



## **Tværasektorielt samarbejde og behovsvurdering i forbindelse med rehabilitering og palliation til mennesker med kræft**

Fokus på Region Hovedstaden

## **Tværasektorielt samarbejde og behovsvurdering i forbindelse med rehabilitering og palliation til mennesker med kræft**

Forfattere: Henriette Knold Rossau, Tina Broby Mikkelsen og Jette Thuesen

Copyright © 2018

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. 8

Oktober 2018

1. udgave

ISBN: 978-87-93356-33-7 (online)

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

Vestergade 17

5800 Nyborg

Telefon 21 81 10 11

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

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

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

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

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

## Forord

Nærværende notat fra REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation belyser det tværsektorielle samarbejde i forbindelse med rehabilitering og palliation til patienter med kræft i Region Hovedstaden. Opgørelsen baseres på specifikke data for Region Hovedstaden fra en kortlægning af rehabilitering og palliation i forbindelse med kræftsygdom. Samlede resultater fra denne kortlægning kan findes som rapport på REHPAs hjemmeside, [www.rehpa.dk](http://www.rehpa.dk).

Notatet henvender sig primært til arbejdets bestiller – Region Hovedstaden. Notatet kan endvidere læses af ledere, klinikere, udviklingskonsulenter og beslutningstagere, der har interesse i at følge processen med implementering af *Forløbsprogram for Rehabilitering og Palliation i forbindelse med Kræft* i Region Hovedstaden og andre steder i landet.

Vi vil gerne rette en stor tak til respondenter, som tog sig tid til at besvare kortlægningen af kræftrehabilitering i Danmark. Besvarelsene er grundlæggende for det vigtige arbejde med at udbrede rehabilitering til mennesker med en kræftsygdom.

Notatets indhold er gennemgået af Louise Meinertz Jakobsen, Sektionen for Sundhedsfremme og Forebyggelse, Region Hovedstaden.

*Karen la Cour*

Forskningsgruppeleder, professor mso

## Indhold

<b>Forord</b> .....	<b>3</b>
<b>Indhold</b> .....	<b>4</b>
<b>Resumé</b> .....	<b>5</b>
<b>Introduktion</b> .....	<b>7</b>
Baggrund.....	7
<b>Metode</b> .....	<b>8</b>
<b>Resultater</b> .....	<b>8</b>
Tværsektorielt koordinerede og sammenhængende rehabiliteringsforløb i Region Hovedstaden .....	10
Behovsvurdering på sengeafdelinger og ambulatorier i Region Hovedstaden .....	13
<b>Diskussion</b> .....	<b>16</b>
Tværsektorielt samarbejde i Region Hovedstaden .....	16
Behovsvurdering i Region Hovedstaden .....	16
Nedslagspunkter .....	16
Metodemæssige begrænsninger .....	18
<b>Konklusion</b> .....	<b>18</b>
<b>Referencer</b> .....	<b>19</b>

## Resumé

### Introduktion

I 2016-2017 gennemførte REHPA en kortlægning af kræftrehabilitering i Danmark blandt landets hospitaler og kommuner. På foranledning af Region Hovedstaden har REHPA på baggrund af denne kortlægning fremlagt et udsnit af data specifikke for Region Hovedstaden. Region Hovedstaden vil anvende disse i samordningsudvalgenes videre arbejde med implementering af *Forløbsprogram for Rehabilitering og Palliation i forbindelse med Kræft*, som Sundhedsstyrelsen netop har revideret og genudgivet. Formålet med notatet er at belyse status for det tværsektorielle samarbejde, herunder behovsvurdering, i forbindelse med kræftrehabilitering i Region Hovedstaden.

### Metode

Den nationale kortlægning blev gennemført som en elektronisk spørgeskemaundersøgelse. Data, omhandlende tværsektorielt samarbejde og behovsvurdering i Region Hovedstaden, er trukket ud fra den nationale kortlægning og opgjort deskriptivt.

### Resultater

Mulighederne for koordinerede og sammenhængende rehabiliteringsforløb opleves forskelligt; 67 % sengeafdelinger og ambulatorier, to ud af ni terapiafdelinger og for kommunerne 39 % ift. hospitalerne og 68 % ift. almen praksis, oplever mulighederne som 'helt' eller 'delvist tilstrækkelige'. Blandt både hospitaler og kommuner angives de væsentligste barrierer for det tværsektorielle samarbejde at være '*manglende kendskab til tilbud i kommunerne, manglende samarbejde om individuelle forløb*' og '*manglende samarbejde om de organisatoriske rammer for sammenhængende rehabiliteringsforløb*'.

Halvdelen af Region Hovedstadens sengeafdelinger og ambulatorier vurderer, at mere end halvdelen af patienterne tilbydes behovsvurdering, og 60 % af afdelingerne vurderer, at over halvdelen tager imod tilbuddet. '*Manglende tid til opgaven*' angives som den altovervejende barriere for at udgøre behovsvurdering. Derudover afspejler andre angivne barrierer, at der blandt de sundhedsprofessionelle fortsat hersker tvivl om, hvordan opgaven med behovsvurdering skal gennemføres (fx *hvor* (fysiske rammer), *hvordan* (kompetencer) og *hvem* (patienter) skemaet kan anvendes til), og hvorvidt indsatsen tilgængelige i kommunerne kan modsvare identificerede behov. 80 % procent af afdelingerne angiver, at behovsvurderinger fører til tværsektorielle henvisninger til kommunen (REF01 eller genoptræningsplan), når der er udarbejdet behovsvurdering af en patient.

### Diskussion

Overordnet går det i Region Hovedstaden godt med: 1) '*initiativer til koordinering og sammenhængende rehabiliteringsforløb*', hvor initiativer er fuldt eller delvist indarbejdet mange steder; samt 2) '*henvisningsveje*', hvor hovedparten af afdelingerne kontakter kommunen via REF01 eller genoptræningsplan på baggrund af behovsvurdering. Omvendt er der potentiale for forbedring i forhold til:

1) *'muligheder og barrierer for tværsektorielt sammenhængende rehabiliteringsforløb'*, hvor opfattelsen af samarbejdet tværsektorielt opleves ganske forskelligt af hospitaler og kommuner; 2) *'behovsvurdering'*, hvor en stor del af kræftramte hhv. ikke tilbydes eller ikke tager imod tilbud om behovsvurdering; samt 3) *'henvisningsveje'*, hvor der er brug for en større ensartethed.

## **Konklusion**

Selvom initiativer til koordinerede og sammenhængende forløb, herunder behovsvurdering, flere steder er indarbejdet i Region Hovedstaden, er der stadig et stort behov for at udvikle tværsektorielt samarbejde i forhold til rehabilitering og palliation.

## Introduktion

I 2016-2017 udførte REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation en kortlægning af kræftrehabilitering i Danmark, hvor hospitaler og kommuner i hele landet blev inviteret til at besvare spørgeskemaer omhandlende rehabiliterende og palliative indsatser til kræftpatienter.

På baggrund af denne kortlægning og foranlediget af Region Hovedstaden har REHPA i nærværende notat fremlagt udvalgte data, specifikke for Region Hovedstaden, vedrørende tværsektorielt samarbejde om kræftrehabilitering og behovsvurdering, som kan bidrage til tværsektoriel koordinering. Notatet må forventes at være et øjebliksbillede, som kan ændres over tid givet organisatoriske eller andre forandringer.

Formålet med notatet er at belyse status for det tværsektorielle samarbejde, herunder behovsvurdering, i forbindelse med kræftrehabilitering i Region Hovedstaden.

## Baggrund

I 2012 udkom *Forløbsprogram for Rehabilitering og Palliation i forbindelse med Kræft* [1], som netop er udgivet i en revideret version [2]. I forløbsprogrammet lagdes vægt på koordineringen på tværs af primær- og sekundær sektor for at sikre sammenhængende forløb af høj kvalitet for den enkelte kræftpatient og dennes pårørende [1].

Efter offentliggørelsen af forløbsprogrammet i 2012 udarbejdede Region Hovedstaden, på lige fod med de fire andre danske regioner, sin egen implementeringsplan [3]. Implementeringsplanens formål var at konkretisere forløbsprogrammet regionalt, foreslå implementeringsaktiviteter og understøtte igangsættelse af implementeringen. Implementeringen af forløbsprogrammet er forankret i Region Hovedstadens sundhedsaftaler. Sundhedsaftalerne indgået mellem regioner og kommuner har bl.a. til formål at sikre sammenhæng og koordinering af patientforløb, der går på tværs af sektorer, samt sikre en entydig arbejdsdeling og effektiv kommunikation der bidrager til hensigtsmæssige rammer for samarbejdet mellem sektorerne [3].

Notatet her indgår i Region Hovedstadens opsamling på eksisterende viden om implementering af forløbsprogrammer inden for forskellige kroniske sygdomme, herunder kræft, og der præsenteres således udvalgte data og analyser fra den nationale kortlægning. Opsamlingen er et led i monitorering af implementeringen af forløbsprogrammerne og skal bruges i det videre arbejde med udvikling af området, som regionens samordningsudvalg står for. I Region Hovedstaden er der fem samordningsudvalg, sammensat af ledelsesrepræsentanter fra kommuner, hospitaler, repræsentanter fra almen praksis og fra Region Hovedstaden, som skal sikre konkretisering og implementering af sundhedsaftalens indsatser, herunder forløbsprogrammernes implementering. Samordningsudvalgene skal endvidere understøtte tværsektorielt forankrede indsatser gennem lokale udviklings- og/eller forskningsprojekter [4].

## Metode

Kvantitative data vedr. behovsvurdering er trukket fra *National Kortlægning af Kræftrehabilitering* [5]. Spørgeskemaundersøgelsen på hospitaler er gennemført i perioden 6. december 2016 til 1. februar 2017, og den kommunale spørgeskemaundersøgelse er gennemført i perioden 1. juni til 1. juli 2017, hvor sundhedsprofessionelle fra sygehusafdelinger og kommuner i bl.a. Region Hovedstaden har deltaget [5]. Spørgeskemaerne i hospitalskortlægningen er diagnosespecifikke, afgrænset til diagnoserne bryst-, prostata-, hoved-hals-, modermærke-, hæmatologisk- og hjernekræft. Den kommunale kortlægning er ikke diagnosespecifik. Afdelinger, der behandler flere af de inkluderede diagnoser, er repræsenteret flere gange, hvilket alle resultater skal ses i lyset af.

Kvantitative data er opgjort deskriptivt. De samlede data for den nationale kortlægning er præsenteret i en rapport, som er frit tilgængelig via REHPAs hjemmeside: [www.rehpa.dk](http://www.rehpa.dk) [5].

Procenter er udregnet på baggrund af besvarende hospitalsafdelinger og kommuner. Beskrivelserne tager dermed konsekvent udgangspunkt i antallet af besvarende afdelinger og kommuner. Forhold på afdelinger og i kommuner, som ikke indgår i undersøgelsen, kan ikke kommenteres.

Tabellerne præsenterer opgørelser for Region Hovedstaden samlet. I de tilfælde, hvor der har været mulighed for at angive flere svar, summer procentsatser op til mere end 100 %. Bemærk, at der ikke præsenteres procentsatser i opgørelser, hvor antallet af besvarelser er mindre end 10.

## Resultater

I Region Hovedstaden blev 28 sengeafdelinger og ambulatorier, 17 terapiafdelinger og 29 kommuner inviteret til at deltage i spørgeskemaundersøgelsen. I Tabel 1 præsenteres responsrater for henholdsvis sengeafdelinger og ambulatorier, terapiafdelinger samt kommuner, som hører under Region Hovedstaden.

**Tabel 1. Oversigt over svarprocent for henholdsvis sengeafdelinger og ambulatorier, terapiafdelinger samt kommuner i Region Hovedstaden**

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

Som det kan læses af tabellen har sengeafdelinger og ambulatorier, terapiafdelinger samt kommuner en svarprocent på henholdsvis 71 %, 53 % og 97 %.

I Tabel 2 nedenfor kan man aflæse, hvordan de besvarende sengeafdelinger og ambulatorier samt terapiafdelinger fordeler sig, i forhold til de kræftdiagnoser de behandler.



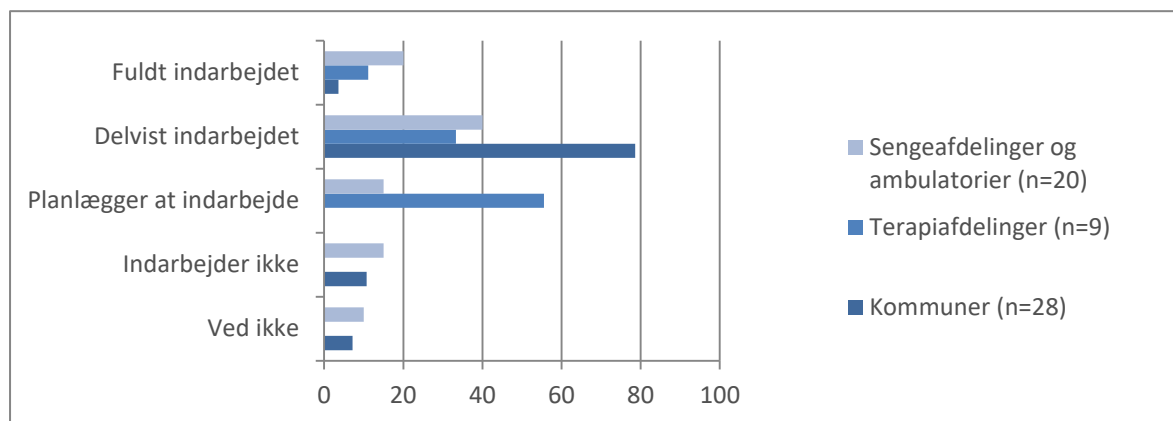
Tabel 2. Svarfordelingen på diagnosegrupper

Enhedstype og diagnosegrupper	Antal
<b>Sengeafdelinger og ambulatorier</b>	
Brystkræft	4
Hæmatologisk kræft	5
Modermærkekræft	1
Hoved-halskræft	3
Hjernekræft	3
Prostatakræft	4
I alt	20
<b>Terapiafdelinger</b>	
Brystkræft	2
Hæmatologisk kræft	1
Modermærkekræft	0
Hoved-halskræft	2
Hjernekræft	1
Prostatakræft	3
I alt	9

Det overordnede formål med *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft* var at bidrage til kvalitetssikring af den faglige indsats og koordinering af indsatsen både tværfagligt og tværsektorielt [2]. Det er derfor relevant at se på i hvor høj grad implementeringsplanens initiativer til fremme af sammenhæng er implementeret i Region Hovedstaden.

Figur 1 nedenfor præsenterer status for ikke specificerede initiativer til koordinering og sammenhængende forløb på tværs af sektorer og viser de samlede tal i procent for Region Hovedstadens sengeafdelinger, terapiafdelinger og kommuner.

**Figur 1. Initiativer til koordinering og sammenhængende forløb på tværs af hospital, kommune og almen praksis – data for Region Hovedstaden**



Samlet set har hovedparten af sengeafdelinger og ambulatorier i Region Hovedstaden (60 %, n=12) indarbejdet implementeringsplanens initiativer til koordinering og sammenhængende forløb 'fuldt' eller 'delvist', mens tre afdelinger (15 %) planlægger indarbejdelse, og de resterende fem (25 %) enten 'ikke indarbejder' eller 'ikke ved' om de indarbejder initiativer. For terapiafdelingerne ser billedet anderledes ud. Her 'planlægger' over halvdelen (n=5) af terapiafdelingerne at indarbejde initiativer, hvorimod de resterende fire afdelinger 'helt' eller 'delvist' har indarbejdet initiativer. Hovedparten af kommunerne i Region Hovedstaden har indarbejdet implementeringsplanens initiativer til koordinering og sammenhængende forløb 'fuldt' eller 'delvist' (83 %, n=23), mens de resterende fem kommuner (18 %) enten 'ikke indarbejder' eller 'ikke ved' om de indarbejder initiativer.

## Tværasektorielt koordinerede og sammenhængende rehabiliteringsforløb i Region Hovedstaden

Tabel 3 præsenterer rapporterede data angående mulighederne for tværasektorielle rehabiliteringsforløb, samt respondenternes oplevelse heraf. På hospitalsniveau er spørgsmålet betinget af, at afdelingerne har tilkendegivet at have initiativer til koordinerede og sammenhængende rehabiliteringsforløb (jf. Figur 1).

**Tabel 3. Hvordan oplever du mulighederne for koordinerede og sammenhængende tværasektorielle rehabiliteringsforløb – data for Region Hovedstadens hospitaler og kommuner**

	Helt til- strækkelige	Delvist til- strækkelige	Delvist util- strækkelige	Helt util- strækkelige	Ved ikke
	Antal (%)				
<b>Sengeafdelinger og ambulatorier* (n=15)</b>	0 (0)	10 (67)	3 (20)	0 (0)	2 (13)
<b>Terapiafdelinger* (n=9)</b>	0	2	5	0	2
<b>Kommuner ift. hospital (n=28)</b>	0 (0)	11 (39)	12 (43)	4 (14)	1 (4)
<b>Kommuner ift. almen praksis (n=28)</b>	1 (4)	18 (64)	7 (25)	1 (4)	1 (4)

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

I Tabel 3 ses det, at sengeafdelinger og ambulatorier vurderer muligheder for sammenhængende forløb på tværs af hospital og kommune noget bedre end kommuner og terapiafdelinger. Hovedparten (67 %, n=10) af sengeafdelinger og ambulatorier i Region Hovedstaden finder mulighederne for koordinerede og sammenhængende tværsektorielle rehabiliteringsforløb 'delvist tilstrækkelige', mens en femtedel (20 %, n=3) finder mulighederne 'delvist utilstrækkelige'. Ingen afdelinger angiver, at forholdene er 'helt tilstrækkelige' eller 'helt utilstrækkelige'.

De fleste terapiafdelinger i Region Hovedstaden (5 ud af 9 afdelinger) finder modsat sengeafdelinger og ambulatorier, at mulighederne er 'delvist utilstrækkelige', og blot 2 terapiafdelinger oplever mulighederne som 'delvist tilstrækkelige'. Heller ikke her angiver nogen afdelinger, at forholdene er 'helt tilstrækkelige' eller 'helt utilstrækkelige'.

For kommuner i Region Hovedstaden finder mere end halvdelen (57 %, n=16) mulighederne for koordinerede og sammenhængende rehabiliteringsforløb på tværs af kommune og hospital 'helt' eller 'delvist utilstrækkelige', mens 11 kommuner (39 %) finder mulighederne 'delvist tilstrækkelige'. Størstedelen af Region Hovedstadens kommuner vurderer mulighederne for samarbejde med almen praksis om rehabiliteringsforløb 'helt' eller 'delvist tilstrækkelige' (n=19, 68 %), mens 8 (29 %) finder mulighederne 'helt' eller 'delvist utilstrækkelige'.

Tabel 4 og 5 herunder præsenterer henholdsvis hospitalers og kommuners vurdering af barrierer for koordinerede og sammenhængende rehabiliteringsforløb tværsektorielt. Kun respondenter, der har vurderet mulighederne for koordinerede og sammenhængende rehabiliteringsforløb som 'delvist' eller 'helt utilstrækkelige' har svaret på, hvad de ser som de væsentligste barrierer for det tværsektorielle samarbejde. Således har blot tre sengeafdelinger og ambulatorier og fem terapiafdelinger i Region Hovedstaden besvaret spørgsmål for barrierer for koordinerede og sammenhængende rehabiliteringsforløb, præsenteret i Tabel 4 herunder.

Tabel 4. Hospitalernes vurdering af de væsentligste barrierer for koordinerede og sammenhængende rehabiliteringsforløb mellem hospital og kommune (og evt. almen praksis) (Op til fire krydser) – data for Region Hovedstaden

	Sengeafdelinger og ambulatorier (n=3)	Terapiafdelinger (n=5)
	Antal	
Manglende tid til koordinering og/eller samarbejde mellem hospital og kommune	1	3
Manglende procedurer på afdelingen	1	1
Manglende kendskab til kommunale rehabiliteringstilbud	2	1
Manglende kendskab til muligheder for forløbskoordination	0	0
Manglende samarbejde mellem hospital og kommune om individuelle forløb	2	0
Manglende samarbejde mellem hospital og almen praksis om individuelle forløb	2	0
Manglende samarbejde mellem hospital og kommune om de organisatoriske rammer for sammenhængende rehabiliteringsforløb	2	1
Manglende samarbejde mellem hospital og almen praksis om de organisatoriske rammer for sammenhængende rehabiliteringsforløb	2	0
Manglende ledelsesmæssig opbakning	0	0
Utilstrækkelig IT-understøttelse	0	0
Andet	0	2
Ikke relevant/ved ikke	0	1

For sengeafdelinger og ambulatoriers vedkommende angives de væsentligste barrierer (2 ud af 3 afdelinger) at være, at man mangler *'kendskab til hvilke rehabiliteringstilbud der findes i kommunerne'*, at man *'mangler samarbejde mellem hospital og henholdsvis kommune og almen praksis om individuelle forløb'*, samt at der *'mangler samarbejde mellem hospital og henholdsvis kommune og almen praksis om de organisatoriske rammer for sammenhængende rehabiliteringsforløb'*. Én af afdelingerne peger på *'manglende tid'* som en barriere, ligesom én peger på *'manglende procedurer'* som barriere.

For terapiafdelingerne er netop *'manglende tid'* den hyppigst angivne barriere (3 ud af 5 afdelinger). Derudover angiver en terapiaafdeling, at de følgende barrierer er de væsentligste for koordinerede og sammenhængende rehabiliteringsforløb: *'manglende procedurer på afdelingen'*, *'manglende kendskab til kommunale rehabiliteringstilbud'* og *'manglende samarbejde mellem hospital og kommune om de organisatoriske rammer for sammenhængende rehabiliteringsforløb'*.

Data for hvad Region Hovedstadens kommuner vurderer som de væsentligste barrierer for sammenhængende rehabiliteringsforløb ses i Tabel 5 nedenfor.

**Tabel 5. Kommunernes vurdering af væsentligste barrierer for koordinerede og sammenhængende rehabiliteringsforløb mellem kommune og henholdsvis hospitaler og almen praksis (Op til fire kryds) – data for Region Hovedstaden**

	Mellem kommune og hospital (n=16)	Mellem kommune og almen praksis (n=8)
	Antal (%)	Antal
Manglende tid til koordinering og/eller samarbejde	5 (31)	3
Manglende procedurer i kommunen	4 (25)	2
Manglende kendskab til kommunale rehabiliteringstilbud	11 (69)	4
Manglende samarbejde om individuelle forløb	10 (63)	6
Manglende samarbejde om de organisatoriske rammer for sammenhængende rehabiliteringsforløb	12 (75)	7
Manglende ledelsesmæssig opbakning	3 (19)	1
Manglende opbakning fra praktiserende læger*		6
Utilstrækkelig IT-understøttelse	6 (38)	1
Andet	1 (6)	1
Ikke relevant/ved ikke	1 (6)	0

\*Ikke en svarmulighed for spørgsmålet om barrierer for koordinerede og sammenhængende rehabiliteringsforløb mellem kommune og hospitaler.

Ifølge kommunerne er de væsentligste barrierer for koordinerede og sammenhængende rehabiliteringsforløb mellem kommune og hospital 'manglende samarbejde om de organisatoriske rammer for sammenhængende rehabiliteringsforløb' (75 %, n=12), 'manglende kendskab til kommunale rehabiliteringstilbud' (69 %, n=11) og 'manglende samarbejde om individuelle forløb' (63 %, n=10). De angivne barrierer er nogenlunde i tråd med de barrierer, hospitalerne angiver.

Koordinerede og sammenhængende rehabiliteringsforløb mellem kommune og almen praksis hindres ifølge kommunerne på samme måde oftest af 'manglende samarbejde om de organisatoriske rammer for sammenhængende rehabiliteringsforløb' (n=7), 'manglende samarbejde om individuelle forløb' (n=6) og 'manglende opbakning fra praktiserende læger' (n=6).

## Behovsvurdering på sengeafdelinger og ambulatorier i Region Hovedstaden

Behovsvurdering kan anvendes som et middel til at opnå tværsektorielt sammenhængende forløb, idet initial behovsvurdering i hospitalsregi kan føre til henvisninger ud i primær sektor. Det er derfor relevant for dette notat, at se på implementeringsgraden af behovsvurdering.

Tabel 6 nedenfor viser tal for, hvor mange patienter sengeafdelinger og ambulatorier i Region Hovedstaden vurderer henholdsvis bliver tilbudt og tager imod tilbuddet om behovsvurdering.

**Tabel 6. Anslået antal patienter som hhv. tilbydes behovsvurdering og tager imod tilbud om behovsvurdering (sengeafdelinger og ambulatorier) – data for Region Hovedstaden, n=20**

	Antal patienter, som <u>tilbydes</u> behovsvurdering	Antal patienter, som <u>tager imod</u> tilbud om behovsvurdering
	Antal (%)	
Alle patienter	3 (15)	1 (5)
Ikke alle, men over halvdelen	7 (35)	11 (55)
Under halvdelen	8 (40)	4 (20)
Ved ikke	2 (10)	4 (20)

Af Tabel 6 fremgår det, at halvdelen (50 %, n=10) af sengeafdelinger og ambulatorier i Region Hovedstaden anslår, at 'alle' eller 'over halvdelen' af patienterne bliver tilbudt behovsvurdering.

Som det ses af tabellen svarer 11 og dermed mere end halvdelen af sengeafdelinger og ambulatorier i Region Hovedstaden, at det 'ikke er alle, men over halvdelen' af patienter, som tager imod tilbuddet om behovsvurdering.

I Tabel 7 vises de handlinger sengeafdelinger og ambulatorier angiver at gennemføre på baggrund af en gennemført behovsvurdering.

**Tabel 7. Hvor ofte gennemføres følgende handlinger på baggrund af behovsvurderingen efter din vurdering? (Sengeafdelinger og ambulatorier) – data for Region Hovedstaden, n=20**

	Altid	Ofte	Sjældent	Aldrig	Ved ikke
	Antal (%)				
Henvisning til rehabiliterende (og evt. palliative) tilbud på hospitalet	1 (5)	10 (50)	7 (35)	0 (0)	2 (10)
Kontakt til praktiserende læge	1 (5)	2 (10)	10 (50)	2 (10)	5 (25)
Kontakt til kommunen via REF01 eller korrespondancemeddelelse	2 (10)	14 (70)	0 (0)	1 (5)	3 (15)
Kontakt til kommunen via genoptræningsplan	2 (10)	14 (70)	1 (5)	0 (0)	3 (15)
Indarbejdes i patientens rehabiliteringsplan <sup>1</sup> el. lign	1 (5)	1 (5)	6 (30)	3 (15)	9 (45)
Gives til patienten og er patientens eget redskab	5 (25)	5 (25)	2 (10)	2 (10)	6 (30)
Andet (n=15)	0 (0)	1 (5)	0 (0)	1 (5)	13 (65)

Sengeafdelinger og ambulatorier i Region Hovedstaden angiver hyppigst 'altid' eller 'ofte' at 'kontakte kommunen' enten via 'REF01 eller korrespondancemeddelelse' (80 %, n=16) eller via 'genoptræningsplan' (80 %, n=16), og dernæst henviser en del afdelinger 'altid' eller 'ofte' til 'rehabiliterende (og evt. palliative)

<sup>1</sup> Vi har brugt termen "rehabiliteringsplan" i stedet for forløbsprogrammets "fælles plan". Vi har i skemaet defineret rehabiliteringsplan sådan: En rehabiliteringsplan er her en skriftlig tværfaglig og tværsektoriel plan for individuelle rehabiliteringsforløb. Planen vil typisk beskrive mål for indsatser, samt hvilke handlinger der iværksættes og af hvem. En rehabiliteringsplan omfatter typisk flere indsatser end en genoptræningsplan.

*tilbud på hospitalet* (55 %, n=11). På halvdelen (50 %, n=10) af afdelingerne gives patienten behovsvurderingsskemaet, som *'patientens eget redskab'* 'altid' eller 'ofte'.

Handlinger som for de fleste 'sjældent' eller 'aldrig' gennemføres af sengeafdelinger og ambulatorier er *'kontakt til praktiserende læge'* (60 %, n=12) og dernæst *'indarbejdelse i patientens rehabiliteringsplan'* (45 %, n=9).

Det bør bemærkes, at en betragtelig andel af Region Hovedstadens sengeafdelinger og ambulatorier 'ikke ved', om behovsvurderingen *'indarbejdes i patientens rehabiliteringsplan'* (45 %, n=9) eller hvorvidt den *'gives til patienten og er patientens eget redskab'* (30 %, n=6). Dette indikerer, at det for nogle afdelinger er utydeligt hvilke handlinger, der gennemføres ved behovsvurdering. I *'andet'*-kategorien har afdelingerne haft mulighed for at beskrive, om der gennemføres andre handlinger på baggrund af behovsvurderingen. Kvalitative opgørelser over disse beskrivelser indgår ikke i dette notat, men det kan bemærkes, at 13 ud af 15 afdelinger 'ikke ved', om der udføres andre handlinger efter behovsvurdering af en patient<sup>2</sup>.

Tabel 8 nedenfor præsenterer data for, hvilke barrierer sengeafdelinger og ambulatorier i Region Hovedstaden angiver i forbindelse med behovsvurdering af patienter.

**Tabel 8. Barrierer for at tilbyde patienter behovsvurdering (sengeafdelinger og ambulatorier) (mulighed for flere krydser) – data for Region Hovedstaden, n=20**

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

Med tallene i Tabel 8 tegner der sig et billede af hvilke barrierer, der er de mest fremtrædende i Region Hovedstaden. Den hyppigst angivne barriere (65 %, n=13) for at gennemføre behovsvurderingen lader til at være *'manglende tid til opgaven'*, mens de resterende svarmuligheder fordeler sig relativt jævnt ift. hyppighed, undtagen *'manglende ledelsesmæssig opbakning'*, som ingen af afdelingerne angiver som en barriere.

<sup>2</sup> Barrierer kan være diagnosespecifikke. Vi henviser til Appendix 3 i *Kræftrehabilitering i Danmark: kortlægning af praksis på hospitaler og i kommuner* [5] for nærmere angivelse af disse analyser.

## Diskussion

### Tværasektorielt samarbejde i Region Hovedstaden

Overordnet oplever Region Hovedstadens sengeafdelinger og ambulatorier mulighederne for koordinerede og sammenhængende tværasektorielle rehabiliteringsforløb som 'delvist tilstrækkelige', mens terapiafdelingerne oftest oplever mulighederne som 'delvist utilstrækkelige'. Kommunerne oplever i forhold til hospitalerne oftest, at samarbejdet er 'delvist' eller 'helt utilstrækkeligt', mens hovedparten i forhold til samarbejdet med almen praksis anser dette for 'helt' eller 'delvist tilstrækkeligt'. Kun kommunerne har svaret specifikt for samarbejdet med almen praksis. Ser vi på, hvilke barrierer der lægges til grund, er manglende kendskab til de kommunale rehabiliteringstilbud en væsentlig barriere for de koordinerede forløb. Strukturelle faktorer, som manglende samarbejde, hindrer også koordinerede og sammenhængende forløb. Kommunernes angivelser af barrierer (Tabel 5) underbygger dette og indikerer dermed, at der er behov for flere indsatser til at lette sektorovergange i rehabilitering.

### Behovsvurdering i Region Hovedstaden

Ifølge halvdelen (n=10, 50 %) af Region Hovedstadens sengeafdelinger og ambulatoriers vurdering tilbydes mere end halvdelen af patienterne behovsvurdering. Dog er det langt fra alle patienter, som tager imod tilbuddet. Knap halvdelen af de adspurgte afdelinger (n=8, 40 %) enten ved ikke hvor mange, eller vurderer, at det er under halvdelen af patienterne, som tager imod en behovsvurdering. På baggrund af de data der er til rådighed fra kortlægningen af kræftrehabilitering i Danmark [5], er det ikke muligt at udtale sig om årsager til, at patienter takker nej til en sådan vurdering. Derimod uddybes de barrierer, der ligger til grund, når hospitalerne ikke tilbyder behovsvurdering. 'Manglende tid til opgaven' angives som den altovervejende grund. Derudover afspejler andre angivne barrierer, at der blandt de sundhedsprofessionelle fortsat hersker tvivl om, hvordan opgaven med behovsvurdering skal gennemføres (fx *hvor* (fysiske rammer), *hvordan* (kompetencer) og *hvem* (patienter) skemaet kan anvendes til), og hvorvidt indsatser tilgængelige i kommunerne kan modsvare identificerede behov. Ingen hospitalsansatte respondenter angiver, at manglende ledelsesmæssig opbakning er en barriere for at gennemføre behovsvurdering. Dette står i kontrast til et netop udgivet notat, som netop afdækker, at manglende ledelsesmæssig opmærksomhed er en væsentlig barriere ift. implementering af behovsvurdering i Region Hovedstaden – både på hospitaler og i kommuner [6].

Den hyppigste henvisningsvej til kommunen er via REF01 og genoptræningsplan, men ganske hyppigt henvises patienter også til indsatser på hospitalet. I Region Hovedstaden er behovsvurderingsskemaet *Støtte til livet med kræft* tænkt som patientens eget redskab, vedkommende kan bære med sig ud i kommunen [3], men kun halvdelen af afdelingerne angiver at bruge den mulighed og peger dermed på, at de sundhedsprofessionelle er usikre på opgavens principper, hvilket underbygges af det førromtalte notat [6].

### Nedslagspunkter

Overordnet set, svarer data for Region Hovedstaden nogenlunde til det billede, der ses i den nationale kortlægning af kræftrehabilitering i Danmark, når det gælder initiativer til fremme af sammenhængende



forløb, herunder behovsvurdering. Alligevel kan en regional opdeling yderligere informere det videre arbejde med implementering af *Forløbsprogram for Rehabilitering og Palliation* og derved understøtte prioritering af særlige indsatsområder [1].

Nærværende notats resultater peger på flere forhold. Generelt kan man sige, at Region Hovedstaden er godt i gang når det gælder:

- 1) **Initiativer til koordinering og sammenhængende forløb på tværs af hospital, kommune og almen praksis.** Her har mere end halvdelen af sengeafdelinger og ambulatorier fuldt eller delvist indarbejdet ikke specificerede initiativer, mens hovedparten af kommuner helt eller delvist har indarbejdet initiativer.
- 2) **Henvisningsveje.** Hovedparten (80 %) af sengeafdelinger og ambulatorier angiver at kontakte kommunen via REF01 eller genoptræningsplan ofte eller altid, på baggrund af behovsvurderingen, mens godt halvdelen (55 %) ofte eller altid henviser til tilbud på hospitalet. Dette skal dog ses i lyset af, at der langt fra altid udarbejdes behovsvurderinger.

På samme måde, kan notatet belyse områder, hvor der generelt er udfordringer/forbedringspotentialer:

- 1) **Muligheder og barrierer for tværsektorielle og sammenhængende rehabiliteringsforløb.** Mulighederne for samarbejde om rehabiliteringsforløb på tværs af sektorer opleves ganske forskelligt. Kommunerne er overvejende tilfredse med samarbejdet med almen praksis, men dette gør sig ikke gældende for samarbejdet med hospitalerne, og terapiafdelingerne er tilsyneladende enige heri. Sengeafdelinger og ambulatorier afspejler ikke samme opfattelse, hvilket peger på en dissonans i opfattelsen af mulighederne. Dette forhold indikerer et behov for at arbejde på udfordringen med tværsektorielt samarbejde. Ser vi på de barrierer, der angives, er det tydeligt, at der er brug for generelt at fokusere på og udvikle samarbejdet tværsektorielt og at få kendskab til kommunernes muligheder. Dette understøttes af den nationale kortlægning og af førortalte rapport om behovsvurdering i Region Hovedstaden [5]. En styrkelse af relationer, eksempelvis gennem fælles skolebænk, kan være en vej at gå.
- 2) **Behovsvurdering.** Halvdelen af sengeafdelinger og ambulatorier angiver, at de enten 'ikke ved' hvor mange patienter de tilbyder behovsvurdering, eller at de tilbyder 'under halvdelen' af patienterne behovsvurdering. Dette betyder, at en stor del af Region Hovedstadens hospitalsafdelinger ikke følger anbefalingerne givet i forløbsprogrammet. Samtidig peger antallet af patienter som anslås tager imod tilbuddet på, at der i arbejdet med behovsvurdering er mulighed for forbedring. Behovsvurdering kan med det rette fokus bidrage til tværsektorielt samarbejde, idet det kan udløse tværsektorielle henvisninger. Seksten (80 %) sengeafdelinger og ambulatorier i Region Hovedstaden angiver, at behovsvurdering altid eller ofte udløser en henvisning til kommunen ('REF01 eller genoptræningsplan'), hvilket understreger behovsvurderingens anvendelse til det tværsektorielle arbejde. Det er dog ikke givet, at en styrket

behovsvurderingspraksis vil medføre et forbedret tværsektorielt samarbejde. Det afhænger af, hvordan resultaterne af behovsvurderingen anvendes.

- 3) **Henvisningsveje.** Selvom henvisningsveje er et af de steder, hvor Region Hovedstadens hospitalsafdelinger gør det godt, er der også her brug for en større ensartethed. Der ses på tidspunktet for kortlægningen en stor andel af 'ved ikke' besvarelser, som kan være en indikator for, at sundhedsprofessionelle kan have forskellige måder at henvise på.

## Metodemæssige begrænsninger

Flere steder i notatet er tabeller dannet ud fra et meget lille datagrundlag. Dette betyder, at procentsatser og akkumulering af svar ikke altid skaber høj mening, og er et forbehold man må tage med i læsning af data.

Overordnet er besvarelserne for Region Hovedstaden ret lig de samlede nationale svarprocenter, hvor sengeafdelinger og ambulatorier, terapiafdelinger, samt kommuner, havde svarprocenter på henholdsvis 76 %, 69 % og 98 % [5] (henholdsvis 71 %, 53 % og 97 % for Region Hovedstaden alene). I hospitalsregi ligger besvarelserne dog lidt lavere for sengeafdelinger og ambulatorier og meget lavere for terapiafdelinger, hvilket sandsynligvis afspejler arbejdspress i forbindelse med implementeringen af IT-softwaren Sundhedsplatform i Region Hovedstaden siden 2016. Metodemæssigt sætter det en begrænsning, idet det ikke kan afvises, at afdelinger ramt af travlhed pga. Sundhedsplatformen leverer et anderledes tilbud end de afdelinger, som har vægtet besvarelse af kortlægningen. Det er muligt, at nogle opgaver, herunder opgaver som behovsvurdering, kan være blevet nedprioriteret i perioder med spidsbelastning. I notatet er der ikke stratificeret for diagnoser, hvilket kan betyde, at udfordringer, som er særlige for afdelinger, som arbejder med specifikke diagnoser, ikke påpeges. Grundet det lille datamateriale har vi dog valgt at afholde os fra disse analyser for at bibeholde anonymiteten.

## Konklusion

På baggrund af dette notats resultater kan det konkluderes, at selvom der er taget en lang række initiativer til koordinerede og sammenhængende forløb i Region Hovedstaden, og selv om man er nået et stykke med behovsvurdering, er der stadig stort udviklingspotentiale i arbejdet med tværsektorielt samarbejde i forhold til rehabilitering og palliation. Resultaterne vidner om, at der er brug for helt generelt at styrke det tværsektorielle samarbejde både gennem strukturelle tiltag og gennem tiltag, der fremmer kendskabet på tværs af sektorgrænser.

Data i nærværende notat giver Region Hovedstadens samordningsudvalg mulighed for at sætte ind i forhold til arbejdet med at skærpe tværsektorielt forankrede indsætser ved iværksættelse af lokale udviklingsprojekter.

## Referencer

1. Sundhedsstyrelsen (2012). *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft – del af samlet forløbsprogram for kræft*. Sundhedsstyrelsen, København.
2. Sundhedsstyrelsen (2018). *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*. Sundhedsstyrelsen, København.
3. Region Hovedstaden (2014). *Rehabilitering og Palliation ved kræft. Implementeringsplan for forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. For hospitaler, kommuner og almen praksis i Region Hovedstaden*. Region Hovedstaden.
4. Region Hovedstaden *Region Hovedstadens samordningsudvalg*. Website: <https://www.regionh.dk/Sundhedsaftale/Organisering-og-planer/arbejdsgrupper/Samordningsudvalg/Sider/Samordningsudvalg.aspx>. Besøgt 06.07.2018
5. Thuesen J, Rossau HK, Frausing S, Tang LH, Mikkelsen TB (2017). *Kræftrehabilitering i Danmark: kortlægning af praksis på hospitaler og i kommuner*. REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation, Nyborg.
6. Rossau HK, Mikkelsen TB, Hansen BC, Vinther K, Bjerrum Thisted L, Lund W, Thuesen J (2018). *Fra plan til praksis. En undersøgelse af kompetenceudvikling som led i implementering af behovsvurdering*. REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation, Nyborg, pp. 58.

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

 [www.facebook.com/REHPA.DK](https://www.facebook.com/REHPA.DK)

 [www.twitter.com/rehpa\\_dk](https://www.twitter.com/rehpa_dk)

 [www.linkedin.com/company/3306677](https://www.linkedin.com/company/3306677)

**SDU** 

  
Region  
Syddanmark