.
- Inddrage socialrådgiverne tidligt i forløbet.
- Støtte borgerne i at udarbejde konkrete planer for optrapning i arbejdstid, som tager hensyn til evt. fysiske, psykiske og sociale følger til sygdom og behandling.
- Guide arbejdspladser i at modtage medarbejdere, der vender tilbage til arbejde efter eller under en kræftsygdom

4.1.3. Praksisbaseret undersøgelse

CKSK har grundigt undersøgt deres praksis, og deres models betydning for at borgeren vender tilbage til arbejdslivet efter en kræftsygdom. Resultaterne fra dette arbejde er samlet i rapporten *Kræftsygdom og tilbagevenden til arbejde - Samspillet mellem kræftramte og arbejdspladsen* (17). Rapporten er anbefalelsesværdig, og kan af andre kommuner anvendes som inspiration. Foruden at rapporten fokuserer på, hvordan kræftsyge borgere oplever deres tilbagevenden til arbejde, fokuserer den endvidere på, hvordan selve arbejdspladsen, lederne og kollegaerne kan understøtte en medarbejders tilbagevenden (17).

4.2. Aalborgmodellen

Tilbage i november 2007 besluttede Aalborg Kommune at etablere et tværfagligt kræftteam, der ivaretager tilbud og indsatser til de borgere med kræft, som er tilknyttet i Aalborg Sundhedscenter. Socialrådgiverne i kræftteamet har myndighedsfunktion og varetager sagsbehandlingen i sygedagpengesagerne med kræft som sygemeldingsårsag (35).



De socialfaglige medarbejdere er forankret i sygedagpengehuset, som hører ind under Job- og Ydelsesafdelingen i Familie- og Beskæftigelsesforvaltningen. De har egen myndighedsleder, som er teamleder i Sygedagpengehuset.

De sundhedsfaglige medarbejdere er forankret i Sundheds- og Kulturforvaltningen, og referer til Aalborg Sundhedscenters daglige leder.



Tre socialrådgivere og seks sundhedsprofessionelle: To fysioterapeuter, to sygeplejersker, en ergoterapeut og en diætist.



Borgerne behøver ingen lægehenvielse til teamet og kan dermed selv henvende sig.

4.2.1. Indholdselementer og det tværfaglige samarbejde

Kræftteamet tilrettelægger og tilbyder overordnet deres indsatser på følgende måde:

- Når borgeren enten er blevet henvist, eller selv har henvendt sig, inviteres borgeren ind til en samtale med en socialrådgiver og borgerens sundhedsfaglige kontaktperson i kræftteamet med henblik på at lægge en plan, der passer til borgerens behov.
- Borgerne tilbydes en række aktiviteter både individuelt og på hold. Socialrådgiverne tilbyder samtaler, rundbordsamtaler og vejledning samt holder fællesoplæg både for borgerene og deres pårørende. Derudover kigger socialrådgiverne forbi på træningsholdene.
- Teamet afholder bl.a. tværfaglige team- og udviklingsmøder samt fagdage.

4.2.2. Forudsætninger og virkemekanismer der fremmer tilbagevenden til arbejde

Kræftteamet peger på følgende forudsætninger samt fremhæver følgende indsatser for at samarbejde mellem sundheds- og beskæftigelsesområdet lykkes:

- Politisk- og ledelsesmæssig opbakning til organisering og praktisering af lovgivningen.
- Tæt tværfagligt samarbejde.
- At sundheds- og socialfagligt personale rent fysisk er placeret samme sted.
- Generøsitet i muligheden for forlængelse af sygedagpengeperioden.
- Viden om kræft og senfølger.
- Tidlig involvering af socialrådgiver i forløbet.
- 'Åben dør'-koncept, dvs. at borgerne til enhver tid kan banke på socialrådgiverens dør.
- Tæt samarbejde med arbejdsgivere.
- Udarbejde (foreløbig) plan for tilbagevenden til arbejde.

5. REHPAs erfaring med arbejdsrettet rehabilitering

Foruden de to kommunale eksempler på arbejdsrettet kræftrehabilitering, præsenteres også indholdet af og erfaringer fra REHPAs

kræftrehabiliteringsophold rettet mod sygemeldte i alderen 18 – 65 år, der blev planlagt i samarbejde med DEFACTUM.



Selvstændigt videncenter med afdelingslignende funktion på Odense Universitetshospital.



Etableret i 2015.



En socialrådgiver, en sygeplejerske, fem fysioterapeuter, en psykolog, en læge samt en række eksterne konsulenter fx diætist, sexolog, præst og massør.



Deltagerne kan henvises fra egen læge eller behandlende læge på hospitalet.

I perioden oktober 2015 til maj 2016 blev der afholdt fem rehabiliteringsophold, hvor i alt 98 deltagere deltog. For at kunne deltage på opholdet skulle deltagerne have afsluttet behandling maks. seks måneder før forløbsstart, være i stand til at deltage i opholdet samt være indstillet på aktivt at arbejde med afklaring af fremtidige arbejdsmuligheder. Endvidere skulle deltagerne have rehabiliteringsbehov, herunder behov for støtte til at vende tilbage til eller fastholde arbejde.

5.1. Indholdselementer og det tværfaglige samarbejde

REHPA-opholdene blev tilrettelagt på følgende måde:

- Opholdene var bygget op som et fem-dages internatophold fra mandag til fredag. Disse blev efterfulgt af et 12-ugers hjemmearbejde og derefter afsluttet med et to-dages opfølgingsophold. Deltagerne overnattede på Hotel Nyborg Strand.
- Opholdene indeholdt en række aktiviteter, der både var rettet mod fysiske, psykiske, eksistentielle samt det sociale elementer med et særligt fokus på det at vende tilbage til arbejde. Aktiviteterne blev afholdt enten som individuelle samtaler eller gruppesessioner og fandt sted i REHPAs lokaler på Nyborg Sygehus.
- Internatopholdene blev overordnet baseret på erfaringer fra Rehabiliteringscenter Dallund, som i perioden oktober 2001 til juni 2015 har afholdt talrige ugentlige rehabiliteringsforløb for patienter med en kræftdiagnose (36).
- Aktiviteternes pædagogiske indhold er empirisk begrundet i American Cancer Society's rehabiliteringsprogram, *I can cope* (37) og det tilsvarende svenske program, *Läre sig leva med cancer* (38). Det teoretiske afsæt er inspireret af sundhedspædagogiske modeller og metoder, hvori handlekompetence er et kernebegreb. Ligeledes er mange praktiske erfaringer hentet fra Kræftens Bekæmpelses kræftskoler.

5.2. Forudsætninger og virkemekanismer der fremmer tilbagevenden til arbejde

REHPA-opholdende peger på følgende forudsætninger og nødvendige indsatser for at lykkes med et samarbejde mellem sundheds- og beskæftigelsesområdet:

- At indsatserne er tværfaglige
- Information om muligheder og begrænsninger i lovgivningen
- At de sundheds- og socialprofessionelle i samarbejde med borgeren sætter fælles mål.

5.3. Opsummering

På tværs af de tre praksiseksempler kan der identificeres fire hovedforudsætninger og virkemekanismer, som synes særligt vigtige for at samarbejdet mellem sundheds- og beskæftigelsesområdet lykkes med henblik på at støtte borgere, der har eller har haft kræft i at genetablere arbejdslivet:

1. **Tværfaglige indsatser:** Karakteristisk ved alle tre praksiseksempler er, at borgerne modtager en kombination af forskellige faglige indsatser, således at alle aspekter af livet efter kræft belyses, hvilket skaber en synergieffekt.
2. **Tværfagligt teamsamarbejde:** Fælles for alle tre praksiseksempler er, at det tværfaglige samarbejde er med til at skabe et fælles sprog og forståelsesramme samt sikre, at der arbejdes mod det samme mål. De to kommunale eksempler arbejder begge i tværfaglige teams, der har etableret tværfaglige mødefora med forskelligt fagligt sigte. Det fremhæves, at disse mødefora bidrager til nemmere koordinering af opgaver på tværs samt øger kendskab og viden til egne og andres kompetencer, som kan anvendes i de monofaglige indsatser. Socialrådgiverne fremhæver, at tværfagligheden øger deres viden om senfølger efter kræft, som de kan inddrage i den socialfaglige indsats. De sundhedsprofessionelle peger på, at tværfagligheden giver en bedre forståelse af det lovgivningsmæssige og fremtidige muligheder i relation til beskæftigelse.
3. **Tæt fysisk placering:** I casene fra kommunalt regi fremhæves dét at være fysisk placeret under samme tag som en fremmede faktor. Kort fysisk afstand muliggør, at medarbejderne nemt og dagligt kan trække på hinandens faglighed og erfaring. Endvidere muliggør tæt fysisk placering hurtig og effektiv drøftelse af problemstillinger omkring borgerene, og borgerne kan derved få et hurtigt og koordineret svar, så de kan få elimineret usikkerheden, og dermed få overskud til at forholde sig til andre aspekter af rehabiliteringen.
4. **Politisk- og ledelsesmæssig opbakning:** Politisk opbakning til omorganisering og nytænkning af sundheds- og beskæftigelsesområdet anses for at være en forudsætning for at lykkes. Denne vigtighed underbygges af workshopdeltagerne, der pegede på, at manglende politisk opbakning var en af grundene til, at det ville være svært at etablere lignende modeller, som i Aalborg Kommune og Københavns Kommune, i deres kommune. Slutteligt beskrives ledelse, der går forrest, og sætter tværfaglighed højt ved bl.a. at prioritere tid til tværfaglige møder.

6. Workshop med patientrepræsentanter og fagprofessionelle

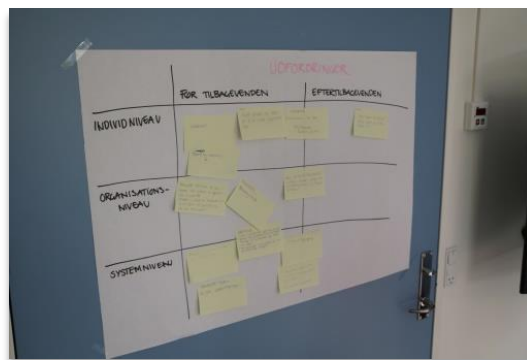
I alt deltog 50 erhvervsaktive borger, der har haft kræft, og fagprofessionelle fra arbejdsmarkeds- og rehabiliteringsområdet på workshoppen. Den eksakte fordeling mellem patientrepræsentanter og fagprofessionelle kan ikke opgøres, da det viste sig, at en del af patientrepræsentanterne ikke var tilmeldt under denne kategori. Blot seks workshopdeltagerne havde sundhedsfaglig baggrund, og hovedparten af de fagprofessionelle havde dermed en socialfaglig baggrund.

Formålet med at inddrage både de tidligere kræftsyge og fagprofessionelle var, at få deres perspektiver på hvordan klinisk praksis på tværs af rehabiliterings- og beskæftigelsesområdet bedst muligt støtter borgere med kræft, som skal vende tilbage til deres daglige arbejde. Workshoppen havde dermed til formål, at supplere den eksisterende videnskabelige litteratur med klinisk evidens (39), således at de fremtidige fokusområder og indsatser kvalificeres yderligere.

Workshoppen var delt op i to. Første del af workshoppen bestod af en række faglige oplæg (se Bilag 1), der dannede afsæt for anden del af workshoppen. Den anden del bestod af gruppedrøftelser, hvor formålet var, at belyse hvilke succeser og udfordringer deltagerne har oplevet i deres arbejde eller personlige liv i forbindelse med kræft og tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Inden workshoppen blev deltagerne opfordret til at reflektere over følgende:

- En væsentlig udfordring du har oplevet i dit personlige liv eller arbejdsliv i forbindelse med livstruende sygdom og tilknytning til arbejdsmarkedet på enten individ-, organisations- og systemniveau

På selve dagen blev deltagerne inddelt i seks grupper med en facilitator i hver gruppe. For at strukturere deltageres erfaringer og perspektiver blev der taget udgangspunkt i Gensby et al.'s taksonomi, der kan anvendes til at klassificere interventioner, der fremmer tilknytning til arbejde på individ-, organisations- og systemniveau både før og efter tilbagevenden til arbejde (40). Hver gruppe fik uddelt en stor planche, hvorpå den før omtalte taksonomi var illustreret (se billedet til højre). Alle deltagerne blev bedt om at nedskrive henholdsvis deres succesfulde oplevelser og væsentlige udfordringer på post-it sedler og placere dem i de respektive felter på planchen. Derefter blev post-it sedlerne gennemgået i plenum i gruppen og dannede udgangspunkt for gruppediskussioner.



Efterfølgende blev der lavet en gennemgang og sammenfatning af det samlede materiale fra workshoppen. Med udgangspunkt i dette blev der foretaget en analyse med henblik på at kategorisere deltageres oplevede udfordringer med livstruende sygdom og tilknytning til arbejdsmarkedet i temaer. Denne analyse præsenteres i nedenstående afsnit 6.1. og danner baggrund for de fremtidige indsatser, som præsenteres i afsnit 7.



6.1. Resultaterne fra workshopen

I nedenstående præsenteres workshopdeltagernes oplevede udfordringer med livstruende sygdom og tilknytning til arbejdsmarkedet på enten individ-, organisations- og systemniveau inddelt i tre hovedområder.

6.1.1. Arbejdspladsen og arbejdsgiver

Manglende kendskab til og forståelse for senfølger ved kræft på arbejdspladser

Workshopdeltagerne udtrykker, at de oplever, at arbejdspladserne har manglende forståelse for senfølger. Særligt opleves det udfordrende, når medarbejderen er erklæret rask, men ikke er rask grundet fortsat tilstedeværelse af senfølger. Når medarbejderen er erklæret rask, opleves det at arbejdsgiveren forventer, at medarbejderen kan løse opgaver som før. Der opstår dermed ofte uoverensstemmelse mellem arbejdsgiverens forventninger og medarbejderens faktiske arbejdsevne. Workshopdeltagerne påpeger, at muligheden for at komme i praktik på egen arbejdsplads i fire uger opleves som et godt redskab til at mindske denne uoverensstemmelse.

Mindre virksomheder og selvstændig erhvervsdrivende

Der er behov for et særligt fokus på de borgere, der er ansat i mindre virksomheder, og/eller er selvstændig erhvervsdrivende. På workshopen beskrives det, at mange mange selvstændigt erhvervsdrivende er nødt til at opgive deres virksomhed under deres sygdomsforløb, og at mindre virksomheder mangler erfaring i at håndtere sygefrevær. Dette understøttes af forskning der viser, at arbejdspladsens størrelse har betydning for den enkeltes mulighed for at vende tilbage (8). Mellemstore virksomheder (under 250 ansatte), små virksomheder (under 50 ansatte) samt mikro virksomheder (under 10 ansatte) har sværere ved støtte samt gøre det muligt for den kræftsyge borger at vende tilbage sammenlignet med store virksomheder (8). Derudover opleves det, at arbejdet for de selvstændigt erhvervsdrivende i meget høj grad er en del af deres liv og deres identitet. Dermed opleves det også, at være svært at overbevise disse personer om, at der findes andre typer jobs som almindelig lønmodtager.

6.1.2. Fagprofessionelle

Manglende kendskab til og forståelse for senfølger ved kræft i jobcentre

Både Københavns Kommune og Aalborg Kommune understreger, at kendskab til og forståelse for senfølger er væsentlig for at kunne understøtte borgerens tilbagevenden til arbejde bedst muligt. Dette bakkes op af både REHPAs og deltagerne på workshoppens erfaringer. Er borgeren tilknyttet en socialrådgiver, der har indsigt og viden om kræftsygdomme og senfølger, kan de bedre tage en socialfaglig vinkel til borgerens konkrete sygdomssituation. Forankring i en rehabiliteringsenhed, der tilbyder kræftrehabilitering og organisering i tværfaglige teams, kan være en måde hvorpå dette kendskab opnås.

Manglende viden om sociale, uddannelses- og beskæftigelsesmæssige forhold blandt sundhedsprofessionelle

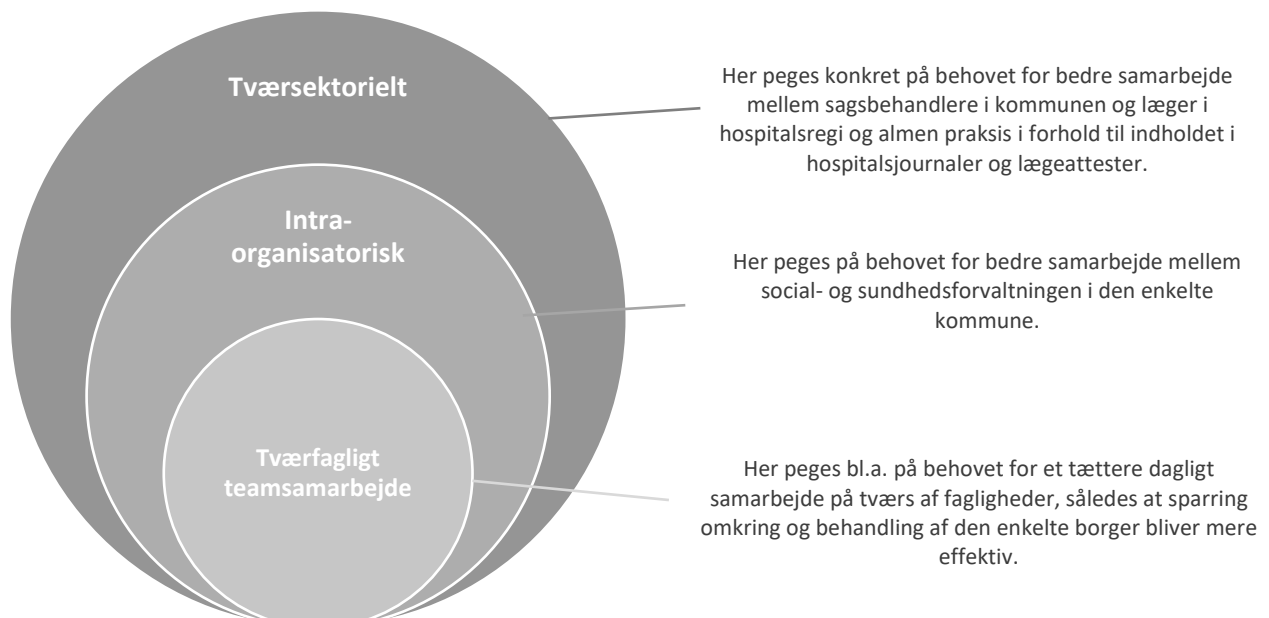
Socialrådgiverne fra praksis beskriver, at der opleves diskrepans mellem dét sundhedsprofessionelle fortæller borgerne omkring tilbagevenden til arbejde, og dét der kan lade sig gøre under den gældende lovgivning. Foruden udfordringer i det tværfaglig samarbejde så belastes den kræftsige borger af modsatrettede informationer. Det afgørende er, at sundhedsprofessionelle er klædt på til at svare på basale spørgsmål om social-, uddannelses- og beskæftigelsesmæssige forhold. Dette er særligt afgørende i kommuner, hvor de to myndigheder ikke er huset under samme tag. Involvering af en socialrådgiver tidligt i forløbet kan være et svar på denne udfordring.

6.1.3. Organisatorisk

Manglende samarbejde og koordinering på tværs af sundheds- og beskæftigelsesområdet

Senfølgerne efter kræft er mangeartede, og de manifesterer sig både som fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle problemer, og kræver derfor indsatser fra forskellige fagpersoner, hvilket *Forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft* også anbefaler på baggrund af litteraturgennemgang og fra praksiserfaring. Når forskellige faggrupper skal varetage forskellige opgaver, kræver det både koordinering og samarbejde. Workshopdeltagerne peger på, at der er behov for øget koordinering og samarbejde på flere organisatoriske planer for at lykkes med et bedre samarbejde omkring den arbejdsrettede indsats (se Figur 3). Dette understøttes af erfaringer fra Aalborg Kommune og Københavns Kommune.

Figur 3 Organisatoriske planer hvor der peges på at det tværfaglige samarbejde bør forbedres



Forskel i tolkning af lovgivningen på tværs af kommunerne

Workshopdeltagerne er enige om, at der fra kommune til kommune eksisterer stor variation i fortolkningen af dele af lovgivningen inden for beskæftigelsesområdet. Fortolkningen og anvendelsen af de syv forlængelsesregler efter § 27 i sygedagpengelovgivningen (25) fremhæves som en af de paragraffer, som anvendes og udmøntes forskelligt i praksis.

Fokus på hurtig tilbagevenden

Et mindre politisk fokus på hastigheden af borgerens genetablering af arbejdsliv er nødvendigt. Kliniske erfaringer delt blandt deltagerne på workshoppen bekræfter dette politiske drevne fokus - at få borgerne hurtigst muligt tilbage i arbejde efter deres sygdom. Som før nævnt er processen med at vende tilbage til arbejde kompleks (27), og en succesfuld tilbagevenden er ikke nødvendigvis ensbetydende med en hurtig tilbagevenden. For tidlig tilbagevenden kan øge risikoen for, at borgeren ikke er i stand til at forblive på arbejdsmarkedet (19). Alle deltagerne i workshoppen delte denne holdning. Mange tilkendegav at arbejde under forhold, hvor succes kun blev målt på hastighed. Det er afgørende, at kommunale beslutningstagere forholder sig til de mål, der opstilles for en succesfuld beskæftigelsesindsats, da dette er medbestemmende for kvaliteten af indsatsen til borgerne.

Social ulighed

Litteraturen beskriver, at lav socioøkonomisk status er en af de væsentligste faktorer til ikke at vende tilbage til arbejde (3, 9, 41). Endvidere beskrives, at chancen for at vende tilbage til arbejdslivet er omkring fem gange højere blandt højtuddannede i forhold til lavt-uddannede (42). Dette er med til at skabe social ulighed på beskæftigelsesområdet, og workshopdeltagerne betonedede også denne problematik. Endvidere fremhæver workshopdeltagerne, at det især er svært at få borgere, som ikke har fast tilknytning til arbejdsmarkedet før kræftdiagnosen tilbage til arbejde. Et fokus på hvordan de socialt udsatte og særligt sårbare borgere kan understøttes, bliver derfor af workshopdeltagerne anset som nødvendigt.

Tilbud målrettet unge og unge voksne

På workshoppen stod det også klart frem, at det i praksis opleves, at de unge og unge voksne med kræft kan komme til at stå i en særlig vanskelig situation. Dette skyldes, at denne gruppe ofte; ikke har opnået berettigelse til sygedagpenge, grundet få eller ingen års erhvervserfaring; intet A-kasse medlemskab har eller fordi de er studerende, og dermed heller ikke er berettiget til sygedagpenge. Derudover beskrives, at de unge og unge voksne har andre udfordringer end ældre aldersgrupper fx; manglende erfaring, lav arbejdsidentitet og det at de er novicer i arbejdslivet, hvilket understøttes af forskning (43). Workshopdeltagerne beskriver problematikken forårsaget af manglende tilbud målrettet netop til denne gruppes behov. Dette understøttes af en rapport fra Kræftens Bekæmpelse, der finder at 63 % af de 822 adspurgte unge og unge voksne med kræft i mindre grad eller slet ikke havde fået den hjælp, de havde behov for i forbindelse med tilbagevenden til arbejde og uddannelse (44).

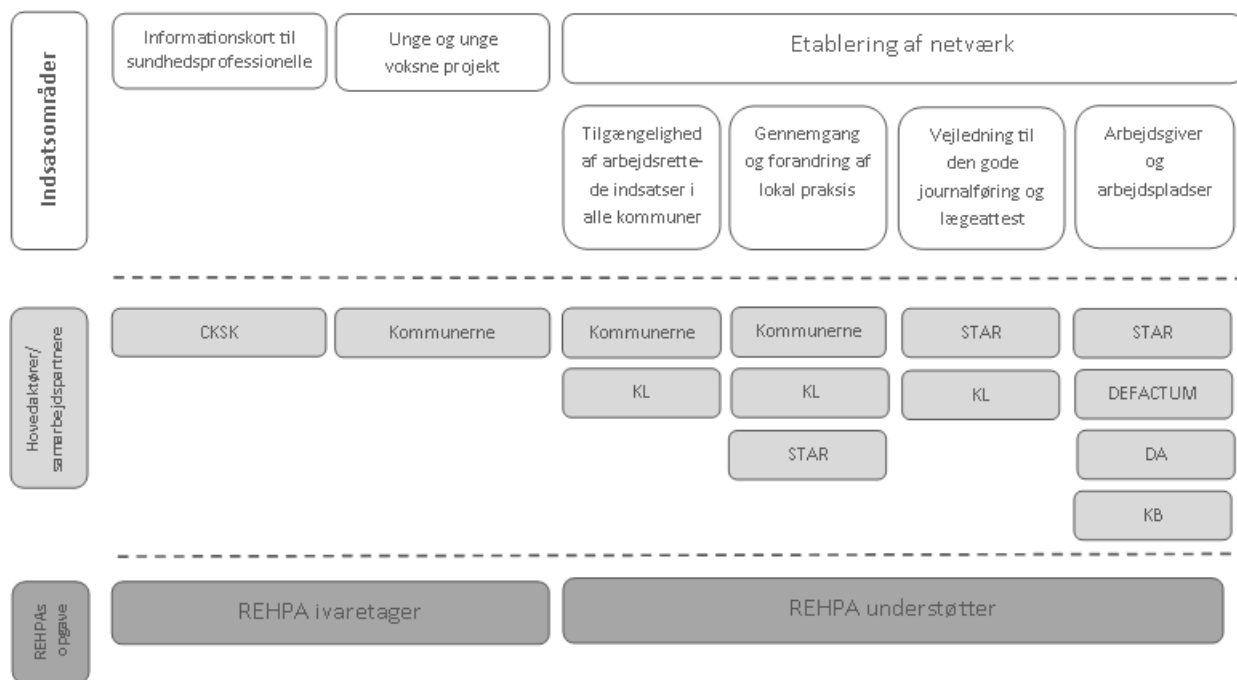
6.2. Opsamling på workshop

På workshoppen stod det klar frem, at arbejdspladser, der bliver berørt af en medarbejder, der får konstateret kræft, mangler viden om senfølger efter kræft. Derudover opleves det, at mindre virksomheder har sværere ved at håndtere sygdom i forbindelse med en kræftsygdom. Mangel på viden om senfølger efter kræft blandt socialrådgivere fremhæves også som en hæmmende faktor i forhold til tilbagevenden til arbejde under og efter en kræftsygdom. På samme måde opleves manglende viden om sociale, uddannelses- og beskæftigelsesmæssige aspekter blandt sundhedsprofessionelle som en hæmmende faktor. På det organisatoriske niveau fremhæves især manglende samarbejde og koordinering på tværs af sundheds- og beskæftigelsesområdet som vigtige aspekter for at lykkes med en optimal og effektiv genetablering af arbejdsliv efter en kræftsygdom. Derudover blev en forskellig tolkning af lovgivningen i de forskellige kommuner påpeget som problematisk, da det skaber ulighed blandt borgerne. Dertil kommer et u hensigtsmæssigt politisk fokus på, at få borgerne hurtigt tilbage i arbejde, som i nogle tilfælde forhindrer en succesfuld og varig genetablering af arbejdslivet uden tilbagefald i form af nye sygefraværsperioder. Slutteligt pegede workshopdeltagerne på, at der er særlige grupper af borgere i samfundet, der har behov for særlig støtte og fokus.

7. Fremtid

Med afsæt i perspektiver og erfaringer fra patientrepræsentanter og fagprofessionelle på den afholdte workshop samt fra ny og eksisterende forskning fremsættes i nedenstående specifikke indsatser, som fremtidige indsatser til borgere med en kræftsygdom bør efterstræbe for at optimere den arbejdsrettede indsats (se Figur 4). Nogle af indsatserne vil REHPA varetage, og andre indsatser vil REHPA understøtte og initiere.

Figur 4 Oversigt over indsatsområder samt centrale aktører og samarbejdspartnere



CKSK = Center for Kræft og Sundhed København, KL = Kommunernes Landsforening, STAR = Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering, DA = Dansk Arbejdsgiverforening, KB = Kræftens Bekæmpelse

Arbejdsrettede indsatser skal være tilgængeligt i alle kommuner

REHPA indstiller til, at alle kommuner som minimum sikrer at borgere, der får konstateret kræft og uanset bopæl, har adgang til arbejdsrettede indsatser som en del af kræftrehabiliteringen. Dette er kommunernes ansvar, og bør etableres omgående understøttet af Kommunernes Landsforening (KL).

Gennemgang og forandring af lokal praksis

Foruden at sikre en tilgængelighed for alle borgere skal indsatsen leveres, så den skaber "gode" forløb for den enkelte borger. Både eksisterende viden og kliniske erfaringer påpeger, at modeller, der tillader en tværfaglig, koordineret indsats mellem sundheds- og socialfaglige kompetencer, og som samtidig tager højde for borgernes behov og præference, er nøglen til en succesfuld genetablering af arbejdslivet efter kræftsygdom. Tiltag som fx at flytte sundheds- og socialfaglige kompetencer under samme tag og etablere tværfaglige teams har vist sig at skabe værdi for både borgere og fagpersoner. Organiseringen er med til at skabe rammerne for øget tværfagligt samarbejde, men for at lykkes er der også behov for ledelsesmæssig- og medarbejderopbakning samt implementering af samarbejdsredskaber (fx tværfaglige workshops og team- og

udviklingsmøder). Hvordan den enkelte kommune vælger at organisere rehabiliteringsindsatserne er op til kommunalbestyrelsen, da det er den, der har beslutningskompetencen (14). Således er det nødvendigt, at lokale beslutningstagere tager ansvar for og engagerer sig i implementeringsprocessen. Kommunale beslutningstagere og med understøttelse fra KL opfordres til sammen at igangsætte et nationalt fælles fokus på dette.

Forinden dette anbefales det, at undersøge og beskrive de virkefulde mekanismer i de to kommunale praksiseksempler yderligere. REHPA anbefaler, at der udarbejdes et indsatskatalog, der både beskriver organisatoriske- og ledelsesmæssige indsatser samt de tvær- og monofaglige indsatser, der leveres til borgerne. Evt. kan flere case-kommuner undersøges og beskrives for at opnå mere udtømmende viden herom.

Slutligt er der behov for at undersøge, hvordan lovgivningen kan udmøntes mere ensartet på tværs af kommunerne. Dette bør undersøges og beskrives yderligere af Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (STAR) samt understøttet af KL.

Udarbejdelse af vejledning til den gode journalføring og lægeattest

Lægejournaler fra hospitalsregi og lægeattesterne er centrale redskaber i den kommunale sagsbehandling på beskæftigelsesområdet (45, 46). Lægernes opgave er, at afgive de fornødne lægelige oplysninger, mens det socialfaglige personale har til opgave at vurdere oplysningerne i forhold til lovgivningen og sociale forhold (46). Fokuserer lægejournalen eller lægeattesten kun på kræftsygdommen uden at forholde sig til funktionsevne, vil de kommunale sagsbehandlere have et ufuldstændigt billede af borgeren til at iværksætte arbejdsrettet rehabilitering ud fra. Borgeren kan godt være erklæret rask, men have senfølger som gør, at borgeren endnu ikke er i stand til at varetage et arbejde. Det problematiske er, at socialrådgiverne ikke kan dokumentere dette, og borgeren kan dermed blive sendt for tidligt tilbage i arbejde. Forudsætningen for et vellykket socialt-lægeligt samarbejde er derfor kvaliteten af journalerne og attesternes indhold.

Der er derfor behov for, at arbejde med lægernes kendskab til social- og beskæftigelseslovgivningen samt deres forståelse for vigtigheden af beskrivelse af borgernes funktionsevne. Det kan tage afsæt i *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* modellen, således at lægejournalerne og lægeattesterne indeholder de nødvendige og rigtige oplysninger, som socialrådgiverne har brug for, til at kunne iværksætte den mest optimale indsats. Derudover er der behov for at beskrive, hvordan socialrådgiveren kan understøtte lægen i at levere de nødvendige oplysninger. Således at forudsætningen for et hensigtsmæssigt samarbejde mellem borgeren, socialrådgiveren og lægen etableres. STAR har allerede udarbejdet en inspirationsguide om brugen af lægeattester på kontanthjælpsområdet (6), hvorfor REHPA indstiller til, at STAR med understøttelse fra KL og lægefaglige kompetencer udarbejder en tilsvarende inspirationsguide både i forbindelse med journalføring og udarbejdelse af lægeattester målrettet borgere der har eller har haft kræft.

Arbejdsgiver og arbejdspladser

Der er behov for se nærmere på hvilke muligheder, der er for at understøtte mikro-, små og mellemstore virksomheder, således at de er bedre rustet, hvis en medarbejder får konstateret kræft. En mulighed kunne være at organisere virksomhederne i klynger, hvor virksomhederne kan drage nytte af hinanden og nemmere kunne tilgå den nødvendige hjælp. REHPA anbefaler, at Dansk Arbejdsgiverforening (DA) i samarbejde med STAR kigger nærmere på dette.

Eksisterende forskning viser, at lovgivning og etablering af sygdomspolitikker i virksomhederne ikke kan stå alene. Der er behov for, at forbedre den enkelte leders kompetencer, færdigheder og viden, hvorfor der er behov for interventioner, der kan forbedre dette på individniveau. Forinden udvikling af en sådan intervention er det nødvendigt at afdække ledernes behov og præferencer for derefter at udvikle selve interventionen og slutligt afprøve og evaluere den. REHPA foreslår, at allerede etablerede forskningsenheder, der har stor erfaring og kompetence inden arbejdsrettet rehabilitering, fx DEFACTUM, undersøger muligheden for at igangsætte dette arbejde.

Som led i behovet for at øge viden om kræft og arbejdsliv samt behovet for redskaber til at kommunikere om kræft på arbejdspladsen er Kræftens Bekæmpelse allerede i gang med at udvikle en værktøjskasse til ledere, hvor de kan hente viden og redskaber om temaer som kommunikation, mellem menneskelige relationer, kræftbehandling og senfølger, politikker mv. Værktøjsskassen bliver udarbejdet på baggrund af interviews og workshops med ledere, HR-ansatte, tillidsrepræsentanter og arbejdsmiljørepræsentanter fra 170 forskellige virksomheder. Kassen forventes at lanceres som led i en landsdækkende kampagne i slutningen af 2019, og projektet vil blive evalueret i 2020.

7.1. REHPAs fremtidige aktiviteter

Udarbejdelsen af informationskort til sundhedsprofessionelle

I samarbejde med CKSK vil REHPA igangsætte udarbejdelsen af informationskort, der kan udleveres til sundhedsprofessionelle for at øge deres viden om sociale, uddannelses- og beskæftigelsesmæssige forhold i forbindelse med tilbagevenden til arbejdsmarkedet efter kræft. Informationskortene skal øge ensartet information, der gives til borgere med en kræftsygdom på tværs af sundheds- og socialfaglige medarbejdere.

Målrettet indsats til unge og unge voksne med kræft

REHPA har i januar 2019 igangsat et stort forskningsprojekt, der vil udvikle en målrettet tværfaglig rehabiliterende indsats til unge, som bygger på bedste evidens og teori, de unge voksnes ønsker og behov samt de fagprofessionelles ekspertise. Formålet er bl.a. at støtte de unge med kræft i at vende tilbage til arbejde og uddannelse. Projektet forventes afsluttet i 2023 (47).

Etablering af netværk

For at understøtte de indsatser som REHPA som videncenter ikke er i stand til at varetage, vil REHPA etablere et nationalt netværk for fagprofessionelle fra arbejdsmarkeds- og rehabiliteringsområdet. Netværket er tænkt som et frivilligt og åbent netværk med en så heterogen sammensætning som muligt, både i forhold til faglige kompetencer, ansættelsessteder og ansættelsestyper.

I første omgang er netværket tænkt som en mulighed for at etablere arbejdsgrupper, der kan varetage arbejdet med følgende ovennævnte indsatser:

- Arbejdsrettede indsatser skal være tilgængelige i alle kommuner
- Gennemgang og forandring af lokal praksis
- Udarbejdelse af vejledning for den gode journalføring og lægeattest
- Arbejdsgiver og arbejdspladser.

Gennem etableringen af arbejdsgrupperne sikres, at der i koordineret fælleskab arbejdes for samme sag. For at netværksmedlemmerne oplever, at det er meningsfyldt at indgå i netværket fastsættes det endelige formål, struktur og treårsplan for netværket på et indledende møde, hvor REHPA er ansvarlig.

7.2. Opsummering

En grundlæggende udfordring med arbejdsrettede rehabiliteringsindsatser er, at mange forskellige sektorer, forvaltninger, myndigheder, og professioner er involverede. Dermed kan det være svært for de fagprofessionelle at have det fulde overblik over viden og praksiserfaring på tværs af disse aktører, og dermed have svært ved at initiere projekter der kan skabe reel forandring. Gennem etablering af netværket muligøres det at identificere, koordinere og målrette indsatser, der kan være med til at skabe en bedre kvalitet og sammenhæng i den fremtidige arbejdsrettede indsats i forbindelse med kræftsygdom. På sigt kan denne viden måske overføres til andre livstruende diagnosegrupper.

Litteraturliste

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2018;68(6):394-424.
2. Cancerregisteret. Tabel over nye kræfttilfælde [Available from: <http://www.esundhed.dk/sundhedsregistre/CAR/CAR01/Sider/Tabel.aspx>].
3. Mehnert A. Employment and work-related issues in cancer survivors. *Critical reviews in oncology/hematology*. 2011;77(2):109-30.
4. Kennedy F, Haslam C, Munir F, Pryce J. Returning to work following cancer: a qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer. *European journal of cancer care*. 2007;16(1):17-25.
5. Peteet JR. Cancer and the meaning of work. *General hospital psychiatry*. 2000;22(3):200-5.
6. Paludan-Müller L. Arbejdets betydning og identitet. In: Goli M, Hansen L, editors. *Beskæftigelsespolitik og socialt arbejde: i teori og praksis*. 2. ed. København: Hans Reitzel; 2018.
7. Spelten ER, Sprangers MA, Verbeek JH. Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: a literature review. *Psycho-oncology*. 2002;11(2):124-31.
8. European Agency for Safety and Health at Work. *Rehabilitation and return to work after cancer — instruments and practices*. Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA); 2018.
9. van Muijen P, Weevers NL, Snels IA, Duijts SF, Bruinvels DJ, Schellart AJ, et al. Predictors of return to work and employment in cancer survivors: a systematic review. *European journal of cancer care*. 2013;22(2):144-60.
10. de Boer AG, Taskila T, Ojajarvi A, van Dijk FJ, Verbeek JH. Cancer survivors and unemployment: a meta-analysis and meta-regression. *Jama*. 2009;301(7):753-62.
11. Sundhedsstyrelsen. *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.
12. Sundhedsstyrelsen. *Helhedsorienterede beskæftigelsesindsatser med fokus på sundhed*. København: Sundhedsstyrelsen; 2019.
13. de Boer AG, Taskila TK, Tamminga SJ, Feuerstein M, Frings-Dresen MH, Verbeek JH. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2015(9):Cd007569.
14. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. *Vejledning om kommunal rehabilitering*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2011.
15. Thuesen J, Rossau HK, Frausing S, Tang LH, Mikkelsen TB. *Kræftrehabilitering i Danmark. Kortlægning af praksis på hospitaler og i kommuner*. Nyborg: REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation; 2017.
16. Nielsen AF, Zinckernage L, Tofte JB, Timm H. Cancer survivors on the process of returning to work: a Danish focus group study. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2019.
17. Damslund L, Aabo M, Jensen J, Damm M, Vibe-Petersen J. *Kræftsygdom og tilbagevenden til arbejde. Samspillet mellem kræftramte og arbejdspladsen*. København: Center for Kræft og Sundhed København 2019.
18. Taskila T, Lindbohm ML, Martikainen R, Lehto US, Hakanen J, Hietanen P. Cancer survivors' received and needed social support from their work place and the occupational health services. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. 2006;14(5):427-35.

19. Stergiou-Kita M, Pritlove C, Holness DL, Kirsh B, van Eerd D, Duncan A, et al. Am I ready to return to work? Assisting cancer survivors to determine work readiness. *Journal of cancer survivorship : research and practice*. 2016;10(4):699-710.
20. Franche RL, Corbiere M, Lee H, Breslin FC, Hepburn CG. The Readiness for Return-To-Work (RRTW) scale: development and validation of a self-report staging scale in lost-time claimants with musculoskeletal disorders. *Journal of occupational rehabilitation*. 2007;17(3):450-72.
21. Aagesen M. Readiness for return to work among cancer survivors attending rehabilitation. A quantitative exploratory study. [Speciale i Fysioterapi]. In press 2018.
22. Stapelfeldt CM, Momsen AH, Lund T, Gronborg TK, Hogg-Johnson S, Jensen C, et al. Cross-Cultural Adaptation, Reliability and Validity of the Danish Version of the Readiness for Return to Work Instrument. *Journal of occupational rehabilitation*. 2018.
23. Greidanus MA, de Boer A, de Rijk AE, Tiedtke CM, Dierckx de Casterle B, Frings-Dresen MHW, et al. Perceived employer-related barriers and facilitators for work participation of cancer survivors: A systematic review of employers' and survivors' perspectives. *Psycho-oncology*. 2018;27(3):725-33.
24. Tiedtke CM, Dierckx de Casterle B, Frings-Dresen MHW, De Boer A, Greidanus MA, Tamminga SJ, et al. Employers' experience of employees with cancer: trajectories of complex communication. *Journal of cancer survivorship : research and practice*. 2017;11(5):562-77.
25. Bekendtgørelse af lov om sygedagpenge, (2018).
26. Sundhed.dk. Sygemeldt, sygefraværs- samtale med arbejdsgiver, fastholdelsesplan, mulighedserklæring [Available from: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/sociale-ydelser/sociale-ydelser/sygdom/sygemeldt-sygefravaerssamtale-med-arbejdsgiver-fastholdelsesplan-mulighedserklaering/>].
27. Feuerstein M, Todd BL, Moskowitz MC, Bruns GL, Stoler MR, Nassif T, et al. Work in cancer survivors: a model for practice and research. *Journal of cancer survivorship : research and practice*. 2010;4(4):415-37.
28. Labriola M. Conceptual framework of sickness absence and return to work, focusing on both the individual and the contextual level. *Work* (Reading, Mass). 2008;30(4):377-87.
29. Regeringen. Aftale om en reform af førtidspension og fleksjob 2012 [Available from: https://star.dk/media/8043/aftale_fop-pdf.pdf].
30. Pedersen P, Aagesen M, Tang LH, Bruun NH, Zwisler A, Stapelfeldt CM. The risk of being granted disability pension among incident cancer patients up to five years after diagnosis before and after a structural reform: A Danish population-based cohort-study. 2018. [Submittet]
31. Bekendtgørelse af lov om en aktiv beskæftigelsesindsats, (2016).
32. Bekendtgørelse af lov om kompensation til handicappede i erhverv m.v., (2009).
33. Bekendtgørelse af lov om social pension, kapitel 3, (2017).
34. Center for Kræft & Sundhed København. Om Center for Kræft & Sundhed København [Available from: <http://www.kraeftcenter-kbh.dk/om>].
35. Aalborg kommune. Kræft [Available from: <https://sundhedscenter.aalborg.dk/kronisk-sygdom/kraeft>].
36. Kræftens Bekæmpelse. 10 års forskning og udvikling på RehabiliteringsCenter Dallund. København: Kræftens Bekæmpelse; 2011.

37. Johnson J, Klein LL. I Can Cope: Staying Healthy with Cancer. 2 ed: Wiley; 1994.
38. Grahn G. "Learning to cope"--an intervention in cancer care. Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer. 1993;1(5):266-71.
39. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ (Clinical research ed). 1996;312(7023):71-2.
40. Gensby U, Labriola M, Irvin E, Amick BC, 3rd, Lund T. A classification of components of workplace disability management programs: results from a systematic review. Journal of occupational rehabilitation. 2014;24(2):220-41.
41. Carlsen K, Dalton SO, Diderichsen F, Johansen C. Risk for unemployment of cancer survivors: A Danish cohort study. European journal of cancer (Oxford, England : 1990). 2008;44(13):1866-74.
42. Carlsen K, Oksbjerg Dalton S, Frederiksen K, Diderichsen F, Johansen C. Cancer and the risk for taking early retirement pension: a Danish cohort study. Scandinavian journal of public health. 2008;36(2):117-25.
43. Parsons HM, Harlan LC, Lynch CF, Hamilton AS, Wu XC, Kato I, et al. Impact of cancer on work and education among adolescent and young adult cancer survivors. Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology. 2012;30(19):2393-400.
44. Kræftens Bekæmpelse. At være ung og få kræft. En spørgeskemaundersøgelse af de unges behov og oplevelser under og efter sygdom og behandling. København: Kræftens Bekæmpelse; 2015.
45. Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering. Inspirationsguide om brugen af lægeattester på kontanthjælpsområdet. København: Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering; 2018.
46. Lægeforeningen og Kommunernes Landsforening. Socialt-lægeligt samarbejde. 2016.
47. REHPA. Nyt forskningsprojekt skal hjælpe unge kræftoverlevende 2019 [Available from: <http://www.rehpa.dk/2019/01/24/kraeftens-bekaempelse-bevilliger-penge-til-projekt-der-stoetter-unge-kræftoverlevende/>].

Formidling

Herunder ses en oversigt over allerede udgivene og planlagte publikationer samt anden videnskabelig formidling fra REHPA i relation til projektet.



Tabel 4 Oversigt over formidling af projektets resultater

SPECIALE

2018

Aagesen M. Readiness for return to work among cancer survivors attending rehabilitation: A quantitative exploratory study. Cand.scient i fysioterapi, Syddansk Universitet

PRÆSENTATIONER

2019

Stapelfeldt C. The risk of being granted disability pension among incident cancer patients up to five years after diagnosis before and after a structural reform: A Danish population-based cohort-study. Work Disability Prevention and Integration Conference, Odense, Danmark, 4.-7. juni.

2018

Tofte J, Aagesen M. REHPAs erfaringer fra internatophold for erhvervsaktive borgere med livstruende sygdom. Workshop om arbejdsfasholdelse og livstruende sygdom, REHPA, Nyborg, 24. oktober.

Aagesen, M. Readiness for return to work among cancer survivors attending rehabilitation. 5th Nordic Work and Rehabilitation Conference, Oslo, Norge, 1.-3. oktober.

PEER-REVIEWED ARTIKLER

2018

Pedersen P, Aagesen M, Tang LH, Bruun NH, Zwisler AD, Stapelfeldt CM. The risk of being granted disability pension among incident cancer patients up to five years after diagnosis before and after a structural reform: A Danish population-based cohort-study. [Submitteret]

Nielsen AF, Zinckernagel L, Tofte JB, Timm H. Cancer survivors on the process of returning to work: A Danish focus group study. Scand J Work Environ Health. 2019 Jan 8. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3794>

MANUSKRIFT UNDER UDARBEJDELSE

STATUS FEBRUAR 2019

Aagesen M, Tang LH, Tofte JB, la Cour K, Christensen J, Zwisler AD. Readiness for return to work among cancer survivors attending rehabilitation: A quantitative exploratory study. [Manus under udarbejdelse]

REHPA NOTAT

2019

Aagesen M, Tofte J, Nielsen AF, Zwisler AD, Tang LH. Godt tilbage til arbejde efter livstruende sygdom: Viden fra forskning og praksis. Nyborg: REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation; 2019.

Bilag

Bilag 1 Program for workshop



PROGRAM

- 10.00 - 10.10 Velkomst og præsentation af dagens program og oplægsholdere, v. centerleder, professor Ann-Dorthe Zwisler, REHPA
- 10.10 - 10.40 Hvad ved vi om arbejdsfastholdelse og kræft?, v. forskere Christina Stapelfeldt og Pernille Pedersen, DEFACTUM
- 10.45 - 11.10 Kræftrehabilitering: Aalborg-modellen. Fastholdelse på arbejdsmarkedet i et samarbejde på tværs af forvaltninger, v. socialrådgiver og jobcenterrådgiver, Christina Stiller Iversen, Aalborg Sundhedscenter
- 11.10 - 11.25 Kort pause
- 11.25 - 11.55 Job og Rehabilitering, Nyborg Jobcenter – helheder og samarbejde er rammen, v. socialrådgiver Jette Petersen og sagsbehandler Mette H. Agerbeck, Jobcenteret, Nyborg Kommune
- 12.00 - 12.30 Arbejdsfastholdelse set ud fra tre perspektiver: borger, kollega og arbejdsgiver, v. socialrådgiver og coach Mette Aabo, Center for Kræft og Sundhed, København
- 12.30 - 13.15 Frokost
- 13.15 - 13.45 REHPAs erfaringer fra internatophold for erhvervsaktive borgere med livstruende sygdom, ved socialrådgiver Jan Tofte og forskningsassistent Maria Aagesen, REHPA
- 13.45 - 14.00 Oplæg til gruppedrøftelser
- 14.00 - 14.15 Kaffepause og find ud til lokaler for gruppedrøftelser
- 14.15 - 15.00 Gruppedrøftelser
- 15.00 - 15.30 Afsluttende drøftelser og perspektiver for fremtiden

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



www.facebook.com/REHPA.DK



www.twitter.com/rehpa_dk



www.linkedin.com/company/3306677