



Kræftrehabilitering i Danmark

Status og udvikling fra 2017 til 2021

**Kræftrehabilitering i Danmark.
Status og udvikling fra 2017 til 2021.**

Forfattere: Caroline Elnegaard, Tina Broby Mikkelsen, Mai-Britt Guldin
og Jette Thuesen
Copyright © 2022
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, rapport
Januar 2022

ISBN: 978-87-93356-67-2 (online)

REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation
Vestergade 17
5800 Nyborg
Telefon 21 81 10 11
Mail: rehpa@rsyd.dk
www.rehpa.dk

Rapporten har været til internt og eksternt review. Udarbejdelsen af og baggrunden for rapporten fremgår af forordet.

Rapporten kan downloades fra www.rehpa.dk

Forord

Denne rapport tegner et billede af kræftrehabilitering på danske hospitaler og i kommunerne i 2021. Kræftrehabilitering blev introduceret i Danmark omkring årtusindskiftet, og er blevet et etableret tilbud til danskere, der rammes af en kræftsygdom. Det skyldes ikke mindst en vedholdende indsats fra fagpersoner og ledere i det primære og sekundære sundhedsvæsen, fra forskere og fra politikere. Siden *Kræftplan III* i 2010 har der desuden været en stigende opmærksomhed på, at rehabilitering skal koordineres med palliative indsatser, hvor det er nødvendigt.

En af kerneopgaverne i REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation er at kortlægge og dokumentere rehabiliterings- og palliationsindsatser i regioner og kommuner. REHPA kortlagde i 2016-2017 implementering af kræftrehabilitering og har i 2021 fulgt op på kortlægningen via spørgeskemaer sendt til kommuner og relevante hospitalsafdelinger. I spørgsmålene indgår der desuden spørgsmål om palliativ indsats. Opfølgningen bekræfter, at implementeringen er nået langt – men der er stadig behov for at holde fokus på implementering af helt centrale elementer som behovsvurdering og rehabiliteringsindsatser, ligesom der er brug for at holde fokus på, at rehabilitering er til rådighed for alle målgrupper, og en fortsat udvikling af det tværsektorielle arbejde.

Rapportens temaer er behovsvurdering, faglige indsatser, tværfagligt samarbejde og koordination og sammenhængende forløb. Alt sammen vigtige elementer i rehabilitering. Temaerne kan læses hver for sig eller i sammenhæng. Desuden er der et afsnit om kvalitet og kompetencebehov hos fagpersoner i kræftrehabilitering. Målgruppen for rapporten er politikere, ledere, fagpersoner, patientorganisationer og andre, der arbejder for at styrke kræftrehabilitering i Danmark.

Rapporten indeholder desuden en opsummering af en parallel undersøgelse i almen praksis, der er gennemført samtidig med - og i dialog med - nærværende kortlægning og som publiceres som en selvstændig rapport: *Kortlægning af kræftopfølgning og palliation i Almen Praksis 2022*. Tak til Forskningsenheden for Almen Praksis på Syddansk Universitet (SDU) for samarbejdet og til Kræftens Bekæmpelse for at gøre det muligt.

Rapporten er udarbejdet af forskningsassistent Caroline Elnegaard, datamanager Tina Broby Mikkelsen, forskningsleder og professor Mai-Britt Guldin og seniorforsker Jette Thuesen (projektleder). Desuden har studentermedhjælper Sofie Raahauge Christiansen og Josefine Oredson Krone bidraget i forbindelse med indtastning, opsætning og tilretning af spørgeskemaerne i SurveyXact.

REHPA takker alle, der har bidraget til kortlægningen: Først og fremmest tak til de mange, der har udfyldt spørgeskemaet. Tak for at bruge tid på denne opgave i foråret 2021, lige da hverdagen var ved at vende tilbage efter den anden coronabølge. Tak til referencegruppen for at teste spørgeskemaer og på andre måder kvalificere arbejdet:

- Lisbeth Høgh-Jensen, chefkonsulent, Team Analyse og Udvikling, Kræftens Bekæmpelse
- Jan Christensen, seniorforsker, Afdeling for Ergo- og Fysioterapi, Rigshospitalet
- Karen la Cour, professor, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet

- Karen Trier, specialkonsulent, Center for Kræft og Sundhed København, Københavns Kommune
- Lene Paaske, sundhedskonsulent, Greve Kommune
- Lisa Gregersen Østergaard, seniorforsker, DEFACTUM, Region Midtjylland
- Stine Novrup Clemmensen, afdelingslæge, Hæmatologisk afd., Herlev og Rigshospitalet
- Line Sjødsholm, rehabiliteringsleder, Center for Kræftrehabilitering og Palliation, Odense Kommune
- Jens Søndergaard, professor, Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet
- Lars Henrik Jensen, overlæge, Onkologisk afdeling på Sygehus Lillebælt.

Og tak til kolleger og ledere i REHPA for test af spørgeskema: Lene Jarlbæk, Jens-Jakob Kjer Møller, Mette Raunkiær og til Kristoffer Marså for internt review af rapporten. En stor tak skal også lyde til Lisa Gregersen Østergaard, ergoterapeut og seniorforsker ved DEFACTUM, Region Midtjylland, for grundigt og konstruktivt eksternt review.

Sidst men ikke mindst, tak til Professionshøjskolen Absalon for samarbejde i forbindelse med færdiggørelse af rapporten i januar 2022.

Ane Bonnerup Vind

Videncenterchef

REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Resumé	7
Summary	9
1 Introduktion	11
1.1 Indledning	11
1.1.1 Nøgleresultater og anbefalinger fra 2017-kortlægningen	11
1.1.2 Kortlægningen i 2021	12
1.1.3 Læsevejledning	16
1.1.4 Definition af rehabilitering og palliation	16
1.1.5 COVID-19's indflydelse på undersøgelsens resultater	17
2 Resultater	19
2.1 Svarprocent og respondenternes karakteristika	19
2.2 Behovsvurdering	21
2.2.1 Systematisk behovsvurdering på hospitaler	21
2.2.2 Det regionale behovsvurderingsskema – egnethed for rehabiliterings- og palliative behov	24
2.2.3 Behovsvurdering i kommunerne	24
2.3 Rehabiliteringsindsatser	26
2.3.1 Hospitalernes indsatser	26
2.3.2 Implementering af rehabiliteringsindsatser i kommunerne	27
2.3.3 Kommunernes indsatser	28
2.4 Tværfagligt samarbejde	34
2.4.1 Tværfagligt samarbejde om kræftrehabilitering	34
2.4.2 Faggrupper i det tværfaglige samarbejde	34
2.4.3 Muligheder for tværfagligt samarbejde om kræftrehabilitering	35
2.4.4 Samarbejde på tværs af forvaltninger eller afdelinger i kommunen	36
2.5 Koordination og sammenhængende forløb – tværsektorielle forløb	38
2.5.1 Implementering af procedurer for sammenhængende rehabiliteringsforløb	38
2.5.2 Arbejdsgange og procedurer der understøtter tværsektorielt samarbejde	40
2.5.3 Henvvisning til kommunal rehabilitering	42
2.5.4 Muligheder for sammenhængende forløb	42
2.6 Kompetencer, videndeling og udviklingssamarbejde	45
2.6.1 Sengeafdelinger og ambulatorier	45
2.6.2 Terapiafdelinger	46
2.6.3 Kommuner	47
3 Udviklingen 2017-2021 – sammenligning af udvalgte resultater	49
3.1 Implementering af behovsvurdering 2017-2021	49
3.2 Implementering af faglige indsatser 2017-2021	50
3.3 Implementering af procedurer for sammenhængende forløb 2017-2021	51
4 Parallel undersøgelse i almen praksis	52
5 Opsummering og diskussion	54
5.1 Opsummering og diskussion af resultater	54

5.1.1 Behovsvurdering	54
5.1.2 Rehabiliteringsindsatser	55
5.1.3 Tværfagligt samarbejde.....	56
5.1.4 Koordination og sammenhængende forløb.....	58
5.1.5 Kompetencer, videndeling og udviklingssamarbejde	59
5.2 Metodiske overvejelser.....	60
5.2.1 Svarprocenter og respondenter	60
5.2.2 Spørgeskemaerne.....	61
5.2.3 Generaliserbarhed.....	61
5.2.4 Sammenlignende analyser	62
6 Konklusion og anbefalinger	63
6.1 Anbefalinger.....	64
6.2 Anvendte forkortelser i rapporten.....	65
Referenceliste	66
Bilag 1. Metode.....	69
Bilag 2. Opgave- og ansvarsfordeling mellem kommuner, hospitaler og almen praksis	72
Bilag 3. De regionale behovsvurderingsskemaer	73
Region Hovedstadens behovsvurderingsskema	73
Region Midtjyllands behovsvurderingsskema	75
Region Nordjyllands behovsvurderingsskema.....	76
Region Sjælland.....	80
Region Syddanmark	82
Bilag 4. Respondentundersøgelsen	84
Bilag 5. Tabeller	85
Bilag 6. Sammenlignende figurer – to modeller.....	90

Resumé

Kortlægningen af kræftrehabilitering 2021 blandt hospitalsafdelinger (sengeafdelinger, ambulatorier og terapiafdelinger) og kommuner, tager udgangspunkt i forløbsprogrammet fra 2018 (1) og undersøger aktuel status og udviklingen siden REHPAs 2017-kortlægning af kræftrehabilitering (2). Kortlægningen omfatter fire hovedtemaer: *Behovsvurdering, faglige indsatser, tværfagligt samarbejde samt koordination og sammenhængende forløb*.

Kortlægningen i hospitalsregi er gennemført på baggrund af seks diagnoser: brystkræft, prostatakræft, hoved-hals kræft, hæmatologisk kræft, hjernekræft og lungekræft. I kommunalt regi er spurgt til kræftrehabilitering generelt. Undersøgelsen har en svarprocent på 78 % for sengeafdelinger og ambulatorier, 81 % for terapiafdelinger og 95 % for kommunerne.

Kortlægningen er gennemført i foråret 2021 og resultaterne viser, at hver femte sengeafdeling/ambulatorium tilbyder systematisk behovsvurdering til alle (90-100 %) kræftpatienter. På 75 % af sengeafdelinger og ambulatorier tilbydes systematisk behovsvurdering til over halvdelen (>50 %) af patienterne. Implementeringen af systematisk behovsvurdering er stagneret siden 2017-kortlægningen blandt sengeafdelinger og ambulatorier. Det regionale behovsvurderingsskema anvendes af 84 % af sengeafdelinger og ambulatorier, og vurderes mere egnet til at identificere rehabiliteringsbehov end palliative behov. Blandt kommunerne benytter 44 % det regionale behovsvurderingsskema, mens halvdelen anvender andre skemaer/redskaber (især baseret på patientrapporterede oplysninger, PRO-skemaer). Samlet set er der et fald i anvendelsen og kendskabet til det regionale behovsvurderingsskema på tværs af hospitalsafdelinger og kommuner. Terapiafdelinger ser i mindre grad ud til have iværksat systematisk behovsvurdering, og benytter andre metoder til vurdering af behov.

Hvad angår faglige indsatser har næsten alle kommuner (97 %) indarbejdet faglige indsatser ift. rehabilitering, mens 63 % har indarbejdet palliative indsatser. De fleste kommuner vurderer deres indsatser ift. rehabilitering tilstrækkelige, mens palliative indsatser i mindre grad vurderes tilstrækkelige. Flere kommuner end hospitaler vurderer, at deres rehabiliterende indsatser er tilstrækkelige. Sengeafdelinger og ambulatorier samt kommuner mangler kapacitet ift. psykosociale indsatser fx indsatser ift. seksualitet og samliv og støtte til pårørende. Kommunerne mangler desuden indsatser ift. ret-tigheder og juridiske forhold. Halvdelen af kommunerne har diagnosespecifikke tilbud, og det er især tilbud til borgere med brystkræft, hoved-hals kræft, prostatakræft og lungekræft. Samlet set varierer indsatserne, og de indsatser der især kan tilbydes ligger inden for det fysiske og psykiske område, mens indsatser på det socialfaglige, eksistentielle og palliative område er mindre hyppige. Desuden mangler indsatser til patienter med fremskreden kræft.

I 93 % af kommunerne og 77 % af terapiafdelinger samarbejdes der tværfagligt om rehabilitering. Blandt sengeafdelinger og ambulatorier er tværfagligt samarbejde mindre udbredt. Muligheden for tværfagligt samarbejde om rehabilitering vurderes helt eller delvist tilstrækkelig for 93 % af kommunerne, 92 % af terapiafdelinger og 58 % af sengeafdelinger og ambulatorier. Manglende tid og tradition for samarbejde er væsentlige barrierer blandt såvel kommuner som hospitalsafdelinger.

På hospitalsafdelingerne (sengeafdelinger, ambulatorier og terapiafdelinger) understøttes koordinerede og sammenhængende forløb især ved elektroniske henvisninger til kommunale rehabiliteringsforløb. Sengeafdelinger og ambulatorier vurderer, at der er bedre muligheder for koordinerede og sammenhængende forløb med kommunerne end med almen praksis, hvilket også kommer til udtryk i at markant færre afdelinger har indarbejdet procedurer for sammenhængende rehabiliteringsforløb på tværs af hospital og almen praksis sammenlignet med kommunerne. Kommunerne har i højere grad procedurer for samarbejde med almen praksis. Manglende kendskab til hinandens praksis og tilbud er en væsentlig barriere for koordinerede og sammenhængende forløb, og der er fortsat brug for at styrke det tværsektorielle samarbejde.

Lidt over halvdelen af sengeafdelinger og ambulatorier, terapiafdelinger og kommuner angiver at mangle kompetencer inden for rehabilitering og palliation. Blandt kommunerne deltager 76 % i videnudvikling eller udvikling inden for rehabilitering og palliation. Kommunerne angiver, at dette er med til at skabe større ensartethed på tværs af kommunale rehabiliteringstilbud.

Anbefalinger:

Systematisk behovsvurdering til alle

Det anbefales, at der udvikles en tværfaglig og tværsektoriel standard for spørgsmål og arbejdsgange i en systematisk behovsvurdering. Dette ses som en forudsætning for, at alle kræftoverlever med behov for rehabilitering identificeres.

Rehabiliteringsindsatser til forskellige målgrupper

Det anbefales, at der udvikles og sikres evidensbaserede rehabiliteringsindsatser, som kan tilgodesee variationen i problemer og behov hos mennesker med kræft. Dette ses som en forudsætning for, at evidensbaseret rehabilitering er til rådighed for alle målgrupper.

Udvikling af modeller der tilgodeser hele spektret af rehabiliterings- og palliative behov

Det anbefales, at der udvikles modeller for, hvordan rehabilitering og palliation kan koordineres. Dette ses som en forudsætning for, at behov for rehabilitering og palliation tilgodeses hos alle mennesker med kræft, herunder fremskreden kræft, også selv om disse ikke er i målgruppen for specialiseret palliativ indsats.

Sikring af samarbejde på tværs af sektorer

Det anbefales, at kendskabet til og kommunikation om rehabilitering på tværs af hospital, almen praksis og kommuner styrkes via fælles terminologi, strategier og værktøjer. Dette ses som en forudsætning for, at patienterne oplever sammenhængende og koordinerede rehabiliteringsforløb.

Summary

The 2021 mapping of cancer rehabilitation in hospitals (inpatient wards and outpatient clinics as well as therapy departments) and municipalities is based on the national cancer program from 2018 (1). The mapping investigates current status and the development of practice since the most recent mapping from 2017 (2). The mapping includes four main themes: *Needs assessment, rehabilitation efforts, interdisciplinary cooperation and coordination and coherent processes*.

The mapping in hospitals is based on six diagnoses: breast cancer, prostate cancer, head-neck cancer, haematological cancer, brain cancer and lung cancer. The municipal mapping was related to cancer rehabilitation in general. The response rate was 78 % for inpatient wards and outpatient clinics, 81 % for therapy wards and 95 % for municipalities.

The mapping was carried out in the spring of 2021 and results show that every fifth inpatient wards and outpatient clinic offer systematic needs assessment to all (90-100 %) cancer patients. In 75 % of inpatient wards and outpatient clinics more than half (>50 %) of cancer patients is offered systematic needs assessment. The implementation of systematic needs assessment has stagnated since the mapping from 2017. The regional needs assessment questionnaire is used by 84 % inpatient wards and outpatient clinics and the questionnaire is evaluated as more appropriate for identifying rehabilitation needs than palliative needs. Among municipalities 44 % uses the regional needs assessment questionnaire, while half of the municipalities uses other questionnaires or tools (in particular based on patient-reported outcomes, PRO questionnaires). Altogether there is a decline in use and knowledge of the regional needs assessment questionnaire across hospitals and municipalities. It seems that therapy departments have implemented systematic needs assessment to a lesser extent and use other methods for needs assessment.

In terms of professional efforts, almost all municipalities (97%) have incorporated professional efforts in relation to rehabilitation, while 63% have incorporated palliative efforts. Most municipalities evaluate their efforts as sufficient, but palliative efforts are to a lesser extent evaluated as sufficient. More municipalities than hospitals evaluate their rehabilitation efforts as sufficient. Inpatient wards and outpatient clinics as well as municipalities lack capacity regarding psychosocial efforts, i.e. efforts in sexuality and sexual health, and support for family members. Municipalities are also lacking efforts regarding juridical rights and manors. Half of municipalities has diagnosis-specific efforts and this goes especially for patients with breast cancer, head-and-neck cancer, prostate cancer and lung cancer. Altogether efforts are varying and the efforts is especially within the physical or psychological area, while efforts in the social, existential and palliative area are less represented. Furthermore, efforts are lacking for patients with advanced cancer.

93 % of municipalities and 77 % of therapy departments are cooperating interdisciplinary in rehabilitation. Among inpatients wards and outpatient clinics interdisciplinary cooperation is less widespread. The possibility of interdisciplinary cooperation in rehabilitation is evaluated as fully or partially sufficient by 93 % of the municipalities, by 92 % of therapy departments and by 58 % of inpatient wards and outpatient clinics. Lack of time and tradition of cooperation is reported as barriers among both municipalities and hospitals.

In the inpatient wards, outpatient clinics and therapy departments, coordination and coherent processes is supported by electronic references to municipal rehabilitation. Inpatient wards and outpatient clinics evaluate that possibilities for coordination and coherent processes are better with municipalities than with general practice. This is also reflected in the fact that significantly fewer wards have incorporated procedures for coherent rehabilitation processes across hospitals and general practices compared with the municipalities. The municipalities has to a bigger extent procedures for cooperation with general practice. Lack of knowledge about each other's practice and efforts is a barrier for coordinated and coherent processes and there is still a need for increasing cooperation cross-sectorial.

Over half of inpatient wards and outpatient clinics, therapy departments and municipalities state that they lack skills in rehabilitation and palliative care. Among municipalities, 76 % participate in knowledge sharing or development within rehabilitation and palliative care. The municipalities evaluate that this helps create greater uniformity across municipal rehabilitation services.

Recommendations:

Systematic needs assessment for all

It is recommended that cross-interdisciplinary and cross-sectorial standards in relation to questions and processes is developed for systematic needs assessment. This is a prerequisite for identifying cancer-survivor with need of rehabilitation.

Rehabilitation effort for different patient groups

It is recommended that evidence-based rehabilitation efforts are developed. The efforts should cover the variation in needs and issues in people with cancer. This is a prerequisite for evidence-based rehabilitation being available for all patient groups.

Development of models that accommodate the full spectrum of rehabilitation- and palliative care needs

It is recommended that models be developed for how rehabilitation and palliative care can be coordinated. This is seen as a prerequisite for the need for rehabilitation and palliative care to be met in all people with cancer, including advanced cancer, even if these are not in the target group for specialized palliative care.

Securing the cross-sectorial cooperation

It is recommended that knowledge and communication of rehabilitation across hospitals, general practice and municipalities are strengthened through cross-sectorial terminology, strategies and tools. This is a prerequisite for patients experiencing coordination and coherent processes in rehabilitation.

1 Introduktion

1.1 Indledning

Denne rapport handler om kræftrehabilitering i Danmark. Rapporten omhandler også palliation, men de mennesker, der har deltaget i undersøgelsen, er identificeret som fagpersoner med særlig viden om rehabilitering. Dermed belyses palliation ud fra et rehabiliteringsfagligt perspektiv i rapporten.

Kræftrehabilitering blev introduceret i Danmark ved årtusindskiftet (3), og er efterhånden en etableret del af det danske sundhedsvæsen (2). I takt med at antallet af kræfttilfælde og kræftoverlevende i Danmark stiger (4), er der stigende opmærksomhed på, hvordan funktionsevne og livskvalitet kan understøttes gennem rehabilitering og andre indsatser, herunder palliation.

Implementering af kræftrehabilitering understøttes af kræftplaner, forløbsprogrammer, kræftpakkeforløb og opfølgingsprogrammer. Efter Kræftplan III fra 2010 (2) og Kræftplan IV fra 2016 (5) er kræftrehabilitering blevet integreret i forløbsprogrammer og pakkeforløb. Den sygdomsspecifikke del af rehabiliteringen er beskrevet i kræftpakkeforløb og opfølgingsprogrammer for kræft (6) og varetages overvejende af hospitalerne, mens den generelle rehabiliteringsdel indgår i kommunernes opgaver, som delvist er beskrevet i opfølgingsprogrammerne (6) og i *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft* (1) og udmøntet i regionale aftaler (7-9). Almen praksis har ligeledes opgaver i tilknytning til rehabilitering, eksempelvis identifikation af behov, opfølgning og henvisning til relevante tilbud (1).

REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation følger udviklingen og de forskellige initiativer, der sættes i værk. Det gælder særligt implementering af Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer. REHPA kortlagde i december 2016 til juli 2017 kræftrehabilitering på danske hospitaler og i danske kommuner (benævnes herefter som "2017-kortlægningen") med afsæt i de programmer og kræftpakker, som blev iværksat i perioden 2012-2015 i forlængelse af Kræftplan III (2). I kortlægningen indgik desuden spørgsmål om den palliative indsats i relation til rehabilitering. Der er med udgangspunkt i 2017-kortlægningen gennemført flere opfølgende analyser om regionsspecifikke resultater (10, 11). Desuden har REHPA gennemført kortlægninger af den basale og specialiserede palliative indsats, dog uden et specifikt fokus på mennesker med kræft (12, 13). Kræftplan IV slog fast, at der i hele landet fortsat er behov for fokus på højere og mere ensartet kvalitet i rehabiliteringsindsatsen (1). Derfor er der i 2021 gennemført en kortlægning, der følger op på 2017-kortlægningen. Kortlægningen fra 2021 afrapporteres hermed.

1.1.1 Nøgleresultater og anbefalinger fra 2017-kortlægningen

2017-kortlægningen blev gennemført som en digital spørgeskemaundersøgelse. I kortlægningen indgik fire temaer: *Behovsvurdering, faglige indsatser ud over behovsvurdering, tværfagligt samarbejde samt koordination og sammenhængende forløb*. Der blev sendt spørgeskema til alle sengeafdelinger og ambulatorier samt respektive afdelinger for fysioterapi og ergoterapi (benævnes herefter som "terapiafdelinger"), der behandlede følgende diagnoser: brystkræft, prostatakræft, hoved-hals kræft, hæmatologisk kræft, hjernekræft og modermærkekræft. Desuden blev der sendt spørgeskemaer til samtlige kommuner i Danmark. Der var svar fra 76 % af sengeafdelinger og ambulatorier, fra 69 %

terapiaafdelinger og fra 98 % kommuner. I alt havde 92 % af de deltagende sengeafdelinger og ambulatorier i Danmark indarbejdet kræftrehabiliteringsindsatser. Blandt de deltagende terapiaafdelinger og kommuner havde henholdsvis 83 % og 96 % indarbejdet kræftrehabiliteringsindsatser. Til sammenligning viste en undersøgelse fra 2013, at 75 % af kommunerne havde tilbud om kræftrehabilitering (14). I kortlægningen svarede 79 % af sengeafdelinger og ambulatorier, 67 % af terapiaafdelingerne og 74 % af kommunerne, at den palliative indsats var styrket i samme periode.

På baggrund af 2017-kortlægningen blev følgende anbefalinger formuleret (2):

- At gentænke praksis for behovsvurdering (uddybes nedenfor), hvis den skulle leve op til forløbsprogrammets intention om, at *alle* patienter skal have identificeret behov for rehabilitering og palliation.
- At styrke det tværsektorielle samarbejde, især hvad angår opgavedeling og hospitalernes kendskab og tillid til kommunal kræftrehabilitering, hvis patienter skal henvises systematisk til relevante rehabiliteringsindsatser.
- At der var brug for at udvikle faglige retningslinjer for kræftrehabilitering og for at evaluere, hvordan de efterleves i praksis – som forudsætning for at udvikle mere ensartede kræftrehabiliteringsindsatser og evalueringsmetoder i praksis.
- At der var brug for et øget fokus på rehabilitering ved fremskreden kræft og på palliativ indsats i relation til kræftrehabilitering.

1.1.2 Kortlægningen i 2021

1.1.2.1 Formål

Formålet med kortlægningen i 2021 er, at:

- Undersøge implementering af behovsvurdering, faglige indsatser, tværfagligt samarbejde, samt koordination og sammenhængende forløb.
- Afdække behov for kompetenceudvikling, videndeling og udviklingssamarbejde.
- Sammenligne status for implementering i 2017 og 2021 på udvalgte spørgsmål.
- Diskutere resultaterne ift. en parallel undersøgelse gennemført i almen praksis.

1.1.2.2 Metode

Kortlægningen i 2021 er baseret på digitale spørgeskemaer, udsendt til danske hospitaler og kommuner. Spørgeskemaer er valideret internt af kolleger i REHPA og eksternt af projektets referencegruppe (se navne i Forord). Nedenfor beskrives kort temaer og spørgsmål, respondenter og diagnosegrupper. Metoden er beskrevet udførligt i Bilag 1, hvor der kan læses mere om hvordan respondenterne er rekrutteret, udsendelsesprocedure, rykkerprocedurer, spørgeskemaernes opbygning, sammenligning af resultater med 2017-kortlægningen samt etik.

1.1.2.3 Temaer og grundlag for spørgsmål

Temaer og spørgsmål i 2021-kortlægningen bygger videre på 2017-kortlægningen og tager desuden afsæt i *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft fra 2018* (1), som erstattede forløbsprogrammet fra 2012 (15). Anbefalingerne i det nye forløbsprogram var stort set uændrede, men det blev præciseret, at indsatsen bør tilrettelægges individuelt med fokus på de rehabiliterings- og palliationsbehov, der følger efter en kræftsygdom, og at alle mennesker med kræft

får vurderet deres behov for rehabilitering og palliation systematisk. Endvidere blev opgave- og ansvarsdeling mellem kommuner, hospitaler og almen praksis og koordinering på tværs af sektorer præciseret, som gengivet i figuren fra forløbsprogrammet præsenteret i Bilag 2 (1).

På dette grundlag er de overordnede temaer i kortlægningen uændrede fra 2017: *Behovsvurdering, faglige indsatser, tværfagligt samarbejde, samt koordination og sammenhængende forløb*. Nedenfor skitseres hvilke anbefalinger, der ligger til grund for spørgsmål inden for de fire temaer.

1.1.2.4 Behovsvurdering

Både i *Forløbsprogram for Rehabilitering og Palliation i forbindelse med kræft* fra 2012 (15) og i det opdaterede forløbsprogram fra 2018 (1) blev det anbefalet, at alle kræftpatienter systematisk skulle vurderes med henblik på behov for rehabilitering og palliation. Citat fra forløbsprogrammet (2018):

På individniveau bliver behov for rehabilitering og palliation afklaret i mødet mellem patient/borger, eventuelt dennes pårørende og fagprofessionelle. Fagprofessionelle og deres undersøgelse af patientens/borgers problemer og ønsker samt vurdering af, hvilke behov der kan imødekommes, og hvordan de kan imødekommes, danner grundlag for en plan for den videre indsats. Vurderingen foregår altså i samarbejde med patienten, er helhedsorienteret og tager afsæt i den enkelte patients liv, levevilkår, livsstil, adfærd, eventuelle samtidige sygdomme samt praktiske og økonomiske aspekter (1, s. 21-22).

Alle regioner har udarbejdet behovsvurderingsskemaer og procedurer for systematisk behovsvurdering (16-20) (se skemaerne i Bilag 3). I 2014 udgav Region Hovedstaden eksempelvis *Støtte til livet med kræft – et forberedelsesskema til patienter med kræft*, som anvendes ved behovsvurdering (10, 16).

Behovsvurdering skal foregå tidligst muligt efter diagnosetidspunktet i forbindelse med opstart af behandlingsforløb på sygehuset og bør derefter fortsat ske løbende og systematisk (1). Identificerede behov danner grundlag for planlægning af det videre forløb. I forbindelse med den afklarende samtale i kommunalt regi skal borgerens behov for rehabilitering og palliation vurderes igen. Vurdering af behov skal foregå efter ensartede principper og metoder, og der skal være veldefinerede arbejdsgange for vurdering af behov, uanset hvor behovsvurderingen foregår (1).

På dette grundlag spørges hospitalsrespondenter i kortlægningen om, hvor mange kræftpatienter der får tilbudt, og hvor mange der modtager behovsvurdering, hvornår i forløbet det sker, hvordan behovsvurderingen anvendes, og desuden stilles spørgsmål til behovsvurderingsredskaber. Kommunale respondenter spørges til behovsvurdering i den afklarende samtale med personer, der er henvist til kommunal rehabilitering. Desuden undersøges udviklingen i implementering af behovsvurdering fra 2017-2021.

1.1.2.5 Faglige indsatser

Ifølge forløbsprogrammet skal den faglige indsats ved både rehabilitering og palliation afgøres af den enkeltes behov samt sigtet med forløbet (1). Valg af indsatser bør ske i samarbejde med borgeren og

ud fra den systematiske behovsvurdering. Indsatser kan gives med forskelligt fagligt sigte, fx af forebyggende, genoptrænende, vedligeholdende og/eller af lindrende karakter. Indsatser kan være inden for de fire behovsområder: fysiske, psykiske, sociale og/eller eksistentielle (1). Allerede af forløbsprogrammet fra 2012 fremgik et særligt behov for at styrke rehabilitering til en palliativ målgruppe (15). På det grundlag spørges der i 2021-kortlægningen til faglige indsatser inden for disse overskrifter: Vejledning om sygdom og senfølger, forebyggelse, genoptræning og fysisk træning, indsatser i forhold til psykiske, sociale og eksistentielle aspekter. Indsatserne er identiske med svarkategorier fra 2017. Dog er *eksistentiel støtte* tilføjet, og *hjælpemidler* er separeret fra *støtte til hverdagens aktiviteter*. I 2017 blev hospitalerne spurgt til diagnosespecifikke indsatser, mens de i 2021 alene har svaret på generiske indsatser. I kortlægningen indgår desuden spørgsmål om kapacitet og udfordringer hvad angår tilbud til specifikke målgrupper, herunder fremskreden kræft, og endelig indgår spørgsmål om dokumentation og evaluering. Implementeringen af faglige indsatser i 2021 er sammenlignet med 2017 hvad angår de kommunale data.

1.1.2.6 Tværfagligt samarbejde

Ifølge forløbsprogrammet hænger udbyttet af den faglige indsats sammen med, at indsatsen organiseres i et tæt koordineret tværfagligt samarbejde (1). Ledelsen bør skabe og understøtte rammer for det tværfaglige samarbejde, så der er mulighed for en differentieret indsats (1). Forskningslitteratur understøtter tværfagligt teamsamarbejde som et effektivt organiserende princip i rehabilitering og andre sundhedsfaglige indsatser (21).

På det grundlag spørges der til, hvem der deltager i det tværfaglige samarbejde, for hvilke patientgrupper der arbejdes tværfagligt, hvordan der arbejdes på tværs af afdelinger (kun i den kommunale del) og hvilke muligheder og barrierer der er for at samarbejde tværfagligt. Desuden sammenlignes implementering af tværfagligt samarbejde fra 2017 til 2021.

I spørgeskemaet er tværfagligt samarbejde ikke defineret, lige som tværfagligt samarbejde ikke er defineret i forløbsprogrammet. Respondenterne svarer ud fra deres egen/afdelingens forståelse af begrebet, og ud fra den måde spørgeskemaet er sat op på (fx ved at bede om mindst to faggrupper).

1.1.2.7 Koordination og sammenhængende forløb

Koordination og sammenhængende rehabiliteringsforløb på tværs af sektorer er centralt i forløbsprogrammet. Selvom hovedansvaret for kræftrehabilitering placeres i kommunerne, involverer rehabiliteringsforløb opgaver både på hospitaler, i kommuner og i almen praksis (se figur i Bilag 2) (1). I kortlægningen spørges der til arbejdsgange og procedurer, der understøtter koordination og sammenhængende forløb, samt til muligheder og barrierer herfor. Desuden undersøges der, hvordan implementering af procedurer til koordination og sammenhæng har udviklet sig fra 2017 til 2021.

Nogle spørgsmålsformuleringer er justeret i 2021-kortlægningen sammenlignet med 2017 som følge af ændret terminologi i forløbsprogrammet fra 2018. Eksempelvis spørges der nu til opfølgningsplaner i stedet for rehabiliteringsplaner. Desuden er spørgsmål om samarbejde på tværs af sektorgrænser opdelt, så der nu spørges specifikt til samarbejdet med almen praksis. Det muliggør senere analyser af samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis, idet der parallelt med denne kortlægning er gennemført en kortlægning af kræftopfølgning i almen praksis med overlappende

spørgsmål. Den færdige rapport kommer til at ligge på hjemmesiden for Forskningsenheden for Almen Praksis (FEA), Syddansk Universitet (22).

1.1.2.8 Kompetencer, videndeling og udviklingssamarbejde

Der er stillet åbne spørgsmål om *behov for kompetenceudvikling, videndeling og udviklingssamarbejde*, som supplerer de temaspecifikke spørgsmål. Baggrunden for disse spørgsmål er forløbsprogrammets anbefalinger om kompetenceudvikling (1). Allerede i det første forløbsprogram fra 2012 var det beskrevet, at der var brug for nye faglige kompetencer og en tværfaglig forståelse og tilgang til opgaveløsningen (15). I forløbsprogrammet fra 2018 er *behovet for kompetenceopbygning* betonet og kompetenceudvikling bør bl.a. ske gennem tværsektorielle aftaler og fælles uddannelse, som vil øge kendskabet til andre faggruppers kompetencer og arbejdsopgaver samt understøtte kulturer, der samarbejder på tværs (1).

1.1.2.9 Respondenter og diagnosegrupper

Spørgeskemaer er sendt til sengeafdelinger og ambulatorier samt til terapiafdelinger (som ovenfor nævnt, afdelinger for fysioterapi og ergoterapi), der behandler følgende diagnoser: brystkræft, prostatakræft, hoved-hals kræft, hæmatologisk kræft, hjernekræft og lungekræft. De inkluderede diagnosegrupper er i overensstemmelse med diagnoser i 2017-kortlægningen (2). Lungekræft er dog ny og erstatter modermærkekræft, der indgik i 2017. Valget af diagnosegrupper begrundes i ønsket om at inkludere de største sygdomsgrupper, samt opnå variation hvad angår rehabiliteringsbehov (2, 23). Hvor der i 2017-kortlægningen blev sendt diagnosespecifikke spørgeskemaer til alle afdelinger (hvilket resulterede i op til 6 besvarelser pr. afdeling), er der i 2021 kun sendt et spørgeskema til hver afdeling. Der er udsendt ét spørgeskema pr. kommune. Udsendelse af det egentlige spørgeskema var forudgået af en henvendelse til oversygeplejersker, chefterapeuter og kontaktpersoner for rehabilitering i kommuner med henblik på at identificere, hvem der skulle besvare spørgeskemaet. Læs om undersøgelsens forudgående respondentundersøgelse og identifikation af respondenter i Bilag 4.

1.1.3 Læsevejledning

Afsnit 2 er rapportens resultatafsnit.

Afsnit 2.2-2.5 præsenterer resultater for sengeafdelinger og ambulatorier, terapiafdelinger og kommuner under hvert af de fire temaer.

Afsnit 2.6 præsenterer resultater om kompetencer, videndeling og udviklingssamarbejde.

Afsnit 3 indeholder en sammenligning på udvalgte spørgsmål om implementering i 2017 og 2021.

Afsnit 4 er et resumé af en kortlægning *Kræftopfølgning og palliation i almen praksis*, gennemført af Forskningsenheden for Almen Praksis (FEA), Syddansk Universitet (24). Den kortlægning publiceres parallelt med nærværende rapport og vil indgå i diskussionen.

Afsnit 5 indeholder en fylldig opsummering og diskussion, hvor resultaterne sammenholdes med resultater fra 2017 og diskuteres ift. forløbsprogrammets anbefalinger, anbefalingerne fra 2017-kortlægningen, og kortlægningen i almen praksis. Afsnit 5 kan læses som selvstændigt afsnit.

Herefter følger **Afsnit 6** med konklusion og anbefalinger.

Igennem rapporten er kvantitative svar opgjort deskriptivt i tabeller og figurer. Ved kvalitative svar og kommentarer er der foretaget meningskondensering, hvilket vil sige at de udsagn, respondenterne har skrevet som fritext, gives i en kortere formulering (25). Tabeller og figurer skal læses under hensyntagen til antallet af besvarelser, som varierer fra spørgsmål til spørgsmål. Det skyldes spørgeskemaernes opbygning. Uddybende metodeafsnit, beskrivelse af respondenter samt uddybende resultater findes i bilagsdelen.

Der henvises enkelte steder i rapportens resultatafsnit til Bilag 5, hvor der er samlet en række tabeller, som er trukket ud af resultatafsnittet, men beskrevet med tekst i stedet. Tabellerne kaldes ved bogstav og hedder dermed Tabel A til I.

Anvendte forkortelser gennem rapporten præsenteres i listen med forkortelser i Afsnit 6.2. Forkortelser skrives ud første gang, og derefter anvendes forkortelsen igennem rapporten.

1.1.4 Definition af rehabilitering og palliation

1.1.4.1 Rehabilitering

I forløbsprogrammet anvender Sundhedsstyrelsen Verdenssundhedsorganisationens (WHO) definition af rehabilitering:

Rehabilitering kan defineres som en række indsatser, der støtter det enkelte menneske, som har eller er i risiko for at få nedsat funktionsevne, i at opnå og vedligeholde bedst mulig funktionsevne, herunder at fungere i samspil med det omgivende samfund (1).

I dansk rehabiliteringslitteratur anvendes ofte "Hvidbogens definition". I og med at en ny *Hvidbog om rehabilitering*, og dermed en ny dansk definition, er undervejs, præsenteres den nuværende hvidbogs definition ikke her. Den nye hvidbog og definition forventes publiceret marts 2022 (26).

Hvidbogens definition har et bredere fokus på rehabilitering end WHO's. I den nye hvidbog defineres rehabilitering gennem afgrænsning af målgruppen, mål/formål, specifikke processer og særlige indsatser. I 2021-kortlægningen er rehabilitering operationaliseret gennem spørgsmål om behovsvurdering, rehabiliteringsindsatser og tværfagligt samarbejde. Dette er i overensstemmelse med forståelsen i den nye hvidbog anno 2022.

1.1.4.2 Palliation

I forløbsprogrammet anvendes, ligesom i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den palliative indsats, WHO's definition på palliativ indsats. Her skelnes mellem palliativ indsats til voksne og til børn. For voksne har den palliative indsats til formål *"at fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som står over for de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig art"* (1, 27 s. 27). I spørgeskemaet er palliation ikke defineret. Det vil sige, at respondenterne svarer ud fra deres egen/arbejdspladsens forståelse af begrebet.

1.1.5 COVID-19's indflydelse på undersøgelsens resultater

Denne spørgeskemaundersøgelse blev gennemført i foråret 2021, hvor den anden coronabølge var overstået, efter COVID-19-pandemien havde præget sundhedsvæsenet og resten af Danmark gennem et år. Derfor er alle afdelinger og kommuner spurgt, om COVID-19 har præget deres besvarelse. I spørgeskemaerne blev alle dog bedt om at svare ud fra en 'normaltilstand' – dvs. den tilstand de forventede at vende tilbage til efter pandemien, hvis de ikke allerede havde genoprettet rutinerne.

Blandt 30 sengeafdelinger og ambulatorier angiver over halvdelen, at der ikke har været ændringer i måden at arbejde på. De uregelmæssigheder, der beskrives, drejer sig om fremmøde for patienterne, fx at patientskoler og gruppetilbud har været pauseret, men genoptages, samt at pårørende ikke har måttet være med patienterne under COVID-19. Desuden udtrykker de ønske om, at der igen vil være mere fokus på udviklings- og forbedringstiltag. Desuden peger nogle af sengeafdelingerne og ambulatorierne på, at tilbuddene i kommunerne har været begrænsede under nedlukningen.

Blandt de 13 terapiafdelinger angiver næsten alle, at praksis under COVID-19 ikke har adskilt sig fra normalt. En udfordring har dog været manglende fysiske tilbud i sundhedscentrene, hvor mange patienter har haft svært ved at bruge de online løsninger. De ser frem til, at "Krop og Kræft"¹ forventes at starte fuldt op igen.

Blandt de 89 kommunale respondenter er der også mange, der angiver, at der ikke er nogen stor forskel på før, under og forventeligt efter COVID-19. Dog har der været færre deltagere på hold, og flere borgere der selv har isoleret sig. Kommunale respondenter nævner dog, at der nu igen kan åbnes for

¹ Træningstilbud for kræftpatienter i behandling med kemoterapi, som tilbydes i alle regioner. Her beskrevet i Region Hovedstaden: <https://www.rigshospitalet.dk/undersogelse-og-behandling/kræftpatienter/Sider/krop-og-kræft.aspx>

gruppebaserede cafétilbud og undervisning, som har været lukket ned eller afholdt virtuelt. Der kan igen åbnes op for mere inddragelse af pårørende. Herudover har udslusningsaktiviteter (til civilsamfundet) været påvirket af COVID-19. Kommunale respondenter skriver, at der har været en generel nedgang i henvendelser fra hospitaler til kommunernes kræftrehabiliteringstilbud under COVID-19, og at det tværsektorielle samarbejde har været pauseret. Det samme gælder for samarbejdet med kommunens interne instanser.

2 Resultater

Resultatafsnittet indledes med et overblik over svarprocenter og karakteristik af de respondenter, der har besvaret undersøgelsen. Herefter er afsnittet opbygget ud fra de fire hovedtemaer i undersøgelsens formålsbeskrivelse: *Behovsvurdering, faglige rehabiliteringsindsatser, tværfagligt samarbejde samt koordination og sammenhængende forløb*. Herudover er der et afsnit om *kompetencer, viden- deling og udviklingssamarbejde*. Desuden sammenlignes undersøgelsens resultater med 2017-kort- lægningen i afsnit 3 samt en parallel kortlægning gennemført af Forskningsenheden for Almen Prak- sis, Syddansk Universitet, om *Kræftopfølgning og palliation i almen praksis* i afsnit 4.

2.1 Svarprocent og respondenternes karakteristika

Den overordnede svarprocent er 39/50 (78 %) for sengeafdelinger og ambulatorier, 13/16 (81 %) for terapiafdelinger og 91/96 (95 %) for kommuner (Tabel 1).

Tabel 1. Oversigt over svarprocent for henholdsvis sengeafdelinger og ambulatorier, terapiafdelinger samt kommuner

	Gennemført Antal	Ufuldstændige svar Antal	Antal udsendte I alt	Svarprocent %
Sengeafdelinger og ambulatorier	30	9	50	78
Terapiafdelinger	13	0	16	81
Kommuner	89	2	96*	95

* Som beskrevet i Bilag 4 om den forudgående respondentundersøgelse, angav to kommuner, at deres besvarelse ville være den samme som en tredje kom- mune de samarbejdede med. Derfor er 2021-kortlægningen sendt til 96 kommuner.

Besvarelser fra hospitalerne dækkede alle de inkluderede diagnoser, dog flest besvarelser for bryst- kræft og lungekræft, færrest besvarelser gjaldt for hjernekræft (Tabel A, Bilag 5²).

Tabel 2 viser fordelingen af respondenterne på faggruppe for både hospitalsafdelinger og kommuner.

De kommunale respondenter svarer yderligere, at de primært arbejdede som *koordinatorer* (59 %) eller *udøvende terapeuter* (28 %). Alt efter kommunernes størrelse, angiver kommunerne, at mellem fem og 1.200 borgere årligt deltager i kræftrehabilitering. Kommunernes besvarelse gælder for 97 % rehabilitering efter sundhedsloven § 119, for 57 % genoptræning efter sundhedsloven § 140 og for 37 % træning/rehabilitering efter serviceloven § 86.

² På denne måde henvises til de tabeller som ligger i Bilag 5 igennem resten af resultatafsnittet.

Tabel 2. Fordeling af respondenter faggruppe

	Sengeafdelinger og ambulatorier N = 39	Terapiafdelinger N = 13	Kommuner* N = 91
	Antal (procent)		
Sygeplejerske	36# (92)	0	45 (50)
Fysioterapeut	0	10 (77)	32 (35)
Ergoterapeut	0	0	4 (4)
Læge	2 (5)	0	1 (1)
Andet‡	1 (3)	3 (23)	30 (33)

* Kommunale respondenter kunne sætte mere end et kryds.

Sygeplejersker ved sengeafdelinger og ambulatorier kan være "almindelige" sygeplejersker, oversygeplejersker, afdelingssygeplejersker eller sygeplejersker med specialfunktion.

‡ De respondenter, der svarede *andet*, angiver at være ledere, sundhedskonsulenter samt forløbskoordinator.

2.2 Behovsvurdering

Resultater – kort fortalt

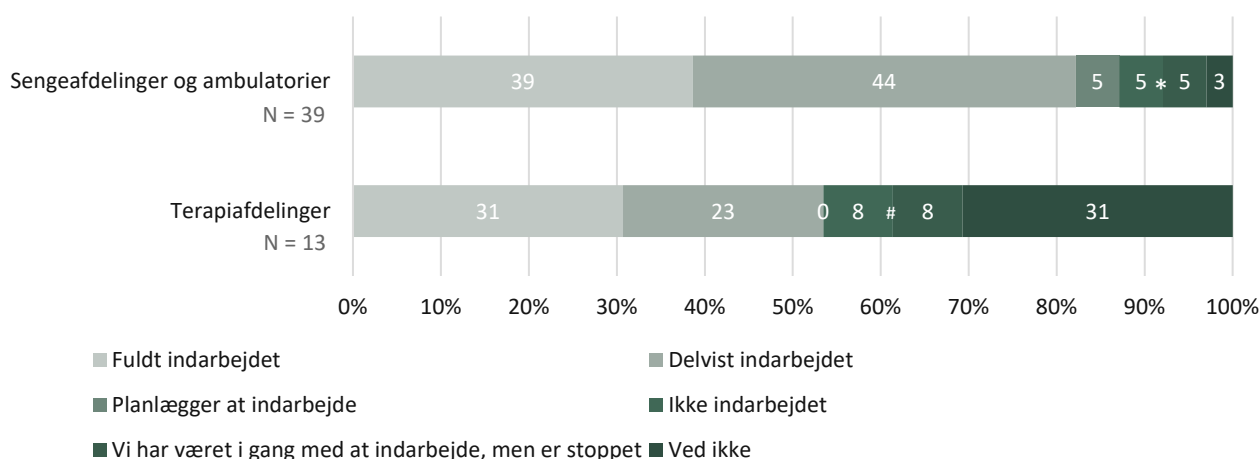
- Der tilbydes systematisk behovsvurdering til over halvdelen af kræftpatienter på 75 % af sengeafdelinger og ambulatorier.
- Der tilbydes systematisk behovsvurdering til alle (90-100 %) af kræftpatienter på 19 % af sengeafdelinger og ambulatorier.
- Det regionale behovsvurderingsskema anvendes af 21 (84 %) af sengeafdelinger og ambulatorier, og vurderes mere egnet til at identificere rehabiliteringsbehov end palliative behov.
- Blandt kommunerne benytter 40 (44 %) det regionale behovsvurderingsskema, mens 44 (49 %) anvender andre skemaer/redskaber (især baseret på PRO).
- Terapiafdelinger ser i mindre grad ud til have iværksat systematisk behovsvurdering (38 %), men benytter andre metoder til vurdering af behov.

2.2.1 Systematisk behovsvurdering på hospitaler

2.2.1.1. Status for implementering af behovsvurdering på sengeafdelinger, ambulatorier og i terapiafdelinger

Systematisk behovsvurdering er *indarbejdet fuldt* eller *delvist* for 32 (83 %) af sengeafdelinger og ambulatorier samt for syv (54 %) af terapiafdelinger (Figur 1). Knap en tredjedel (31 %) af respondenterne fra terapiafdelinger svarer, at de ikke ved, om systematisk behovsvurdering er indarbejdet.

Figur 1. Implementering af behovsvurdering



* De respondenter, der ikke indarbejder eller er stoppet med at indarbejde, kommenterer, at dette skyldes COVID-19, manglende tid og timing.

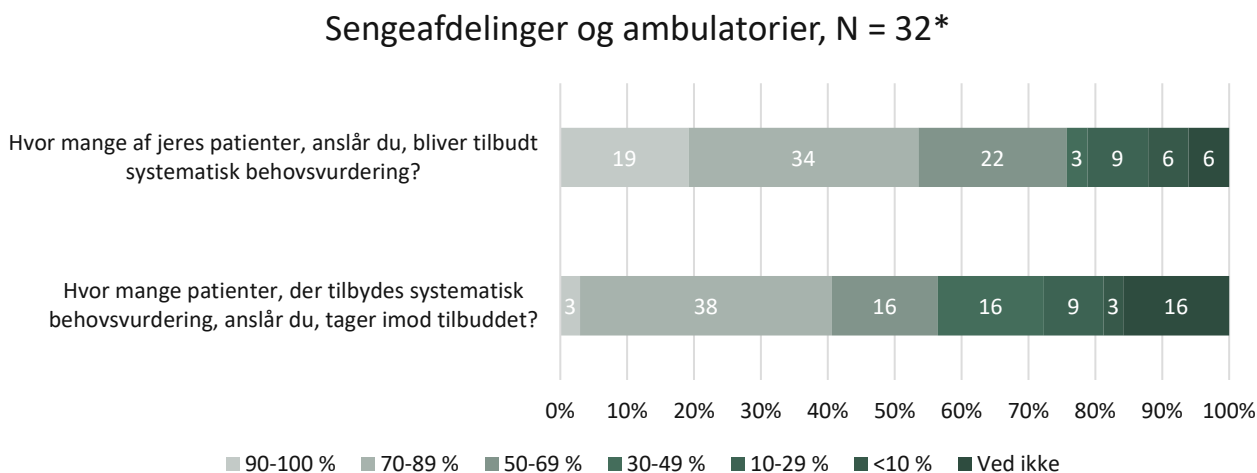
De terapiafdelinger, der ikke indarbejder systematisk behovsvurdering eller er stoppet med det, kommenterer, at årsager er manglende behov og manglende struktur for udlevering og opfølgning på behovsvurderingsskema. En terapeut angiver, at de "løbende taler med patienterne om deres funktionsevne inden og med/efter sygdommen, deres udfordringer og hvad der skal til for at blive rehabiliteret". Samme respondent angiver at benytte ICF-klassifikationen hertil.

2.2.1.2. Systematisk behovsvurdering på sengeafdelinger og ambulatorier – hvor mange tilbydes og hvornår, og hvor mange tager imod?

Samlet set anslår 75 % af sengeafdelinger og ambulatorier, at *mindst halvdelen* af patienterne *tilbydes* systematisk behovsvurdering. Tallet er 19 %, hvis der ses på afdelinger hvor alle, eller næsten alle

patienter (90-100 %), *tilbydes* systematisk behovsvurdering (Figur 2). På spørgsmålet om, hvor mange patienter der *tager imod tilbuddet*, har 18 (57 %) svaret, at mere end halvdelen af patienter, der tilbydes behovsvurdering, *tager imod tilbuddet*.

Figur 2. Tilbud om systematisk behovsvurdering



* 4 missing. 35 sengeafdelinger og ambulatorier har haft mulighed for at besvare dette spørgsmål, dvs. de afdelinger som har indarbejdet behovsvurdering.

Til spørgsmålet om hvornår behovsvurdering tilbydes, svarer 13 (41 %) af sengeafdelinger og ambulatorier, at de tilbyder *alle patienter* behovsvurdering i starten af behandlingen (Tabel B, Bilag 5). På baggrund af Tabel B tegner der sig ikke et klart billede af, hvornår behovsvurdering generelt tilbydes, ligesom det ikke er muligt at vurdere, om samme patient får justeret sin plan undervejs og ved afslutning.

2.2.1.3 Redskaber til systematisk behovsvurdering i sengeafdelinger og ambulatorier

Ud af 32 sengeafdelinger og ambulatorier svarer 25 af dem (78 %), at de anvender et redskab og/eller en procedure til behovsvurdering, dog er der også fem (16 %), der svarer, at de ikke gør, og to (6 %), der svarer, at de ikke ved det.

Ud af de 25 respondenter, der anvender et redskab/og eller procedure til behovsvurdering, er der 21 (84 %) respondenter, som anvender det regionale behovsvurderingsskema, ni (43 %) af disse supplerer med en rehabiliteringssamtale (Tabel C, Bilag 5). Otte (35 %) respondenter svarer, at de bruger andre redskaber eller procedurer til at identificere palliative behov og kommenterer, at de anvendte skemaer, fx er EORTC, EORTC-PAL, SPICT, guide fra palliativt team eller "bare en samtale".

Til patienter med **fremskreden kræft** svarer 18 (75 %) ud af de 25 respondenter, at de anvender det samme redskab og/eller procedure. Der er fire (17 %) respondenter, som angiver, at patienter med fremskreden kræft ikke tilbydes systematisk behovsvurdering, og tre respondenter svarer *ved ikke*. Sidstnævnte respondenter kommenterer, at behovsvurdering til denne patientkategori ikke sker systematisk, men efter individuel vurdering, at andre afdelinger varetager behovsvurderingen, at patienter med fremskreden kræft ikke har overskud til at deltage i yderligere, eller at der endnu ikke er tilført ressourcer til opgaven.

2.2.1.4 Anvendelse af behovsvurderingen i sengeafdelinger og ambulatorier

Blandt sengeafdelinger og ambulatorier svarer 23 (79 %) af respondenterne, at behovsvurdering *altid* eller *ofte* fører til kontakt til kommunen via XREF15 og korrespondancemeddelelse, mens 22 (76 %) respondenter svarer dette ift. genoptræningsplan. Der er 15 (52 %) af afdelingerne, som svarer, at de *sjældent* opfordrer patienten til at søge egen læge, og 20 (69 %) af afdelingerne kontakter *sjældent* selv praktiserende læge. I alt ni (31 %) af afdelingerne angiver, at behovsvurderingen *ofte* indarbejdes i patientens opfølgingsplan eller lignende, men det er mere hyppigt, at dette *sjældent* eller *aldrig* sker, idet 12 (41 %) af respondenterne svarer dette (Tabel D, Bilag 5).

2.2.1.5 Barrierer og udfordringer for behovsvurdering i sengeafdelinger og ambulatorier

De 26 sengeafdelinger og ambulatorier der svarede, at ikke alle patienter tilbydes behovsvurdering (dvs. de respondenter som svarede i andre kategorier end 90-100 % i Figur 2) angiver, at de væsentligste barrierer er *manglende tid til opgaven* (63 %), *manglende enighed om hvorvidt opgaven er relevant* (33 %) samt *uegnede fysiske rammer* (29 %).

I respondenternes kommentarer beskrives flere barrierer: Behovsvurderingsskema egner sig ikke til "raske" patienter, ressourcetsvage patienter eller socialt sårbare patienter; behovsvurdering vurderes ikke muligt for patienter, der ikke kan medvirke, ældre patienter som ikke magter rehabilitering, samt patienter der ikke selv ønsker at deltage; behovsvurdering er ikke relevant for patienter, der på egen hånd formår at fortsætte deres vanlige hverdagsliv, eller som ikke har fysiske eller psykiske behov for støtte.

I respondenternes kommentarer beskrives væsentlige udfordringer i arbejdet med systematisk behovsvurdering at være: Personalets opmærksomhed på behovsvurderinger, herunder også viden, kompetencer, overskud og tid; manglende implementering af et reelt værktøj til behovsvurdering; et presset sundhedsvæsen; tunge IT-systemer og manglende fysiske rammer.

Faktorer, der kan stå i vejen for, om patienten tager imod tilbud om systematisk behovsvurdering, vurderes af 18 (78 %) respondenter at være, hvis *patienten ikke selv ønsker det*. Andre væsentlige faktorer, som respondenterne besvarede peger på, er *fremskreden sygdom*, som svares af otte (35 %) respondenter, *kognitive vanskeligheder* som svares af otte (35 %) respondenter, og *sprog* som svares af seks (26 %) respondenter. Seks respondenter kommenterer under *andet*: Manglende overskud blandt patienterne, manglende behov for rehabilitering, at patienterne får mange informationer på en gang, manglende implementering og organisering, eller at afdelingen ikke får præsenteret tilbuddet godt nok.

2.2.1.6 Terapiafdelingers involvering i arbejdet med systematisk behovsvurdering

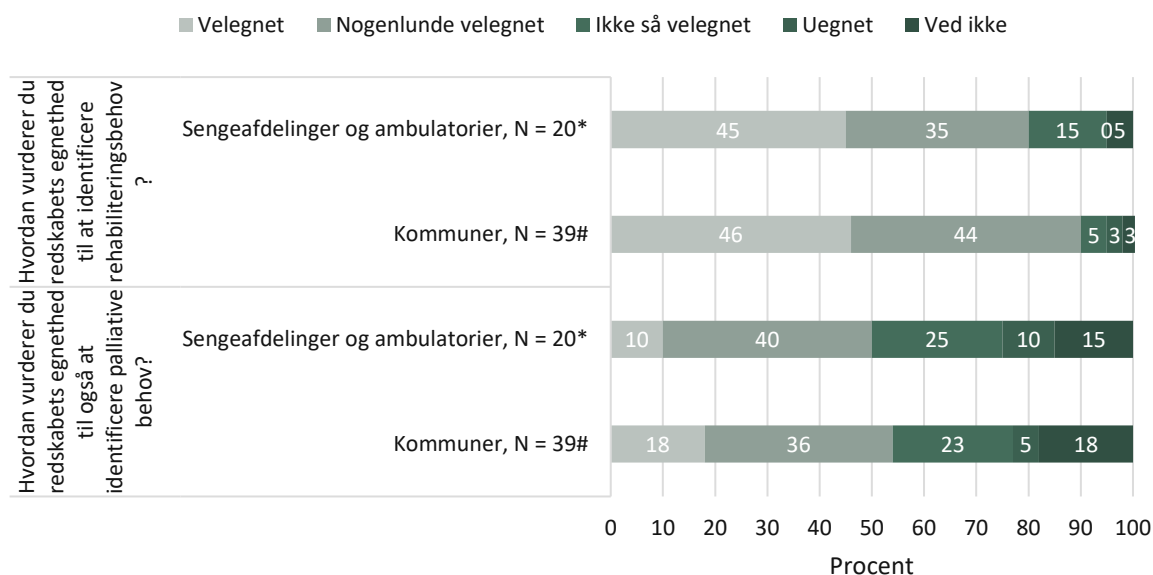
Ud af otte terapiafdelinger angiver tre (38 %) af disse, at ergo- og fysioterapeuter er involveret i arbejdet med systematisk behovsvurdering. Fem (62 %) terapiafdelinger angiver, at de ikke var involveret i arbejdet med systematisk behovsvurdering, men angiver alle, at de på anden måde bidrager til identificering af behov. Dette uddybes i fritekstsvar, hvor respondenterne angiver, at de arbejder med genoptræningsplaner og andre former for funktionsvurderinger, fx ift. hjælpemidler eller lig-

nende. Terapiafdelingerne er oftest involveret i systematisk behovsvurdering, når det handler om *patienter med komplekse rehabiliteringsbehov* eller *patienter med både rehabiliterings- og palliative behov* (Tabel E, F og G, Bilag 5).

2.2.2 Det regionale behovsvurderingsskema – egnethed for rehabiliterings- og palliative behov

Både sengeafdelinger, ambulatorier og kommuner, der benytter det regionale behovsvurderingsskema, er spurgt om skemaets egnethed til at identificere rehabiliterings- samt palliative behov (Figur 3). Blandt sengeafdelinger og ambulatorier vurderer 16 (80 %), at skemaet er *velegnet* eller *nogenlunde velegnet* til at identificere rehabiliteringsbehov, mens 10 (50 %) finder det *velegnet* eller *nogenlunde velegnet* til at identificere palliative behov. Ud af 39 kommunale respondenter vurderer 35 (90 %), at det er *velegnet* eller *nogenlunde velegnet* til rehabiliteringsbehov, mens 21 (54 %) finder, at det er velegnet til at identificere palliative behov.

Figur 3. Det regionale behovsvurderingsskemas egnethed



* 1 missing. 21 sengeafdelinger og ambulatorier har haft mulighed for at besvare dette spørgsmål.

5 missing. Der er 44 mulige respondenter til dette spørgsmål.

Respondenter fra sengeafdelinger og ambulatorier kommenterer, at det regionale behovsvurderingsskema³ trænger til revurdering og forenkling, at det er for uoverskueligt for patienten at udfylde, at det ikke kan stå alene, og at det vigtigste er samtalen med patienten. Nogle afdelinger arbejder på at udvikle deres eget behovsvurderingsskema ved hjælp af patientrapporterede oplysninger (PRO-skemaer), som tilgodeser både rehabiliterings- og palliative behov på en mere patientvenlig og overskuelig måde.

2.2.3 Behovsvurdering i kommunerne

Blandt 90 kommuner er der 78 (87 %) af respondenterne, der svarer, at de kender det regionale behovsvurderingsskema, mens kun 40 (44 %) af respondenterne svarer, at kommunen anvender det.

³ Se de regionale behovsvurderingsskemaer i Bilag 3.

Blandt de 50 kommuner, der svarer, at de ikke anvender det regionale behovsvurderingsskema, er der 46 (92 %) af respondenterne, der svarer, at de i stedet anvender andre redskaber eller procedurer til behovsvurdering, mens fire (8 %) respondenter svarer, at de ikke anvender skemaer.

Blandt de 40 kommunale respondenter, som anvender det regionale behovsvurderingsskema, svarer 29 (73 %), at de også anvender andre skemaer i den indledende kontakt, og de kommenterer, at disse fx er et ICF-baseret spørgeskema, Fælles Sprog III-baseret spørgeskema eller FACT-G⁴.

Tabel 3 viser, hvilke redskaber/procedurer kommunerne anvender. Det bemærkes, at 44 (49 %) svarer *andre skemaer*, og uddybende fritekstsvare indikerer, at sundhedssamtalen fungerer som selvstændig procedure, samt at kommunerne har egne udarbejdede skemaer, som indeholder forskellige PRO-skemaer og spørgsmål om livsstilsfaktorer. Følgende PRO-skemaer nævnes: SF-12, HADS, PAM, WHO-5, ernæringscreening, belastnings-barometer (Dallundskala). Mange kommuner nævner også platformen MoEva⁵, der har flere PRO-skemaer med.

Tabel 3. Anvendelse af andre redskaber/procedurer i den indledende kontakt med borgeren i kommunerne (mulighed for flere krydser)

N = 90*	Antal (procent)
Det regionale behovsvurderingsskema	40 (44)
ICF - baseret skema	23 (26)
Fælles Sprog III – baseret spørgeskema	15 (17)
FACT-G	14 (16)
EORTC QLQ - C15 - pal	7 (8)
Dallundskalaen	7 (8)
COPM	7 (7)
EORTC QLQ - C30	4 (4)
Distress Thermometer	2 (2)
Andre skemaer eller elementer fra skemaer [#]	44 (49)

* 1 missing (har ikke fået spørgsmålet/er droppet ud af besvarelsen inden).

[#] De kommunale respondenter kommenterer, at grunden til, at de anvender andre skemaer, er for at få et bedre helhedsbillede af borgerne, at borgerne henviset på § 119 sjældent udskrives med særlig meget information fra hospitalet, at behovsvurderingsskema fra hospitalet ikke er anvendt eller udfyldt, at behovsvurderingsskemaet mangler mestringsdelen – regionens behovsvurderingsskema vurderes som ikke optimalt af kommunerne.

⁴ Se listen med forkortelser i Afsnit 6.2.

⁵ Om MoEva – DEFACTUM: <https://www.defactum.dk/om-DEFACTUM/projektsite/moeva---monitorering-og-evaluering-af-patientuddannelse/om-moeva/>

2.3 Rehabiliteringsindsatser

Resultater – kort fortalt

- Næsten alle kommuner (97 %) angiver, at de har indarbejdet indsatser ift. rehabilitering, mens 63 % har indarbejdet palliative indsatser.
- De fleste kommuner vurderer deres indsatser ift. rehabilitering helt eller delvist tilstrækkelige, mens palliative indsatser i mindre grad vurderes tilstrækkelige.
- Flere kommuner end hospitaler vurderer, at deres rehabiliterende indsatser er tilstrækkelige.
- Sengeafdelinger og ambulatorier samt kommuner mangler kapacitet ift. psykosociale indsatser. Her nævnes indsatser ift. seksualitet og samliv og støtte til pårørende. Kommunerne beskriver manglede indsatser ift. rettigheder og juridiske forhold.
- Halvdelen af kommunerne svarer, at de har diagnosespecifikke tilbud, og det er især tilbud til borgere med brystkræft, hoved-hals kræft, prostatakræft og lungekræft.
- Kommunerne svarer, at de dokumenterer deres indsatser (99 %), mens 70 % evaluerer deres indsatser.

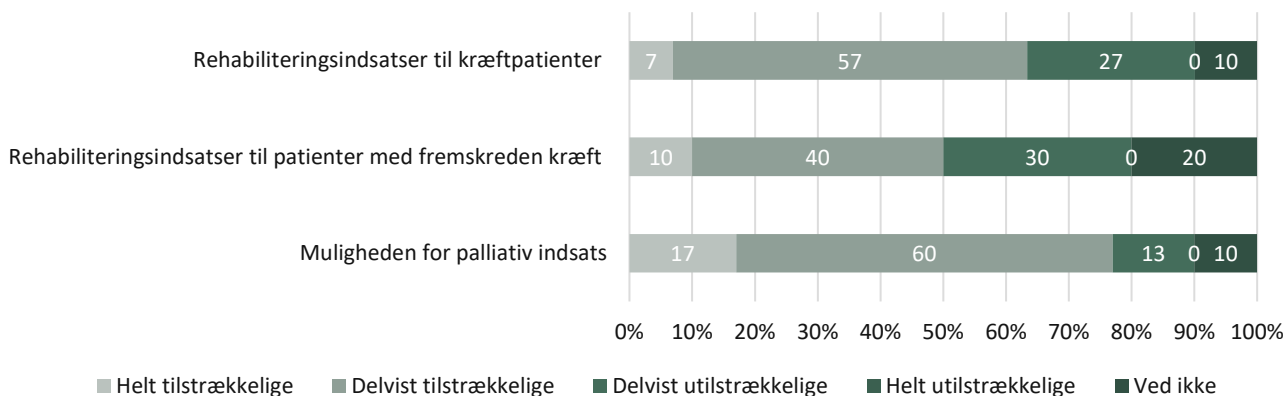
Resultaterne vedrørende palliativ indsats skal læses ud fra den præmis, at svarene er givet af respondenter med særlig viden om rehabilitering – ikke palliative fagpersoner. Indgående viden om palliative indsatser findes i REHPAs kortlægninger om kommunal palliativ indsats og specialiseret palliativ indsats (12, 13).

2.3.1 Hospitalernes indsatser

Blandt sengeafdelinger og ambulatorier vurderer 19 (64 %) af respondenterne, at kapaciteten af hospitalets rehabiliteringsindsatser til kræftpatienter er *helt* eller *delvist tilstrækkelige*, mens 15 (50 %) af respondenterne vurderer, at indsatserne til patienter med **fremskreden** kræft er *helt* eller *delvist tilstrækkelige*. Muligheden for palliativ indsats vurderes som værende *helt* eller *delvist tilstrækkelig* af 23 (77 %) af afdelingerne (Figur 4).

Figur 4. Kapacitet: Rehabiliterings- og palliative indsatser

Sengeafdelinger og ambulatorier, N = 30*



* 9 missing. På dette tidspunkt i spørgeskemaet er alle de ni respondenter med nogen svar (Tabel 1) frafaldet spørgeskemabesvarelsen.

De respondenter, der har svaret, at indsatserne var *delvist utilstrækkelige* i Figur 4, angiver, at de indsatser hospitalet ikke kan tilbyde i tilstrækkeligt omfang, er psykosocial indsats, vejledning om senfølger, indsatser ift. seksualitet og samliv, samt fysisk træning under behandling og anden genoptræning (Tabel H, Bilag 5). Afdelingerne vurderer i deres besvarelser, at væsentlige barrierer for tilstrækkelig kapacitet er manglende ressourcer, og at ansvaret vurderes at ligge i kommunalt regi (Tabel I, Bilag 5).

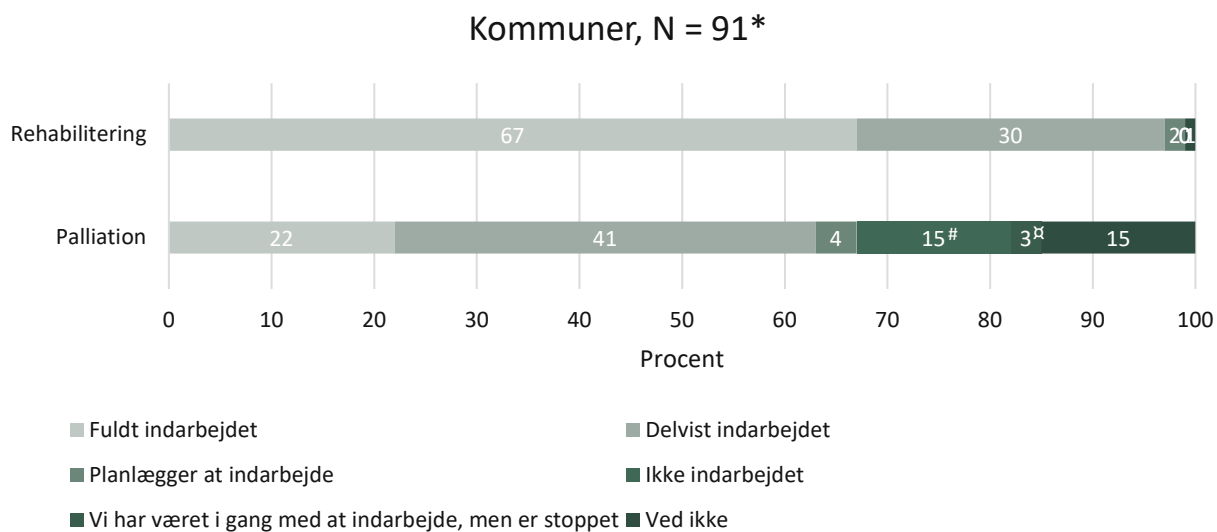
Blandt 13 terapiafdelinger er der ni (69 %) af afdelingerne, som vurderer, at de fysioterapeutiske tilbud og muligheden for palliativ indsats er *helt* eller *delvist tilstrækkelige*, mens seks (46 %) af terapiafdelingerne vurderer deres ergoterapeutiske tilbud som *helt* eller *delvist tilstrækkelige*.

Ud af 13 terapiafdelinger vurderer fire (31 %) af afdelingerne det fysioterapeutiske tilbud, fem (39 %) af afdelingerne det ergoterapeutiske tilbud, og tre (23 %) af afdelingerne muligheden for palliativ indsats, som *delvist* eller *helt utilstrækkeligt*. Disse respondenter angiver, at der mangler fysioterapeutisk og ergoterapeutisk kapacitet, hvad angår fysisk træning under behandling, indsatser ift. hverdagsaktiviteter, palliativ indsats, kognitiv rehabilitering, anden genoptræning, vejledning om sygdom, symptomer og behandling, samt vejledning om senfølger (Tabel H, Bilag 5). Besvarelserne viser, at respondenterne vurderer, at væsentlige barrierer for tilstrækkelig kapacitet er manglende ressourcer og manglende opmærksomhed på palliative behov (Tabel I, Bilag 5).

2.3.2 Implementering af rehabiliteringsindsatser i kommunerne

Figur 5 viser, at 89 (97 %) og 57 (63 %) af kommunerne har svaret, at de har indarbejdet faglige indsatser ift. henholdsvis rehabilitering eller palliation *fuldt* eller *delvist*. Ift. palliation er der 14 (15 %) af kommunerne, der svarer, at de *ikke* har *indarbejdet* faglige indsatser ift. rehabilitering eller palliation, eller som svarer *ved ikke*.

Figur 5. Implementering af rehabiliterings- og palliative indsatser



* 0 missing, alle kommuner har besvaret spørgsmålet.

De respondenter, der *ikke indarbejder* faglige indsatser ift. palliation, kommenterer, at væsentlige årsager er manglende tid, ressourcer, prioritering, ledelsesmæssigt fokus, besparelser, manglende politisk beslutning, eller at palliativ indsats varetages andetsteds i kommunen, (fx i hjemmeplejen).

⌘ De respondenter, der er *stoppet med at indarbejde* faglige indsatser ift. palliation, angiver som årsager: COVID-19 og mangel på palliationssygeplejerske.

2.3.3 Kommunernes indsatser

Tabel 4 viser de kommunale respondentes besvarelser, ift. hvilke indsatser der indgår i kommunens rehabiliteringstilbud. Besvarelserne viser, at de indsatser, der i mindst omfang indgår i kommunernes rehabiliteringstilbud, er indsatser ift. psykosociale og eksistentielle områder, herunder vejledning om rettigheder og juridiske forhold, eksistentiel støtte, seksualitet og samliv samt støtte til pårørende.

Tabel 4. Indsatser i kommunernes rehabiliteringstilbud

N = 89*	Antal (procent)
Vejledning om sygdom og senfølger	
Vejledning om sygdom, symptomer og behandling	72 (81)
Vejledning om senfølger	82 (92)
Genoptræning og fysisk træning	
Genoptræning	78 (88)
Fysisk træning	81 (91)
Indsats ift. kognitive vanskeligheder/kognitiv rehabilitering	68 (76)
Psykisk, socialt og eksistentielt	
Psykosocial indsats, herunder roller og relationer	77 (87)
Eksistentiel støtte	60 (67)
Indsatser ift. seksualitet og samliv	61 (69)
Indsatser ift. arbejdsfastholdelse eller afklaring af arbejdssituation	65 (73)
Indsatser ift. hverdagsaktiviteter	74 (83)
Hjælpemidler	69 (78)
Støtte til pårørende	61 (69)
Vejledning om rettigheder og juridiske forhold	33 (37)
Forebyggelse og andre indsatser	
Ernæringsvejledning	87 (98)
Rygestop	88 (99)
Indsats ift. Alkohol	74 (83)
Andre [#]	20 (23)

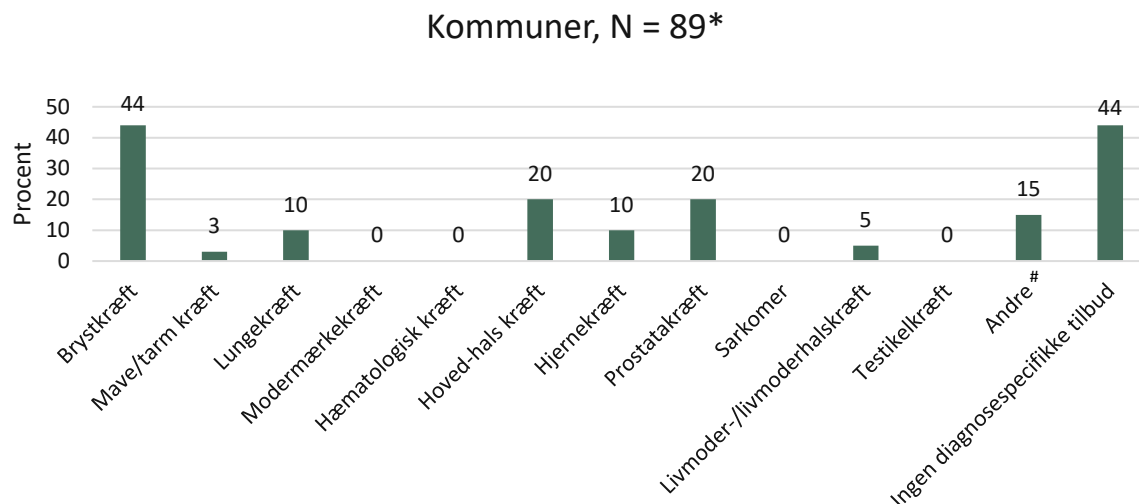
* 2 missing. De to respondenter der har givet nogle svar i henhold til Tabel 1, er frafaldet besvarelsen på dette tidspunkt.

Eksempler på *andre* indsatser er: coachende samtaler, mindfulness og hold med fokus på mental balance, tilbud med fokus på mestring, netværksdannelse og erfaringsudveksling, cafétilbud, hjælp til vægttab, tilbud til inkontinens, søvnvejledning, naturbaserede tilbud, tilbud om bisidderfunktion samt *Lær at tackle*-tilbuddene (<http://sundhedsformidling.dk/projekter/laer-at-tackle.aspx>).

2.3.3.1 Diagnosespecifikke indsatser i kommunerne

Ud af 89 kommuner angiver 49 (56 %), at de har diagnosespecifikke rehabiliteringstilbud til borgere med kræft, 39 (44 %) svarer, at de ikke har. Figur 6 viser, hvilke diagnosegrupper kommunerne svarer, at de har specifikke indsatser til.

Figur 6. Specifikke indsatser til diagnoser



* 2 missing. De to respondenter der har givet nogle svar i henhold til Tabel 1, er frafaldet besvarelsen på dette tidspunkt.

Mange af de kommuner, der svarer *andre* diagnoser, angiver, at deres tilbud ikke er diagnosespecifikke, eller at der tilbydes forløb inden for alle diagnosegrupper. Herudover er der enkelte kommuner, der angiver tilbud til kræft i spiserør og mavesæk, tilbud til cardia- og ventrikelkræft, malignt melanom eller urologisk kræft. En lille kommune skriver, at deres tilbud stort set altid er individuelle.

2.3.3.2 Andre særlige indsatsområder i kommunerne

Kommunerne er spurgt, om de har andre særlige fokusområder, fx kønsspecifikke tilbud, tilbud til multisyge, til særligt udsatte grupper, til etniske minoritetsgrupper eller til andre. Ud af 89 kommuner svarer 19 (21 %) af kommunerne *ja*, mens 62 (70 %) af kommunerne svarer *nej*. Otte (9 %) respondenter svarer *ved ikke*.

Kønsspecifikke tilbud beskrives af otte kommuner som: Bækkenbundstræning på hold for henholdsvis mænd eller kvinder, 'mandehold', naturtilbud til mænd men også til kvinder.

Ingen kommuner angiver at have tilbud til multisyge.

Tilbud til særligt udsatte grupper beskrives af seks kommuner, der nævner, uden at uddybe yderligere: Mere håndholdte forløb, indsatser i eget hjem, mindfulness i naturen, samtalegrupper, socialfaglig sygeplejerske.

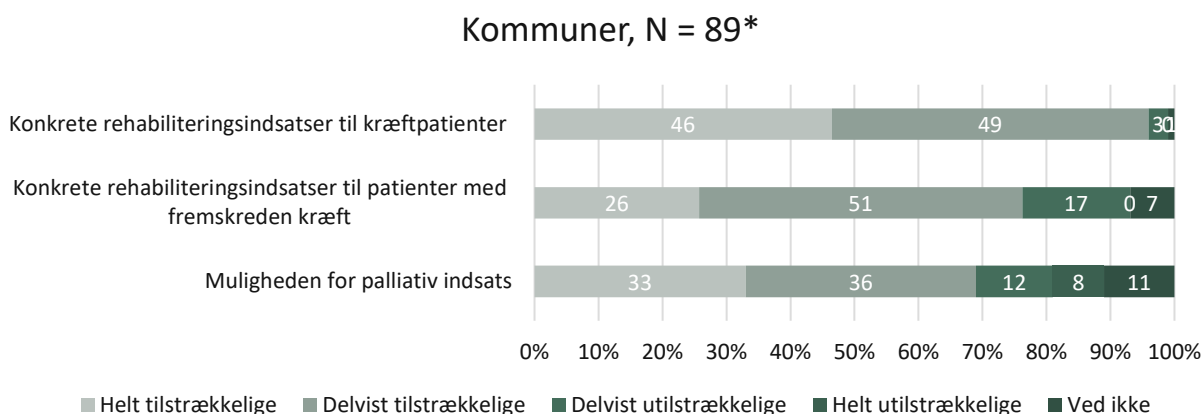
Tilbud til etniske minoritetsgrupper beskrives af én kommune: Tilbud til arabisk talende borgere med kræft.

Tilbud til andre grupper beskrives af ni kommuner: Tilbud til borgere med erhvervet hjerneskade, gruppeforløb for børn og unge med kræfttramte forældre, sorggrupper for børn og unge, støttegrupper for efterlevende ægtefælle/samlever, selvhjælpsgrupper af social karakter, fortsættertilbud efter endt kræftrehabilitering, træningshold for unge under 40 år, holdtilbud fordelt på seniorer og erhvervsaktive.

2.3.3.3 Kommuners kapacitet – rehabilitering og palliation

Figur 7 viser, at 85 (95 %) af kommunerne vurderer kapaciteten i tilbud til borgere med kræft *helt* eller *delvist tilstrækkeligt*. Besvarelserne viser, at dette gælder for 69 (77 %) af kommunerne ift. kapaciteten i tilbud til borgere med *fremskreden* kræft, og for 61 (69 %) af kommunerne ift. muligheden for at henvise til palliativ indsats.

Figur 7. Kapacitet: Rehabiliterings- og palliative indsatser



* 2 missing. De to respondenter, der har givet nogle svar i henhold til Tabel 1, er frafaldet besvarelsen på dette tidspunkt.

I alt 26 (29 %) respondenter svarede *delvist utilstrækkelige* eller *helt utilstrækkelige* til minimum ét af de tre spørgsmål, der er vist i Figur 7. Disse respondenter blev i spørgeskemaet spurgt videre til, hvilke områder, de vurderer, at kommunen mangler kapacitet ift. rehabilitering og palliation. Der er flest af disse respondenter, der svarer *palliativ indsats* (58 %), men også *vejledning om rettigheder og juridiske forhold* (42 %), *indsatser ift. seksualitet og samliv* (42 %), *støtte til pårørende* (39 %), og *indsatser ift. kognitive vanskeligheder/kognitiv rehabilitering* (39 %) er nævnt som områder, hvor der mangler kapacitet ift. rehabilitering og evt. palliation (Tabel 5).

Tabel 5. Områder hvor der mangler kapacitet ift. rehabilitering og evt. palliation blandt de 26 kommuner, der vurderer, at disse er utilstrækkelige

N = 26*	Antal (procent)
Vejledning om sygdom og senfølger	
Vejledning om sygdom, symptomer og behandling	7 (27)
Vejledning om senfølger	7 (27)
Genoptræning og fysisk træning	
Genoptræning	2 (8)
Fysisk træning	9 (35)
Indsats ift. kognitive vanskeligheder/kognitiv rehabilitering	10 (39)
Psykisk, socialt og eksistentielt	
Psykosocial indsats, herunder roller og relationer	8 (31)
Eksistentiel støtte	9 (35)
Indsatser ift. seksualitet og samliv	11 (42)
Indsatser ift. arbejdsfastholdelse eller afklaring af arbejdssituation	8 (31)
Indsatser ift. hverdagsaktiviteter	4 (15)
Hjælpemidler	2 (8)
Støtte til pårørende	10 (39)
Vejledning om rettigheder og juridiske forhold	11 (42)
Forebyggelse og andre indsatser	
Ernæringsvejledning	1 (4)
Rygestop	1 (4)
Indsats ift. Alkohol	2 (8)
Palliativ indsats	15 (58)

* 0 missing. Det er kun de kommuner, der har svaret i Figur 7, at mulighederne for rehabiliterings- eller palliative indsatser var delvist utilstrækkelige eller helt utilstrækkelige, som har kunnet svare på spørgsmålet, som denne tabel viser besvarelsene for.

Hvad angår palliativ indsats, kommenterer en kommune, at den palliative indsats er mangelfuld, fordi der ikke er et konkret tilbud til de borgere, der ikke er syge nok til hospice eller den palliative hospitalsafdeling, men samtidig er for "sygdomsramte" til et rehabiliteringstilbud. Andre kommentarer peger i retning af, at der mangler bedre overblik over og kendskab til, hvad der findes i andre afdelinger af kommunen, fx hjemmeplejen ift. at varetage palliation. Der er flere kommunale respondenter, der skriver, at det ville være ønskværdigt at have en palliationssygeplejerske i teamet, at det er uklart, hvor i kommunen opgaven løses bedst, samt at kommunerne ikke kan henvise til palliativ fysioterapi, (dette kan kun egen læge eller hospitalslæge).

De væsentligste barrierer vurderes af 12 (46 %) ud af de 26 kommunale respondenter at være manglende opmærksomhed på palliative behov, 10 (39 %) respondenter svarer manglende ressourcer, og otte (31 %) respondenter svarer manglende kompetencer. Syv (27 %) respondenter svarer, at andre barrierer er størrelsen på kommunen, at der mangler kompetencer ift. kognitive færdigheder, eller at opgaven med palliation varetages andetsteds i kommunen (oftest i hjemmeplejen).

2.3.3.4 Dokumentation og evaluering af indsatser i kommunerne

I den kommunale undersøgelse er der spurgt til dokumentation og evaluering af indsatser. Ud af 89 kommuner, dokumenterer 88 (99 %) af de kommunale respondenter deres kræftrehabiliteringsindsatser, og 62 (70 %) evaluerer deres kræftrehabiliteringsindsatser ift. effekt.

De 88 kommuner svarer, at de dokumenterer deres indsatser via journalnotater i dokumentationssystemer, ICF og Fælles Sprog III samt at der dokumenteres fremmøde, afbud og udeblivelser og borgernes udvikling og engagement ved de forskellige indsatser.

Tabel 6 viser, hvilke parametre, der indgår i kommunernes evaluering af indsatser. Flere parametre indgår i evalueringen i de 62 kommuner, der har svaret, at de evaluerer deres indsats. Hyppigst nævnes: livskvalitet, målopfyldelse, fysisk funktion, selv vurderet helbred og borgertilfredshed.

Tabel 6. Parametre der indgår i kommunernes evaluering af indsatser blandt de 62 kommuner, der evaluerer deres indsats

N = 62*	Antal (procent)
Ændringer i livskvalitet	47 (76)
Målopfyldelse ift. borgerens egne mål	47 (76)
Ændringer i fysisk funktion vurderet ved funktionstest	44 (71)
Ændringer i selv vurderet helbred	43 (69)
Borgertilfredshed	38 (61)
Ændringer i risikofaktorer/livsstil (KRAM faktorer)	31 (50)
Forandring i ADL/hverdagsaktiviteter	27 (44)
Ændringer i oplevet belastning	22 (36)
Andet#	10 (16)

* 0 missing. Det er kun de 62 kommuner, der evaluerer deres indsatser, som kunne besvare dette spørgsmål.

Dem der svarer *andet* kommenterer, at andre parametre er diverse PRO-skemaer, som bruges til at måle på ovenstående kategorier. Følgende nævnes:

EORTC-30, FACT-G, WHO-5, behovsvurderingsskala samt MoEva-systemet. Desuden er der to respondenter, der skriver, at borgerne altid tilbydes en slutsamtale, hvor der evalueres på forløbet.

De 88 kommuner, der angiver enten at dokumentere og/eller evaluere deres indsatser, er videre spurgt, hvordan de anvender disse data. Fritekstsvarene viser, at data anvendes til tre forskellige formål:

- *Data anvendes borgernært:* i samtalerne igennem hele forløbet, både til at vurdere behov, evt. fremgang og til justering af indsatser. Det gælder for ca. 42 %⁶ af kommunerne.
- *Data anvendes i kvalitetsarbejdet:* som evaluering af indsatserne samt ift. at sikre eller højne kvaliteten af indsatserne fremadrettet. Det gælder for ca. 38 % af kommunerne.
- *Data anvendes til ledelsesinformation:* der trækkes data ud til overordnede statistikker. For nogle kommuner samles data i rapporter og bruges til ledelses- og politiske beslutninger ift. prioritering af området. Nogle kommuner indsender årligt data til regionen. Det gælder for ca. 15 % af kommunerne.

⁶ Estimat på baggrund af fritekstsvar.

2.4 Tværfagligt samarbejde

Resultater – kort fortalt

- I 93 % af kommunerne og 77 % af terapiafdelinger samarbejdes der tværfagligt om rehabilitering.
- I halvdelen af sengeafdelinger og ambulatorier samarbejdes der tværfagligt ved alle kræftpatienter med rehabiliteringsbehov.
- Muligheden for tværfagligt samarbejde om rehabilitering vurderes helt eller delvist tilstrækkelig for 93 % af kommunerne, 92 % af terapiafdelinger og 58 % af sengeafdelinger og ambulatorier.
- Manglende tid og tradition for samarbejde er væsentlige barrierer blandt såvel kommuner som hospitalsafdelinger.

2.4.1 Tværfagligt samarbejde om kræftrehabilitering

Terapiafdelinger og kommuner er spurgt til, i hvilket omfang kræftrehabiliteringen er organiseret tværfagligt. Bemærk, at "tværfagligt samarbejde" ikke defineres i spørgeskemaet, så det er respondenternes egen fortolkning, der lægges til grund. Ud af 13 terapiafdelinger svarer otte (62 %), at de *altid* eller *ofte* deltager i tværfagligt samarbejde om kræftrehabilitering ud over egen afdeling. Blandt 89 kommuner er det 83 (93 %), der svarer, at de *altid* eller *ofte* samarbejder tværfagligt om kræftrehabilitering.

Sengeafdelinger og ambulatorier er ikke spurgt om samme spørgsmål, men de er spurgt, ift. hvilke patientgrupper de samarbejder tværfagligt om kræftrehabilitering. Ud af 31 sengeafdelinger og ambulatorier svarer halvdelen af respondenterne, at de samarbejder tværfagligt, når det gælder *alle patienter med rehabiliteringsbehov*. En tredjedel af respondenterne fra sengeafdelinger og ambulatorier svarer, at de samarbejder tværfagligt om kræftrehabilitering, når det gælder *patienter med komplekse rehabiliteringsbehov* eller *patienter med både rehabilitering- og palliative behov*. Kun to afdelinger angiver, at de ikke samarbejder tværfagligt om kræftrehabilitering.

2.4.2 Faggrupper i det tværfaglige samarbejde

I Tabel 7 ses svarene vedr. hvilke faggrupper, der oftest deltager i tværfagligt samarbejde om kræftrehabilitering blandt sengeafdelinger og ambulatorier. Af svarene fremgår det, at det på sengeafdelinger og i ambulatorier oftest er en *sygeplejerske*, *læge* eller *fysioterapeut*, der deltager i tværfagligt samarbejde om rehabilitering.

Blandt terapiafdelingerne viser besvarelsene, at det oftest er en *sygeplejerske*, *læge*, *fysioterapeut* eller *ergoterapeut*, der deltager i det tværfaglige samarbejde om kræftrehabilitering.

Blandt kommunerne viser besvarelsene, at det oftest er en *fysioterapeut*, *kliniske diætist*, *sygeplejerske* eller *ergoterapeut*, der deltager i det tværfaglige samarbejde om kræftrehabilitering. Der er 17 (19 %) kommuner, som har svaret *andre* – her nævnes med respondenternes egne betegnelser: Forløbskoordinatorer, sundhedsrådgivere, psykoterapeuter, visitatorer, kostvejledere, coach og palliationssygeplejersker.

Tabel 7. Hvem deltager oftest i det tværfaglige samarbejde om kræftrehabilitering?

	Sengeafdelinger og ambulatorier (N = 29)*	Terapiafdelinger (N = 13)#	Kommuner (N = 89)¤
	Antal (procent)		
Læge	24 (83)	13 (100)	14 (16)
Sygeplejerske	29 (100)	13 (100)	73 (82)
Fysioterapeut	23 (79)	12 (92)	87 (98)
Ergoterapeut	11 (38)	12 (92)	65 (73)
Klinisk diætist	7 (24)	5 (39)	77 (87)
Socialrådgiver	11 (38)	3 (23)	21 (24)
Social- og sundhedsassistent	5 (17)	5 (39)	10 (11)
Psykolog	4 (14)	6 (46)	16 (18)
Neuropsykolog	2 (7)	1 (8)	1 (1)
Logopæd	2 (7)	1 (8)	2 (2)
Præst	2 (7)	4 (31)	10 (11)
Jobkonsulent	-	-	29 (33)
Andre	2 (7)	1 (8)	17 (19)

* 10 missing. Respondenter med nogle svar (Tabel 1) er frafaldet undersøgelsen.

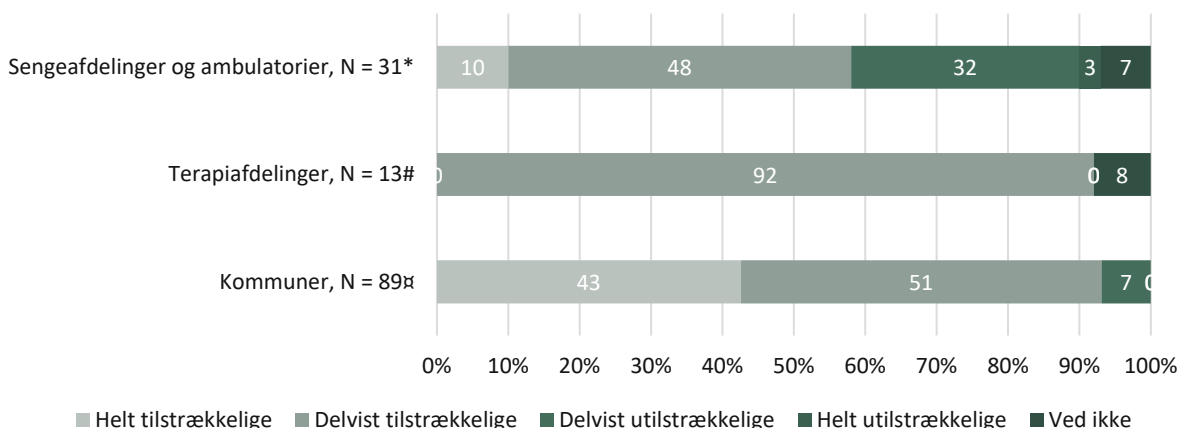
0 missing. 13 terapiafdelinger har haft mulighed for at besvare dette spørgsmål.

¤ 2 missing. Respondenter med *nogle* svar (Tabel 1) er frafaldet undersøgelsen.

2.4.3 Muligheder for tværfagligt samarbejde om kræftrehabilitering

Sengeafdelinger og ambulatorier, terapiafdelinger og kommuner er alle spurgt, hvordan de vurderer mulighederne for tværfagligt samarbejde om kræftrehabilitering. Figur 8 viser, at samlet set 18 (58 %) af sengeafdelinger og ambulatorier har svaret, at de vurderer mulighederne *helt tilstrækkelige* eller *delvist tilstrækkelige*. Ti (32 %) respondenter fra sengeafdelinger og ambulatorier har svaret, at de vurderer dem *delvist utilstrækkelige* eller *helt utilstrækkelige*. Blandt terapiafdelinger er der 12 (92 %) af afdelingerne, som svarer, at de vurderer mulighederne for tværfagligt samarbejde om kræftrehabilitering *delvist tilstrækkelige*, og 84 (94 %) af kommunerne vurderer, at mulighederne for tværfagligt samarbejde om kræftrehabilitering er *helt tilstrækkelige* eller *delvist tilstrækkelige*.

Figur 8. Muligheder for tværfagligt samarbejde om kræftrehabilitering



* 8 missing. Otte respondenter har kun givet nogle svar (Tabel 1) og er frafaldet besvarelsen på dette tidspunkt.

0 missing. 13 terapiafdelinger har haft mulighed for at besvare dette spørgsmål.

2 missing. To respondenter har kun givet *nogle svar* (Tabel 1) og er frafaldet besvarelsen på dette tidspunkt.

I alt 11 (35 %) sengeafdelinger og ambulatorier svarer, at mulighederne for tværfagligt samarbejde om kræftrehabilitering er *delvist utilstrækkelige* eller *helt utilstrækkelige*. Disse respondenter vurderer at manglende tid, manglende tradition samt at relevante faggrupper ikke er tilgængelige, er væsentlige barrierer for tværfagligt samarbejde.

De kommuner, der har svaret, at mulighederne er *delvist utilstrækkelige* angiver, at en væsentlig barriere for at arbejde tværfagligt om kræftrehabilitering er manglende tid til tværfagligt samarbejde.

2.4.4 Samarbejde på tværs af forvaltninger eller afdelinger i kommunen

Ud af 89 kommuner angiver 37 (42 %) af de kommunale respondenter, at de *altid* eller *ofte* samarbejder med andre forvaltninger eller afdelinger i kommunen. Lige så mange angiver, at de *af og til* samarbejder. Der er 15 (17 %) kommuner, som sjældent samarbejder om kræftrehabilitering med andre forvaltninger eller afdelinger i kommunen.

De kommuner der svarer, at de *altid*, *ofte* eller *af og til* samarbejder med andre forvaltninger eller afdelinger i kommunen er spurgt hvilke af disse de oftest samarbejder med. Besvarelserne fremgår af Tabel 8 og viser, at de forvaltninger eller afdelinger, der oftest samarbejdes med på tværs i kommunen, er hjemmesygeplejen, jobcentret og hjemmeplejen.

Tabel 8. Samarbejde på tværs af afdelinger i kommunen

N = 74*	Antal (procent)
Hjemmesygeplejen	63 (85)
Jobcenteret	58 (78)
Hjemmeplejen	47 (64)
Beskæftigelsesforvaltningen/-afdelingen	24 (32)
Andre forvaltninger/afdelinger [#]	14 (19)
Socialforvaltningen	7 (10)
Ved ikke	0

* 0 missing. 74 kommuner kunne besvare dette spørgsmål, da de angav de altid, ofte eller af og til samarbejder med andre forvaltninger eller afdelinger i kommunen.

De 14 kommuner, der har svaret *andre forvaltninger/afdelinger*, angiver, at disse er andre afdelinger i sundheds- og omsorgsforvaltningen, børn og familieafdeling, træningsafdelingen, kommunalt hospice, visitationsenheden, hjælpemidler og borgerservice.

Mulighederne for at samarbejde på tværs af forvaltninger eller afdelinger om kræftrehabilitering vurderes af 67 (75 %) af kommunerne at være *helt* eller *delvist tilstrækkelige*, mens 17 (19 %) vurderer at de er *delvist* eller *helt utilstrækkelige*. Disse respondenter vurderer, at væsentlige barrierer er manglende tradition for samarbejde, manglende tid og manglende enighed om, hvorvidt samarbejde er relevant.

2.5 Koordination og sammenhængende forløb – tværsektorielle forløb

Resultater – kort fortalt

- På hospitalerne (sengeafdelinger, ambulatorier og terapiafdelinger) viser besvarelsene, at koordinerede og sammenhængende forløb især understøttes ved elektroniske henvisninger til kommunale rehabiliteringsforløb.
- Sengeafdelinger og ambulatorier vurderer, at der er bedre muligheder for koordinerede og sammenhængende forløb med kommunerne end med almen praksis, hvilket også kommer til udtryk i at markant færre afdelinger har indarbejdet procedurer for sammenhængende rehabiliteringsforløb på tværs af hospital og almen praksis sammenlignet med kommunerne.
- Sengeafdelinger og ambulatorier, terapiafdelinger og kommuner rapporterer alle, at manglende kendskab til kommunale rehabiliteringstilbud er en væsentlig barriere for koordinerede og sammenhængende forløb.

2.5.1 Implementering af procedurer for sammenhængende rehabiliteringsforløb

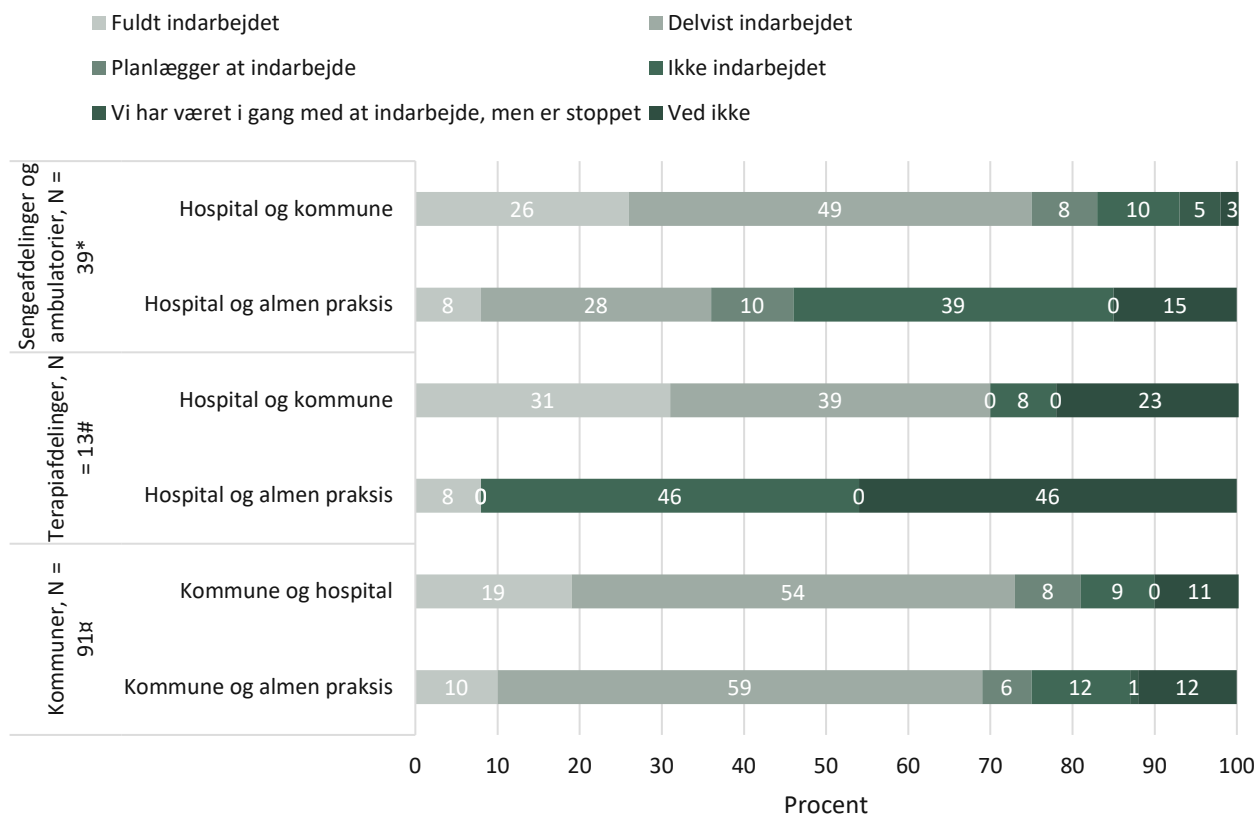
Sengeafdelinger og ambulatorier, terapiafdelinger og kommuner er spurgt, i hvilken grad de har indarbejdet procedurer for mere sammenhængende rehabiliteringsforløb på tværs af henholdsvis hospitaler, kommuner og almen praksis.

Det ses af Figur 9, at 29 (75 %) sengeafdelinger og ambulatorier har svaret, at de *fuldt* eller *delvist* har indarbejdet procedurer for mere sammenhængende rehabiliteringsforløb på tværs af **hospital og kommune**, mens 14 (36 %) har *fuldt* eller *delvist* indarbejdet procedurer for mere sammenhængende rehabiliteringsforløb på tværs af **hospital og almen praksis**. Lige så mange afdelinger angiver, at de *ikke indarbejder* sådanne procedurer.

Ved terapiafdelingerne har ni (70 %) svaret, at de *fuldt* eller *delvist* har indarbejdet procedurer for mere sammenhængende rehabiliteringsforløb på tværs af **hospital og kommune**, men på tværs af **hospital og almen praksis** er der flest terapiafdelinger (92 %), der angiver, at de *ikke indarbejder* procedurer, eller at de *ikke ved det*.

Blandt kommunerne har 67 (73 %) svaret, at de *fuldt* eller *delvist* indarbejdet procedurer for mere sammenhængende rehabiliteringsforløb på tværs af **kommune og hospital**, hvor dette gælder for 63 (69 %) af kommunerne ift. **kommune og almen praksis**. Det kunne altså se ud til, at det er mere udbredt i kommunerne at samarbejde med almen praksis om sammenhængende forløb, end det er for hospitalsafdelingerne.

Figur 9. Implementering af procedurer for sammenhængende forløb



* 0 missing. Alle 39 sengeafdelinger og ambulatorier har besvaret dette spørgsmål.

0 missing. Alle 13 terapiafdelinger har besvaret dette spørgsmål.

α 0 missing. Alle 91 kommuner har besvaret dette spørgsmål.

De respondenter, der på tværs af sengeafdelinger og ambulatorier, terapiafdelinger og kommuner, har angivet, at de *ikke indarbejder* procedurer for mere sammenhængende forløb, har haft mulighed for at angive årsagerne hertil. Sengeafdelinger og ambulatorier kommenterer i fritekst ift. kommunerne, at der ikke er tilført ressourcer til opgaven, at henvisninger til kommunal rehabilitering eller genoptræning sker via anden afdeling, at samarbejdet består af at lave behovsvurdering/henvisning, eller at hospitaler samarbejder med flere kommuner, hvilket gør det svært at holde overblik over alle kommunerne. Ift. almen praksis kommenteres, at årsagerne er mangel på ressourcer, tid og IT-understøttelse, manglende praksiskonsulent, manglende behov ved nogle kræftdiagnoser, (fx hæmatologisk, hvor der ikke er behov for at forløb overgår til almen praksis), manglende mening, samt at det giver mest mening at samarbejde med kommunen om rehabilitering og ikke med almen praksis, da de ikke varetager rehabilitering.

Blandt terapiafdelingerne kommenteres ift. kommunerne, at hospitalet ikke varetager kræftrehabilitering, men at patienterne henvises til træning ved behov. Ift. almen praksis kommenteres, at de ikke ser muligheden, behovet eller relevansen for samarbejde med almen praksis.

Blandt kommuner kommenteres ift. sammenhæng til hospitalet, at årsager er manglende tid, prioritering og ressourcer, manglende videndeling og struktureret samarbejde, envejskommunikation fra hospital til kommune, samt at det kan være en labyrint at finde frem til den rette kontaktperson på hospitalerne. Ift. almen praksis kommenteres, at årsager er mangel på praksiskonsulent og dermed ikke én indgang til de forskellige lægeklinikker, at det ofte er hospitalet, der har behandlingsansvaret, og at egen læge sjældent har kontakt med kræftborgerne i deres forløb, mangel på tid og kendskab til kommunale tilbud samt at *"almen praksis går meget forskelligt ind i borgernes forløb"*.

2.5.2 Arbejdsgange og procedurer der understøtter tværsektorielt samarbejde

Blandt sengeafdelinger og ambulatorier understøttes koordination og sammenhæng i rehabiliteringsforløb mellem **hospital og kommune** primært med *elektronisk henvisning til kommunal kræftrehabilitering* eller *genoptræningsplan* (Tabel 9). Det kan bemærkes, at 11 og 12 (41-44 %) af afdelingerne som har svaret, at de ved *ingen patienter* understøtter koordination og sammenhæng i rehabiliteringsforløb mellem hospital og kommune med at *plan udarbejdes i samarbejde med kommunen* eller ved at *tilbyde en tovholderfunktion*.

Tabel 9. Arbejdsgange og procedurer der understøtter koordination og sammenhæng i rehabiliteringsforløb mellem hospital (sengeafdelinger og ambulatorier) og kommune (mulighed for at sætte flere krydser)

N = 27*	Antal (procent)					
	Alle patienter med rehabiliteringsbehov	Patienter med komplekse rehabiliteringsbehov	Patienter med behov for både rehabilitering og palliation	Andre grupper	Ingen patienter	Ved ikke
Der udarbejdes elektronisk henvisning til kommunal kræftrehabilitering og/eller genoptræningsplan	20 (74)	7 (26)	7 (26)	1 (4)	0	2 (7)
Patienter opfordres til at tage kontakt til kommunale aktører	10 (37)	4 (15)	6 (22)	3 (11)	6 (22)	3 (11)
Kommunen orienteres på anden måde [#]	2 (7)	1 (4)	4 (15)	2 (7)	7 (26)	13 (48)
Plan udarbejdes i samarbejde med kommunen	5 (19)	4 (15)	1 (4)	0	11 (41)	8 (30)
Vi tilbyder en forløbskoordinator /tovholderfunktion	4 (15)	5 (19)	7 (26)	0	12 (44)	4 (15)
Andet	0	1 (4)	1 (4)	0	6 (22)	20 (74)

* 7 missing. De sengeafdelinger og ambulatorier (i alt 34), der har indarbejdet procedurer for sammenhængende forløb, har haft mulighed for at besvare dette spørgsmål. Desuden har nogle respondenter kun givet nogle svar (Tabel 1) og er frafaldet undersøgelsen her.

Fx korrespondancemeddelelse eller telefonsamtale.

Blandt de 14 sengeafdelinger og ambulatorier, der har indarbejdet procedurer for sammenhængende forløb mellem **hospital og almen praksis**, angives, at koordination og sammenhæng ikke understøttes i så høj grad, da eksempelvis kun tre afdelinger *opfordrer patienterne til at tage kontakt til almen praksis* eller *orienterer almen praksis på anden måde*, to afdelinger svarer, at de *tilbyder en tovholderfunktion*, og ingen afdelinger svarer, at de *udarbejder plan i samarbejde med almen praksis*.

Ud af ni terapiafdelinger svarer otte (89 %), at koordination og sammenhæng i rehabiliteringsforløb mellem **hospital og kommune** understøttes, blandt *alle kræftpatienter*, ved *udarbejdelse af elektronisk henvisning til kommunal kræftrehabilitering og/eller genoptræningsplan*. Dette gælder for fire (44 %) terapiafdelinger blandt *patienter med både rehabiliterings- og palliative behov*. Fire (44 %) terapiafdelinger svarer, at de *orienterer kommunen på anden måde* ved *patienter med komplekse rehabiliteringsbehov*. Disse kommenterer endvidere, at der i palliativt regi er samarbejde med kommunen

om patienter med særlige behov, at kommunen kontaktes ved behov via telefon eller korrespondancemeddelelse. Desuden nævner en respondent, at komplekse patientcases præsenteres på kvartalsmøder med kræftrehabiliteringsenheden, hvor både kommune og terapiafdeling deltager.

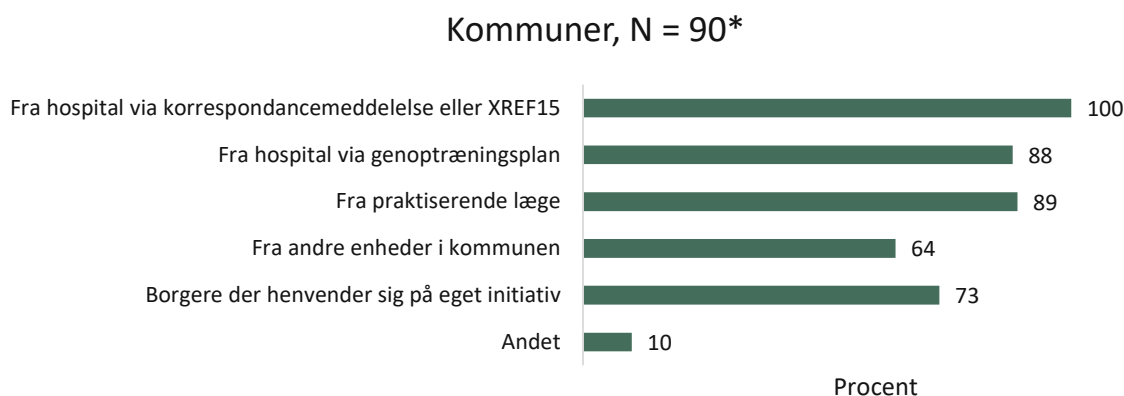
Blandt 72 kommuner er der 34 (47 %) kommuner, som angiver at have procedurer, der understøtter sammenhæng i rehabiliteringsforløb mellem kommunen og hospitalet, og der er 35 (52 %) ud af 68 kommuner, der har procedurer, som understøtter sammenhæng i rehabiliteringsforløb mellem kommunen og almen praksis.

De 34 kommuner understøtter koordination og sammenhæng i rehabiliteringsforløb mellem **kommune og hospital** ved, at kommunerne benytter forløbskoordinatorer, bruger korrespondancemeddelelser og ved behov tages telefonisk kontakt til hospitalet. Desuden er der i mange kommuner etableret samarbejdsaftaler, tværsektorielle møder og netværk med hospitalerne, hvor der sparrers på tværs. Mellem **kommune og almen praksis** angiver de 35 kommuner at sammenhæng i forløb understøttes ved, at de modtager henvisninger fra almen praksis, at de skriver opstarts- og afslutningsnotater (epikriser) til egen læge i forbindelse med forløb, og at der ved behov tages kontakt. Herudover er der flere kommuner, der skriver, at de aktivt forsøger at gøre almen praksis opmærksom på deres tilbud ved at tage ud til lægerne samt gennem nyhedsbreve og samarbejds-møder.

2.5.3 Henvisning til kommunal rehabilitering

Borgere henvises til de kommunale kræftrehabiliteringstilbud fra flere forskellige henvisningskilder (Figur 10). Alle de kommunale respondenter angiver, at borgere henvises *fra korrespondancemeddelelse eller XREF15* (kommunehenvisning). Der er også mange, der henvises *via genoptræningsplaner* og henvisninger *fra praktiserende læge*.

Figur 10. Henvisning af borgere til kommunernes kræftrehabiliteringstilbud



* 1 missing. Har ikke fået spørgsmålet/er droppet ud af besvarelsen inden.

2.5.4 Muligheder for sammenhængende forløb

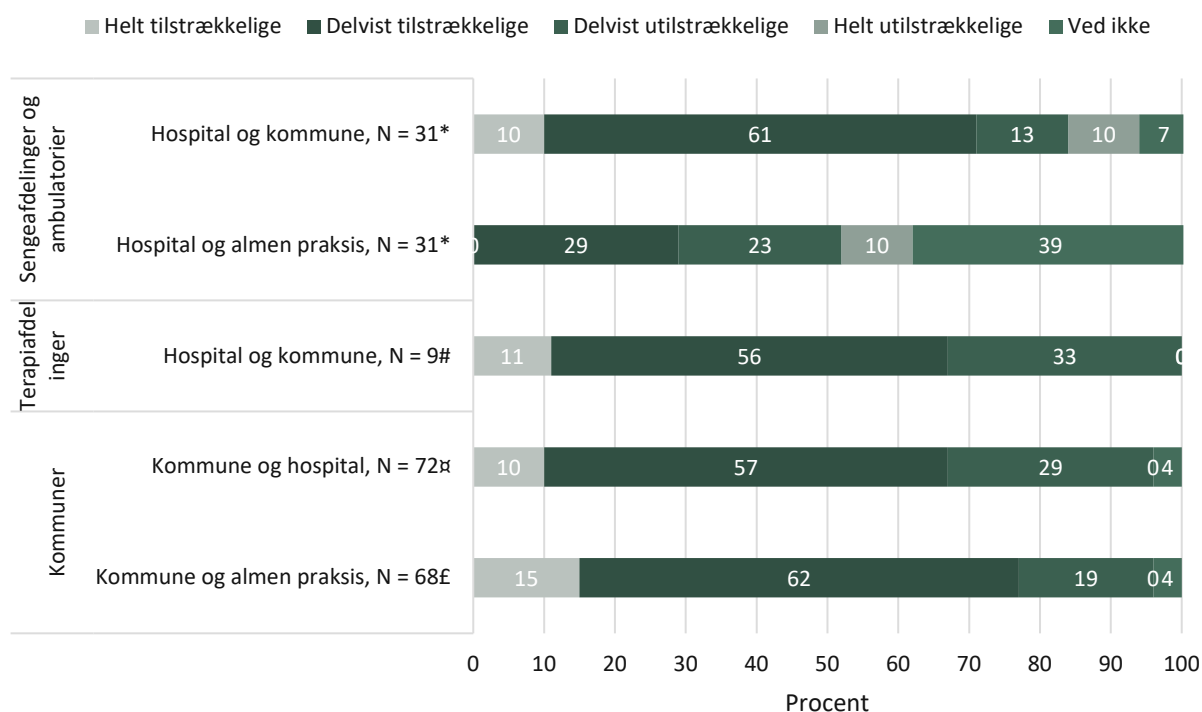
Figur 11 viser, at mulighederne for koordinerede og sammenhængende rehabiliteringsforløb mellem **hospital og kommune** vurderes af respondenter fra sengeafdelinger og ambulatorier at være *helt* eller *delvist tilstrækkelige* for 22 (71 %). Mulighederne for koordinerede og sammenhængende forløb

mellem **hospital og almen praksis**, vurderes *delvist tilstrækkelige* blandt ni (29 %), mens 10 (33 %) vurderer dem *delvist* eller *helt utilstrækkelige*. Hvad angår samarbejdet med almen praksis, har 12 (39 %) af respondenterne fra sengeafdeling og ambulatorier svaret *ved ikke*.

Ud af ni terapiafdelinger vurderer seks (67 %) mulighederne for koordinerede og sammenhængende rehabiliteringsforløb mellem **hospital og kommune** *helt* eller *delvist tilstrækkelige*, og tre (33 %) vurderer mulighederne *delvist utilstrækkelige*.

Blandt kommunerne er der 48 (67 %), som vurderer mulighederne for koordinerede og sammenhængende forløb mellem **kommune og hospital** *helt* eller *delvist tilstrækkelige*, og 52 (77 %) af kommunerne vurderer mulighederne for koordinerede og sammenhængende forløb mellem **kommune og almen praksis** *helt* eller *delvist tilstrækkelige*.

Figur 11. Muligheder for koordinerede og sammenhængende rehabiliteringsforløb



* 8 missing. 39 sengeafdelinger og ambulatorier har haft mulighed for at besvare dette spørgsmål.

0 missing. Ni terapiafdelinger har haft mulighed for at besvare dette spørgsmål.

¤ 1 missing. 73 kommuner har haft mulighed for at besvare dette spørgsmål.

£ 0 missing. 68 kommuner har haft mulighed for at besvare dette spørgsmål.

Alle respondenter, som vurderer mulighederne for koordinerede og sammenhængende forløb *helt* eller *delvist* utilstrækkelige, kunne kommentere herpå. Hvad angår mulighederne for koordination og sammenhængende forløb mellem **hospital og kommune**, kommenterer flere respondenter fra sengeafdelinger og ambulatorier, at det kan være svært for hospitalerne at finde rundt i de kommunale tilbud, og at der er stor variation i kommunernes tilbud. Det manglende overblik gør det svært at tilbyde noget konkret og medfører at for få bliver henvist til kommunal rehabilitering. Manglende samarbejde om individuelle forløb, manglende kendskab til kommunale tilbud, manglende tid og travlhed nævnes endvidere som barrierer. Ift. **hospital og almen praksis** kommenteres, at dette handler

om manglende behov for kontakt med almen praksis, manglende dialog med almen praksis eller at patienterne sjældent kommer hos egen læge. Manglende samarbejde om individuelle forløb, manglende tid, procedurer, henvisningsmuligheder og IT-understøttelse nævnes desuden som barrierer.

Blandt terapiafdelingerne ift. koordination og sammenhængende forløb mellem **hospital og kommune** kommenteres, at væsentlige barrierer er manglende tid til samarbejde, manglende procedurer på afdelingen, manglende kendskab til kommunale rehabiliteringstilbud, manglende henvisningsmuligheder i kommunalt regi, manglende ledelsesmæssig opbakning og utilstrækkelig IT-understøttelse. Respondenterne angiver, at det kan være et problem, at kommuner ofte kun har gruppebaserede tilbud, som ikke hjælper patienter med komplekse problemstillinger eller senfølger, hvor der kan være behov for individuelle forløb.

Kommunerne kommenterer, at væsentlige barrierer for koordination og sammenhængende forløb mellem **kommune og hospital** er manglende kendskab til kommunale tilbud, manglende tid og manglende samarbejde om individuelle forløb. Respondenterne angiver endvidere, at for få patienter oplyses om eller henvises til kommunal rehabilitering på hospitalet, samt at der er enslydende tilbud på både hospital og i kommunen, som borgeren skal vælge imellem. Ift. **kommune og almen praksis** er væsentlige barrierer manglende kendskab til kommunale rehabiliteringstilbud, manglende tid til samarbejde og manglende opbakning fra praktiserende læger. En barriere er også, at borgerne ofte ikke har meget kontakt med egen læge under kræftforløbet/-behandlingen.

2.6 Kompetencer, videndeling og udviklingssamarbejde

Resultater – kort fortalt

- Lidt over halvdelen af sengeafdelinger og ambulatorier, terapiafdelinger og kommuner angiver at mangle kompetencer inden for rehabilitering og palliation.
- Blandt kommunerne svarer 76 %, at de deltager i videndeling eller udvikling inden for rehabilitering og palliation. Kommunerne angiver, at dette er med til at skabe større ensartethed på tværs af kommunale rehabiliteringstilbud.

I 2021-kortlægningen er alle respondenter spurgt, om der er områder, hvor de oplever at mangle kompetencer inden for rehabilitering og palliation. Lidt over halvdelen af sengeafdelinger, ambulatorier, terapiafdelinger og kommuner oplever at mangle kompetencer inden for rehabilitering og/eller palliation. Tabel 10 viser svarene.

Tabel 10. Oplevelse af mangel på kompetencer inden for rehabilitering og/eller palliation

	Sengeafdelinger og ambulatorier (N = 30)*	Terapiafdelinger (N = 13)#	Kommuner (N = 89)¤
	Antal (procent)		
Ja	19 (63)	7 (54)	55 (62)
Nej	6 (20)	2 (15)	17 (19)
Ved ikke	5 (17)	4 (31)	17 (19)

* 9 missing. De respondenter med nogle svar (Tabel 1), er frafaldet besvarelsen på dette tidspunkt.

0 missing. 13 terapiafdelinger har haft mulighed for at besvare dette spørgsmål.

¤ 2 missing. De to respondenter med *nogle svar* (Tabel 1), er frafaldet besvarelsen på dette tidspunkt.

2.6.1 Sengeafdelinger og ambulatorier

I alt 19 sengeafdelinger og ambulatorier angiver at mangle kompetencer inden for rehabilitering og/eller palliation. Fritekstsvar fordeler sig inden for fire temaer:

Organisatorisk

- Flest sengeafdelinger og ambulatorier efterspørger kompetencer og viden ift. samarbejde med kommunerne. Det angives, at der mangler viden om, hvad der sker med patienten, når denne henvises til kommunen. Forståelse for hinandens arbejdsgange nævnes også, hvilket forventes at kunne øge motivationen for at spørge og henvise patienter til kommunal rehabilitering. Desuden viser svarene, at der savnes kompetencer ift. information, kommunikation og arbejdet med opfølgingsplanen.
- Der efterspørgeres endvidere kompetencer ift. arbejdet med opfølgingsplanen blandt respondenter.

Klinisk

- Enkelte respondenter efterspørger viden om senfølger og kompetencer ift. tidlig indsats, både inden for rehabilitering og palliation.

Kommunikativt og eksistentielt

- Enkelte respondenter efterspørger samtaleteknik og samtaler om emotionelle og eksistentielle behov. Især frygt for recidiv.

Rehabilitering og palliation generelt

- Afdelinger med fokus på palliation efterspørger kompetencer ift. rehabilitering.

Sengeafdelinger og ambulatorier svarer, at de henvender sig til følgende brede vifte af aktører ved behov for kompetenceudvikling inden for rehabilitering: Egne kollegaer eller andre samarbejdende afdelinger på samme hospital, nærmeste leder eller afdelingsledelsen, onkologiske afdelinger og særligt enheden for Kræftrehabilitering og Senfølger på Rigshospitalet, kommunerne, tværsektorielle netværk, nyhedsbreve og REHPA.

Ift. kompetenceudvikling inden for palliation svarer sengeafdelingerne og ambulatorierne, at de henvender sig til: Palliativt team/enhed, nærmeste leder og afdelingsledelsen, faglige netværk, onkologiske afdelinger og hospice.

2.6.2 Terapiafdelinger

Syv therapiafdelinger angiver at mangle kompetencer. Fritekstsvar fordeler sig inden for tre temaer:

Klinisk

- Viden om fysisk træning under kemobehandling og hvad træning og vejledning kan gøre for at hjælpe patienterne godt gennem deres forløb.
- Viden om senfølger og særligt vanskelige ar.

Kommunikativt og eksistentielt

- At møde patienten i en svær situation.

Rehabilitering og palliation generelt

- Palliation og palliativ fysioterapi.
- Den brede opfattelse af rehabilitering, og hvordan dette tilgodeses i praksis (ikke kun fysisk træning).

Også therapiafdelingerne svarer, at de henvender sig til en bred vifte af aktører, når de søger kompetenceudvikling inden for rehabilitering: Danske Fysioterapeuter (hvilket afspejler at flest respondenter er fysioterapeuter), erfa-grupper, netværksgrupper, egne kolleger, kolleger inden for samme regi på andre hospitaler, tværfaglige samarbejdspartner, professionelle kursusudbydere, egen leder, sundhedscentre og læger, de faglige selskaber samt REHPA.

Når det gælder palliativ kompetenceudvikling, svarer therapiafdelingerne, at de typisk henvender sig til: Afdeling for lindrende behandling og palliative enheder, hospice, Danske Fysioterapeuter, erfa-grupper, netværksgrupper, professionelle kursusudbydere, kolleger, ledelsen, de faglige selskaber, præster og psykologer.

2.6.3 Kommuner

I alt 55 kommuner angiver at mangle kompetencer. Fritekstsvar fordeler sig inden for fem temaer:

Organisatorisk

- Der efterspørges kompetencer ift. samarbejde med hjemmesygeplejen omkring palliation og samarbejdet på tværs af sektorer generelt.

Klinisk

- Der efterspørges kompetencer ift. håndtering af senfølger, herunder problemer med seksualitet og samliv, søvn og kognitive problemstillinger.
- Der efterspørges specifik viden og kompetencer ift. ernæring, lymfedrænage, cannabis, mindfulness og mental sundhed.
- Desuden efterspørges kompetencer i diagnosespecifik rehabilitering og håndtering af særlige grupper, som man møder sjældent, herunder unge kræftramte, sårbare og komplekse problemstillinger og mennesker med fremskreden kræft.

Kommunikativt og eksistentielt

- Den svære samtale, herunder samtale med mennesker med psykiske udfordringer – og gerne tæt sparring med psykologen.
- Kompetencer til at hjælpe mennesker med eksistentielle spørgsmål og problematikker.

Rehabilitering og palliation generelt

- Viden og kompetencer om palliation generelt – i alle sektorer.
- Snitfladen mellem rehabilitering og palliation og hvordan der (behovs-)vurderes i praksis. Der savnes også mere teori om de to begreber, både hvor de er forskellige og hvor de har snitflader.

Kvalitet

- Evalueringsværktøjer.
- Litteratursøgning.

Svarene fra kommunerne skal ses ift. det generalistniveau, som kommunerne forventes at varetage. Som formuleret af en af de kommunale respondenter: *”Kræftområdet er bredt og under konstant udvikling, det er svært at være generalist i kommunen og samtidig være opdateret på de mange nye muligheder inden for behandling, rehabilitering og palliation i alle sektorer”*. Flere kommentarer vidner om, at det kan være vanskeligt at opretholde viden, færdigheder og kompetencer i en kommunal hverdag – især i mindre kommuner.

Når kommunerne efterspørger kompetenceudvikling inden for rehabilitering, viser besvarelserne, at de typisk henvender sig til: Regionerne og det tværsektorielle samarbejde, onkologiske afdelinger, Kræftens Bekæmpelse, Center for Kræft og Sundhed (Københavns Kommune), Danske Fysioterapeuter, professionshøjskolerne, konferencer og kurser, faglige selskaber, netværksdeling, egen leder, søger på nettet, kolleger, kolleger i andre kommuner og REHPA.

Når det gælder kompetenceudvikling inden for palliation viser besvarelsene, at de henvender sig til: Palliative teams, Kræftens Bekæmpelse, de faglige foreninger, samarbejdende hospitaler, omkringliggende kommuner, hospice, kommunale netværk og REHPA.

Mange kommuner deler også viden og erfaringer indbyrdes: Blandt kommunerne angiver 68 (76 %) (ud af 89 respondenter), at kommunen deltager i tværgående videndeling og udvikling inden for rehabilitering og palliation til mennesker med kræft. Det kan være forskellige aktiviteter. Blandt de 68 kommunale respondenter nævnes en række aktiviteter, de er involveret i: Erfa-grupper og klynge-samarbejder, tværkommunale, tværsektorielle og tværfaglige sparringsmøder/netværk. Herudover er der enkelte, der angiver, at de underviser på uddannelser for sundhedsprofessionelle, at de bidrager med artikler i faglige tidsskrifter, at de har været frontudviklere på nogle tilbud og har holdt oplæg for andre kommuner eller på temadage. Endelig er der nogle, der deltager i forskningsprojekter.

Ud af 68 respondenter er der 36 (52 %), der vurderer, at disse aktiviteter *i høj grad* er med til at skabe større ensartethed på tværs af kommunernes rehabiliteringstilbud, mens 23 (34 %) vurderer, at det gælder i mindre grad.

3 Udviklingen 2017-2021 – sammenligning af udvalgte resultater

Resultater – kort fortalt

- Færre sengeafdelinger og ambulatorier har fuldt eller delvist indarbejdet behovsvurdering i 2021 sammenlignet med 2017.
- Andelen af kommuner, der havde fuldt eller delvist indarbejdet faglige indsatser for rehabilitering og palliation, er stort set ens i 2017 og 2021.
- Andelen af sengeafdelinger og ambulatorier, der har fuldt eller delvist indarbejdet procedurer for koordinerede og sammenhængende forløb, er stort set ens i 2017 og 2021. Blandt terapiafdelingerne er der sket en stigning siden 2017, mens der blandt kommunerne er sket et fald.

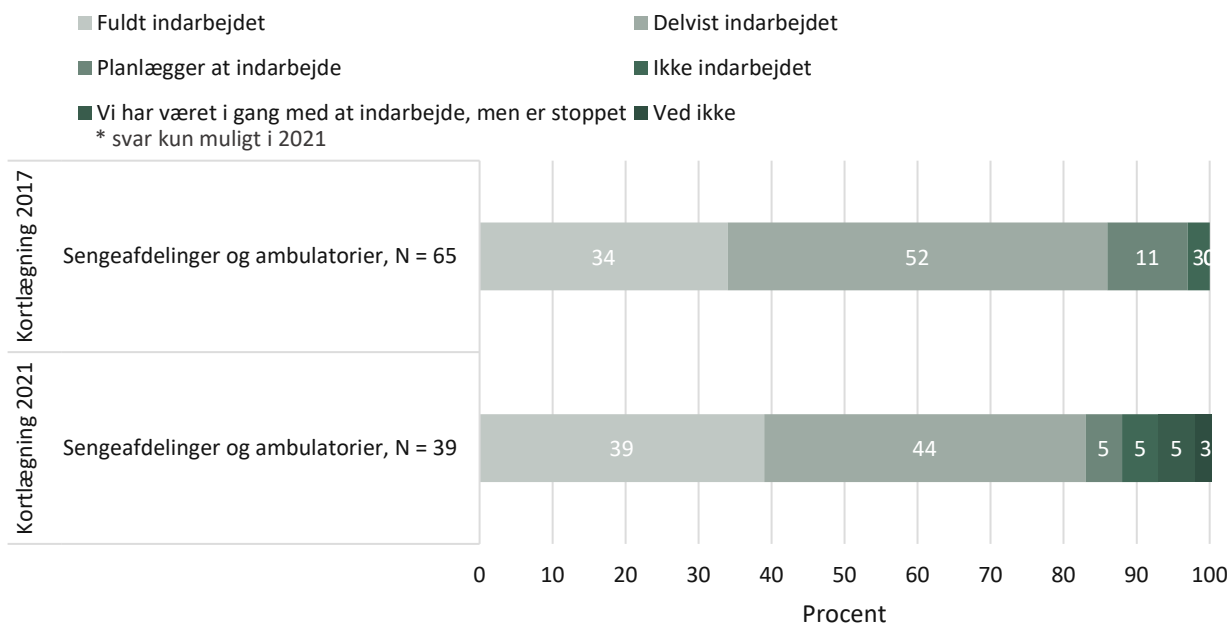
Udviklingen i kræftrehabiliteringsindsatsen fra 2017 til 2021 beskrives via sammenligning og illustration af tre spørgsmål om implementering: Implementering af behovsvurdering på sengeafdelinger og ambulatorier ift. indarbejdning af behovsvurdering (fra Figur 1), implementering af faglige indsatser i kommuner, hhv. rehabilitering og palliation (fra Figur 5), samt implementering af procedurer for sammenhængende forløb mellem hospitaler og kommuner (fra Figur 9).

I dataindsamlingen i 2021 var der metodemæssigt den forskel fra 2017, at hver hospitalsafdeling kun har indgivet én samlet besvarelse, hvor besvarelsene i 2017 var diagnosespecifikke, dvs. hvis en afdeling arbejdede med fire af diagnoserne, er der leveret fire besvarelser. I dette afsnit sammenlignes resultaterne fra 2017 med resultaterne fra 2021 på trods af den metodemæssige forskel og på trods af, at antallet af besvarelser fra hospitalsafdelinger er større i 2017 ift. 2021. Dette diskuteres nærmere i metodediskussionen. For kommunerne er der ikke denne forskel, da disse er spurgt hver én gang både i 2017 og 2021.

3.1 Implementering af behovsvurdering 2017-2021

Der er lidt flere sengeafdelinger og ambulatorier, der i 2021 sammenlignet med 2017 har indarbejdet behovsvurdering fuldt (Figur 12). Ser man i stedet på andelen, der fuldt eller delvist har indarbejdet behovsvurdering, ser det ud til, at færre sengeafdelinger og ambulatorier har dette i 2021 sammenlignet med 2017. Andelen, der planlægger at indarbejde, er blevet mindre i 2021, og nogle angiver at være stoppet med at indarbejde behovsvurdering.

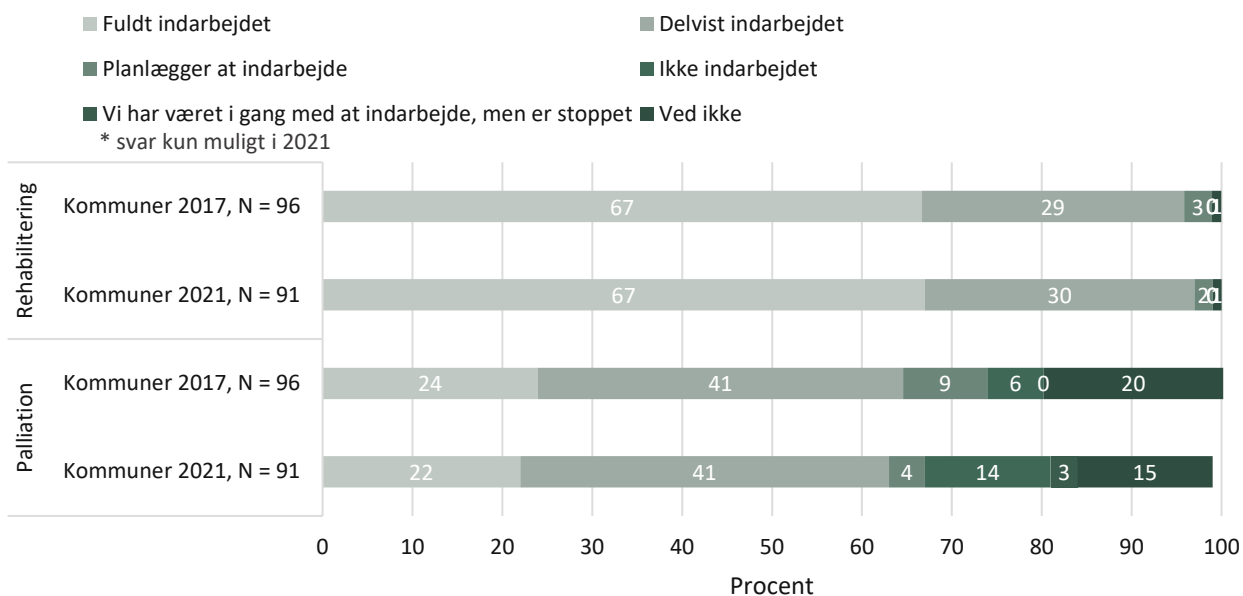
Figur 12. Implementering af behovsvurdering



3.2 Implementering af faglige indsatser 2017-2021

Andelen af kommuner, der har fuldt eller delvist indarbejdet faglige rehabiliteringsindsatser, er stort set ens i 2017 og 2021 (Figur 13). Det samme er næsten gældende ift. palliative indsatser, dog ses her, at andelen, der ikke indarbejder, er blevet større i 2021, men samtidig at *ved ikke*-procenten er blevet mindre.

Figur 13. Implementering af rehabiliterings- og palliative indsatser



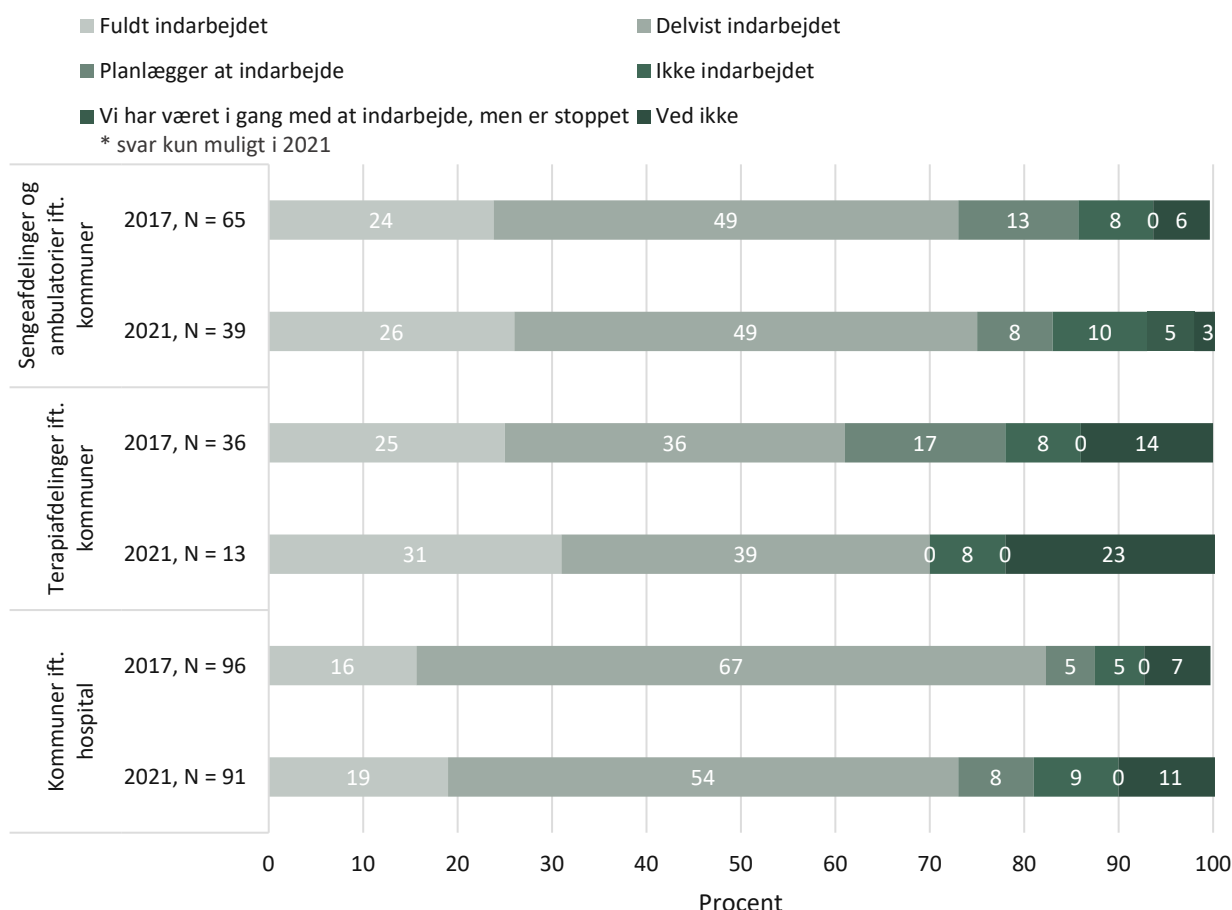
3.3 Implementering af procedurer for sammenhængende forløb 2017-2021

Andelen af sengeafdelinger og ambulatorier, der i 2021 havde indarbejdet procedurer for koordinerede og sammenhængende forløb på tværs af hospital og kommune, er stort set ens med resultaterne fra 2017 (Figur 14). Der er lidt færre, der *planlægger at indarbejde*, og lidt flere, der *ikke indarbejder* i 2021. Ligeledes er der nogle, der svarer, at de har været i gang, men er stoppet. Desuden er *ved ikke*-procenten mindre i 2021.

Blandt terapiafdelingerne er der lidt flere afdelinger i 2021, der har både *fuldt og delvist indarbejdede* procedurer for sammenhængende forløb med kommunerne. Der er ingen, der *planlægger at indarbejde*, hvilket er en stor forskel fra 2017-resultaterne. Der ses en større *ved ikke*-procent i 2021.

For kommunerne er der sket et samlet fald på 10 % af kommuner, der har *fuldt eller delvist indarbejdet* procedurer for koordinerede og sammenhængende forløb med hospitalerne. Tilsvarende er der en stigning i svarkategorierne; *planlægger at indarbejde*, *indarbejder ikke* og *ved ikke*.

Figur 14. Procedurer for sammenhængende forløb



4 Parallel undersøgelse i almen praksis

Parallelt med REHPAs 2021-kortlægning har Forskningsenheden for Almen Praksis (FEA), Syddansk Universitet, gennemført en kortlægning af kræftopfølgning og palliation i almen praksis. Resultaterne publiceres i en selvstændig rapport: *Kortlægning af kræftopfølgning og palliation i Almen Praksis 2021* (24). De to undersøgelser er koordineret, så der er overlap mellem temaer og spørgsmål, hvilket muliggør, at resultater kan diskuteres på tværs. I dette afsnit opsummeres udvalgte resultater fra almen praksis under temaerne: *Tværfagligt- og tværsektorielt samarbejde samt koordination og sammenhængende forløb*, som i særlig grad vurderes interessante ift. resultaterne af 2021-kortlægningen blandt hospitaler og kommuner. Resultaterne inddrages i diskussionen af 2021-kortlægningen.

De samarbejdspartnere, som almen praksis oftest har kontakt til, er hjemmesygeplejersken, hvor 89 % *ofte* og 11 % *nogle gange* har kontakt. Almen praksis har kontakt til specialister på en hospitalsafdeling *ofte* (16 %) eller *nogle gange* (52 %). Ift. kontakt til en kommunal koordinator er det 18 %, der *ofte* har kontakt, og 33 % der *nogle gange* har kontakt.

Almen praksis er spurgt, om de henviser eller kommer med forslag til patienterne om andre aktører i kræftopfølgning. Her er der 26 % af almen praksis, som *ofte* kommer med henvisning/forslag til kommunale rehabiliteringstilbud, og 58 % henviser *nogle gange*. Når det gælder henvisning til psykologer, så sker det *ofte* hos 51 % af almen praksis og *nogle gange* hos 45 %. Der er 53 %, som *ofte* henviser til Kræftens Bekæmpelses rådgivning, og 38 % henviser *nogle gange*.

Kortlægningen om kræftopfølgning og palliation i almen praksis indikerer, at almen praksis sjældent deltager i konsultationer, hvor relevante samarbejdspartnere er til stede ud over patienten. I fremmøde-konsultationer er der 16 % af almen praksis, der *ofte* eller *nogle gange* har haft tværfaglige kontakter, hvor både patient og samarbejdspartnere har været til stede. Ift. telefon-konsultationer gælder dette for 13 % og ved video-konsultationer 3 %. Her har 70 % aldrig haft video-konsultation med både patient og samarbejdspartner. Det bemærkes, at dette drejer sig om konsultationer i almen praksis. Når den praktiserende læge besøger, fx plejehjem, er sådanne tværfaglige konsultationer hyppige.

Der er spurgt til skriftlig information fra udredende og behandlende afdeling på sygehusene. Her angiver 18 % af almen praksis, at de i *meget høj* eller *høj grad* modtager de skriftlige informationer og viden fra specialiserede hospitalsafdeling, som de har brug for, ift. hvem der er ansvarlig for kræftopfølgning. Her svarer 43 % i *nogen grad*.

Derudover vurderer 17 % af almen praksis, at de i *meget høj* eller *høj grad* har fyldestgørende information om kontaktoplysninger til specialister ved hospitalerne. Når det gælder kontaktoplysninger til hjemmesygeplejersker, så er tallet 61 % (24).

Anbefalinger i FEAs rapport: Kortlægning af kræftopfølgning og palliation i Almen Praksis 2021

Udbredelse og implementering af systematiske indsatser

Det anbefales at videreudvikle og udbrede kendskabet til systematiske indsatser til kræftopfølgning og palliation med fokus på overgangen fra aktiv kræftbehandling på sygehuset til opfølgning i almen praksis. Anbefalingerne skal sikre en proaktiv og tilgængelig praktiserende læge for alle patienter med kræft.

Mere viden og efteruddannelse om senfølger til kræft vil styrke kræftopfølgningen

Det anbefales at fremtidige vejledninger og efteruddannelses tilbud udbreder viden om kræftpatienters senfølger. Dette ses som en forudsætning for praktiserende lægers muligheder for at afdække og håndtere disse.

Udvikling af samarbejdsflader, kommunikation og relationer

Det anbefales at videreudvikle og implementere den gode kræftepikrise, der ses som en forudsætning for at de praktiserende læger har kendskab til planlagt behandling og opfølgning og risiko for følger efter sygdom og behandling og vil øge patienternes oplevelse af sammenhængende forløb.

Det anbefales endvidere at videreudvikle kommunikationsvejene både IT og indholdsmæssigt, der ses som en forudsætning for fælles kommunikationsstrategier som eksempelvis fælles videokonsultationer.

5 Opsummering og diskussion

5.1 Opsummering og diskussion af resultater

Der er gennemført en national undersøgelse af kræftrehabilitering. Spørgeskemaer er udsendt digitalt til sengeafdelinger og ambulatorier, terapiafdelinger og kommuner i Danmark. Svarprocenter er 95 % for kommunerne, 81 % for terapiafdelingerne og 78 % for sengeafdelinger og ambulatorier.

I dette afsnit diskuteres kortlægningens resultater. Resultaterne diskuteres op mod de anbefalinger, der blev givet i forløbsprogrammet (1) og REHPAs 2017-kortlægning (2). Resultaterne diskuteres op mod flere af fundene fra 2017-kortlægningen ud fra de fire hovedtemaer. Desuden diskuteres resultaterne for temaet *Koordination og sammenhængende forløb* med fund fra kortlægningen af forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet, om *Kræftopfølgning og palliation i Almen Praksis*, som er præsenteret i foregående afsnit (24).

5.1.1 Behovsvurdering

Kortlægningen viser, at systematisk behovsvurdering er implementeret for 83 % af sengeafdelinger og ambulatorier mod 86 % i 2017. I 2021 er der færre afdelinger, der tilbyder behovsvurdering til *alle* patienter (fra 30 % til 19 %), mens flere i 2021 angiver, at *over halvdelen* tilbydes behovsvurdering (fra 68 % til 75 %). Langt fra alle patienter, der tilbydes behovsvurdering, tager imod tilbuddet. Knap hver tredje afdeling (28 %) svarer, at under halvdelen af patienterne tager imod tilbud om systematisk behovsvurdering. Når der er gennemført en behovsvurdering, fører den for 80 % af afdelingerne til henvisning til kommunal rehabilitering (XREF15⁷) eller korrespondancemeddelelse, samt for 75 % til en genoptræningsplan. Barrierer for ikke at tilbyde systematisk behovsvurdering er manglende tid, manglende enighed om opgavens relevans og uegnede fysiske rammer.

Blandt de 13 terapiafdelinger angiver 23 % at være direkte involveret i arbejdet med systematisk behovsvurdering. Terapiafdelingerne bidrager på andre måder til behovsvurdering, fx gennem funktionsevnevurderinger. Sammenlignet med 2017, hvor 70 % af terapiafdelingerne svarede, at de ikke vidste, om fysio- og ergoterapeuter var involveret i arbejdet med systematisk behovsvurdering, var der i 2021 ingen 'ved ikke'-svar, hvilket indikerer en stigende opmærksomhed på behovsvurdering.

Der er 78 % af sengeafdelinger og ambulatorier, som anvender et redskab og/eller en procedure til systematisk behovsvurdering. Det er et fald fra 89 % i 2017. Heraf anvender 84 % det regionale skema, hvilket er et fald fra 94 % i 2017. Tilsvarende 2017-kortlægningen vurderes det regionale behovsvurderingsskema at være velegnet til at identificere rehabiliteringsbehov af 76 % af afdelingerne, og af 55 % at være velegnet til at identificere palliative behov. Kommentarer om det regionale behovsvurderingsskema angiver, at skemaet trænger til revurdering og forenkling. De vurderer, at skemaet er uoverskueligt for mange patienter og ikke kan anvendes som eneste redskab. Det vigtige, for at afklare patienternes behov, angives at være en samtale med patienterne. Dette bekræftes af, at en *rehabiliteringssamtale* anvendes af flere (fra 16 % i 2017 til 28 % i 2021). Der er desuden flere afdelinger, der angiver at anvende egne skemaer, især PRO-skemaer.

⁷ Henvisningsstandard til kommunal forebyggelse.

Blandt kommunerne kender de fleste (87 %) det regionale behovsvurderingsskema, hvilket dog er en reduktion fra 95 % i 2017-kortlægningen. Blandt kommunerne var der 49 %, som anvender det regionale behovsvurderingsskema, mod 75 % i 2017. Til gengæld er der 44 %, som bruger andre redskaber og/eller procedurer i 2021-kortlægningen, sammenlignet med 27 % i 2017. Af andre skemaer nævnes bl.a. PRO-skemaer og ICF-baserede skemaer.

Samlet set tegner der sig et billede af, at udbredelsen af systematisk behovsvurdering er stagneret på sengeafdelinger og ambulatorier. Ifølge forløbsprogrammet skal systematisk behovsvurdering sikre, at alle kræftpatienter får identificeret behov for rehabilitering og palliation. Behovsvurderingen skal foregå efter ensartede principper og metoder og med veldefinerede arbejdsgange (1). Både i kommuner og på hospitaler går udviklingen i retning af, at der benyttes et stigende antal behovsvurderingsredskaber, og der ses et fald i både hospitalernes og kommunernes anvendelse af de regionale behovsvurderingsskemaer, der blev udviklet i forlængelse af det første forløbsprogram fra 2012 (15), og som også står centralt i forløbsprogrammet fra 2018 (1). Dette betyder, at der ikke er entydighed i anvendelsen af redskaber og muligheden for sammenlignelige og systematiske procedurer forringes, som ellers skulle sikre lige adgang til vurdering af behov for både rehabilitering og palliation. Samtidig bekræfter undersøgelsen fundet fra 2017, at det regionale skema er mere egnet til at identificere rehabiliteringsbehov end palliative behov. Dermed udfordres en central målsætning fra forløbsprogrammet. I REHPAs 2017-kortlægning lød en af anbefalingerne, at praksis for behovsvurdering skulle gentænkes, hvis denne målsætning skulle indfries (2). Der synes fortsat at være brug for at diskutere, hvordan behovsvurderingsredskaber og procedurer kan udvikles, så forløbsprogrammets målsætning kan nås.

5.1.2 Rehabiliteringsindsatser

I 2021 har kommunerne implementeret faglige indsatser ift. henholdsvis rehabilitering (97 %) og palliation (63 %). Dette er i overensstemmelse med 2017-kortlægningen, hvor tallene var henholdsvis 95 % og 65 %. Kommunerne vurderer overvejende deres rehabiliterende indsatser som tilstrækkelige, mens dette i mindre grad er tilfældet med palliative indsatser. De indsatser, som færrest kommuner kan tilbyde, og som vurderes at mangle kapacitet, er vejledning om rettigheder og juridiske forhold, samt palliativ indsats. De indsatser, som færrest kommuner kan tilbyde, er *eksistentiel støtte* (indgår i tilbuddet i 67 % af kommunerne), *indsatser ift. seksualitet og samliv* (69 %), *støtte til pårørende* (69 %), samt *vejledning om rettigheder og juridiske forhold* (37 %). Hvad angår rehabilitering til mennesker med fremskreden kræft, så vurderer 77 % af kommunerne kapaciteten som helt eller nogenlunde tilstrækkelig, mod 95 % ved kræftrehabilitering generelt. Barrierene er manglende ressourcer, kompetencer og manglende opmærksomhed på palliative behov.

Blandt kommunerne tilbyder 55 % diagnosespecifikke indsatser, hvilket er en stigning fra 42 % i 2017. Flere kommuner har brystkræftspecifikke tilbud (fra 34 % i 2017 til 44 % i 2021), lungekræft (fra 1 % til 10 %), hovedhals-kræft (fra 18 % til 20 %), mens der for hjernekræft ses et fald fra 14 % i 2017 til 10 % i 2021. Den svagt faldende tendens kan være tilfældig eller kan skyldes, at rehabilitering ved hjernetumor, i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2020 (28), i stigende grad varetages som del af den kommunale neurorehabilitering og derfor ikke afrapporteres i tilknytning til kræftrehabilitering. Blandt kommunale respondenter angiver 21 %, at de har andre særlige

indsatsområder, så som kønsspecifikke tilbud og tilbud til udsatte grupper. Tallet er faldet fra 34 % i 2017.

Når det gælder kommunernes evalueringspraksis, ses et fald fra 84 % af kommunerne i 2017, der evaluerede deres indsatser, til 70 % i 2021. Data anvendes borgernært til evaluering og til ledelsesinformation.

På hospitalerne er billedet omvendt. Her vurderer sengeafdelinger og ambulatorier kapaciteten (relativt) størst, hvad angår palliativ indsats (78 % angiver, at kapaciteten er helt eller delvist tilstrækkelig), mens der især mangler rehabiliteringsindsatser til patienter med fremskreden kræft (50 % angiver helt eller delvist tilstrækkeligt), og 64 % af respondenterne svarer, at der er helt eller delvist tilstrækkelig kapacitet for rehabiliteringsindsatser generelt. De indsatser, der ikke tilbydes i tilstrækkeligt omfang, er psykosociale indsatser, indsatser ift. seksualitet og samliv, vejledning om senfølger, fysisk træning under behandling og anden genoptræning. Barrierer er manglende ressourcer, samt at ansvaret ligger i kommunalt regi. I 2017-kortlægningen var det også særligt indsatser ift. psykosociale behov, der ikke kunne tilbydes i tilstrækkeligt omfang.

Blandt terapiafdelingerne vurderer 69 % deres fysioterapeutiske tilbud samt muligheden for palliativ indsats helt eller delvist tilstrækkeligt, mens 46 % vurderer det ergoterapeutiske tilbud helt eller delvist tilstrækkeligt.

Samlet set viser undersøgelsen, at stort set alle kommuner i 2021 har rehabiliteringstilbud, og at de fleste kommuner vurderer, at de har tilstrækkelig kapacitet. Til sammenligning viste en undersøgelse fra 2013, at kun 75 % af kommunerne havde tilbud om kræftrehabilitering (14). Undersøgelsen fra 2013 viser dog også, at indsatser er varierede, og at ikke alle behov og målgrupper er dækket lige godt ind. Ifølge forløbsprogrammet skal indsatser tilbydes i henhold til den enkeltes behov og bør følge eksisterende faglige retningslinjer (1). I forløbsprogrammet skelnes der mellem indsatser inden for fire behovsområder: Fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle. Disse områder er i forskellig grad dækket ind af de kommunale indsatser. Langt de fleste kommuner tilbyder indsatser inden for det fysiske og psykosociale område, men der er mangler på det sociale, eksistentielle og palliative område, især for dem, der falder uden for målgruppen for specialiseret palliativ indsats. Både i kommuner og på hospitaler mangler der tilbud om rehabilitering til mennesker med fremskreden kræft. Desuden angiver 17 % af sengeafdelinger og ambulatorier, at de ikke behovsvurderer ved fremskreden kræft. Siden det første forløbsprogram i 2012 (15) har rehabilitering ved fremskreden kræft været et særligt opmærksomhedsområde, og det var også et opmærksomhedspunkt fra REHPAs 2017-anbefalinger (2). Resultaterne tyder på, at der fortsat er brug for et særligt fokus på rehabilitering ved denne målgruppe. Endelig viser resultaterne, at der er brug for at styrke evalueringspraksis i kommunerne.

5.1.3 Tværfagligt samarbejde

Tværfagligt samarbejde er mest udbredt i kommuner og terapiafdelinger og mindre udbredt på sengeafdelinger og i ambulatorier. I alt 93 % af kommunerne angiver, at kræftrehabilitering altid eller ofte er organiseret tværfagligt. Kun to kommuner angav, at det sjældent eller aldrig er tilfældet. I kommunerne er det oftest fysioterapeuten, klinisk diætist, sygeplejersken og ergoterapeuten, der

deltager i det tværfaglige samarbejde. De samme faggrupper nævnes i 2017-kortlægningen, men det ser ud til, at ergoterapeuten har fået en mere fremtrædende rolle i 2021. I 93 % af kommunerne vurderes muligheden for tværfagligt samarbejde helt eller delvist tilstrækkeligt. Barrierer er manglende tid til tværfagligt samarbejde. Resultaterne om tværfagligt samarbejde er nærmest enslydende med 2017-kortlægningen.

I 62 % af terapiafdelinger deltages der *altid* eller *ofte* i tværfagligt samarbejde ud over egen afdeling. Sygeplejersken, lægen, fysioterapeuten og ergoterapeuten er de faggrupper, der oftest deltager. Samme faggrupper blev nævnt i 2017-kortlægningen, dog har ergoterapeuten også her en mere fremtrædende rolle i 2021-kortlægningen. I 92 % af terapiafdelinger vurderes muligheden for at samarbejde tværfagligt om rehabilitering som delvist tilstrækkeligt.

Halvdelen af sengeafdelinger og ambulatorier angiver at arbejde tværfagligt ved alle patienter med rehabiliteringsbehov, og det er oftest sygeplejersken, lægen og fysioterapeuten, der er involveret. Dette stemmer overens med 2017-kortlægningen. Muligheden for tværfagligt samarbejde vurderes at være helt eller delvist tilstrækkeligt blandt 58 % af afdelingerne og for en tredjedel at være delvist eller utilstrækkeligt. Barrierer for tværfagligt samarbejde er manglende tid og tradition, samt at relevante faggrupper ikke er tilgængelige.

Kommunerne er også spurgt til tværfagligt samarbejde på tværs af forvaltninger/afdelinger i kommunen. Her angiver 42 % af respondenterne, at dette altid eller ofte sker – en stigning fra 30 % i 2017. De forvaltninger/afdelinger, kommunerne oftest samarbejder med, er hjemmesygeplejen, jobcentret eller hjemmeplejen. Mulighederne for at samarbejde med andre forvaltninger/afdelinger vurderes som helt eller delvist tilstrækkeligt blandt 75 % af kommunerne. Samme niveau var gældende i 2017-kortlægningen. I 17 kommuner (19 %) blev mulighederne vurderet som utilstrækkelige, og barriererne er manglende tradition for samarbejde, manglende tid og manglende enighed om samarbejde er relevant. Kortlægningen fra 2017 viste samme barrierer, dog var manglende ledelsesmæssig opbakning også en væsentlig barriere her, hvilket ikke er tilfældet i 2021.

Samlet set viser resultaterne, at tværfagligt samarbejde er mest udbredt og vurderes som helt eller delvist tilstrækkeligt i stort set alle kommuner, mens en tredjedel af sengeafdelinger og ambulatorier vurderer mulighederne som helt eller delvist utilstrækkelige, og omkring halvdelen samarbejder tværfagligt. Over halvdelen af terapiafdelingerne samarbejder tværfagligt ud over egen afdeling, og næsten alle oplever mulighederne helt eller delvist tilstrækkelige. Det skal pointeres, at tværfagligt samarbejde ikke er defineret i undersøgelsen, så respondenterne svarer ud fra deres egen forståelse af tværfagligt samarbejde. Det ses, at det tværfaglige samarbejde i kommunerne generelt inkluderer flere fagligheder end på hospitalerne. I forløbsprogrammet er tværfagligt samarbejde ikke defineret (1), men internationale kilder beskriver, at kræftrehabilitering inkluderer en række faggrupper, bl.a. læge, psykolog, ergoterapeut og fysioterapeut (29, 30) og talepædagog (30). Der skal endvidere være fagligheder, som kan varetage kognitive og erhvervsrettede interventioner og livsstilsændringer. Samarbejdsformen kan variere betydeligt (30, 31). Når tværfagligt samarbejde og teamets sammensætning og form ikke er defineret i danske retningslinjer, kan det være vanskeligt at diskutere eksisterende praksis.

5.1.4 Koordination og sammenhængende forløb

Sammenlignet med 2017 ses der i 2021 ingen udvikling, hvad angår implementering af procedurer for sammenhængende forløb fra sengeafdelinger og ambulatorier til kommuner. I 75 % af sengeafdelinger og ambulatorier er procedurer for mere sammenhængende forløb mellem hospital og kommune implementeret fuldt eller delvist, mens kun 38 % har implementeret procedurer mellem hospital og almen praksis.

Sengeafdelinger og ambulatorier understøtter koordination og sammenhæng mellem hospital og kommune gennem elektroniske henvisninger og genoptræningsplaner til kommunerne. Afdelingerne understøtter i mindre grad koordinerede og sammenhængende forløb mellem hospital og almen praksis.

Blandt sengeafdelinger og ambulatorier angiver 70 %, at mulighederne for sammenhængende forløb mellem hospital og kommune er tilstrækkelige, mens mulighederne ift. almen praksis kun vurderes tilstrækkelige af 29 % af afdelingerne, og 32 % vurderer mulighederne utilstrækkelige. Der er desuden mange 'ved ikke'-svar (39 %). I 2017-kortlægningen var almen praksis ikke udskilt som selvstændig svarmulighed, og resultaterne kan derfor ikke sammenlignes. Barrierer for koordinerede og sammenhængende forløb mellem hospital og kommune er manglende kendskab til kommunale rehabiliteringstilbud og manglende samarbejde med kommunerne. Ift. almen praksis er barrierer manglende samarbejde, manglende tid, procedurer og IT-understøttelse.

I 70 % af terapiafdelingerne er implementeret procedurer for mere sammenhængende forløb med kommunerne, hvor tallet i 2017 var 61 %. Kun én ud af de 13 terapiafdelinger (8 %) planlægger at implementere procedurer ift. almen praksis. Terapiafdelinger vurderer det i højere grad relevant at samarbejde med kommunerne. Terapiafdelingerne understøtter koordinerede og sammenhængende forløb med kommunerne ved at sende elektroniske henvisninger og genoptræningsplaner, og to tredjedele vurderer mulighederne helt eller delvist tilstrækkelige. Barrierer er manglende tid, procedurer og manglende kendskab til kommunale rehabiliteringstilbud, hvilket også blev identificeret i 2017-kortlægningen.

Blandt kommunerne har 73 % fuldt eller delvist implementeret procedurer for mere sammenhængende forløb ift. hospitalerne, mens 70 % af kommunerne har procedurer ift. almen praksis. I 2017-kortlægningen blev der spurgt på tværs af kommune, hospital og almen praksis, og her havde 80 % af kommunerne implementeret procedurer. Kommunerne har i højere grad procedurer, der understøtter sammenhæng i rehabiliteringsforløb med almen praksis (52 % af kommunerne) end med hospital (47 %). Det er betydeligt flere end i 2017, hvor tallene var henholdsvis 42 % og 33 %. Således er der både i 2017 og i 2021 flere kommuner, der har procedurer for samarbejdet med almen praksis end med hospitalerne.

Kommuner understøtter sammenhængende forløb med hospitalerne ved forløbskoordination, korrespondancemeddelelser og telefonisk kontakt ved behov. Herudover har mange kommuner samarbejdsaftaler og tværsektorielle møder. En enkelt respondent nævner et formelt samarbejdsforum med kvartalsmøder mellem hospital og kommunal kræftrehabilitering, hvor komplekse patientcases kan tages op. Ift. almen praksis understøtter kommunerne sammenhæng ved at modtage henvisninger, sende start- og slutnotater til almen praksis og ved telefonisk kontakt ved behov. I alt 67 % af

kommunerne vurderer mulighederne for koordinerede og sammenhængende forløb med hospitalerne helt eller delvist tilstrækkelige, og 77 % af kommunerne med almen praksis. Mulighederne ser ud til at være forbedret siden 2017, hvor tallene var henholdsvis 49 % og 65 %. Barrierer er hospitalernes manglende kendskab til kommunale rehabiliteringstilbud, manglende tid og samarbejde. Ifølge almen praksis nævnes barrierer som manglende kendskab til kommunale rehabiliteringstilbud, manglende tid og manglende opbakning fra almen praksis.

Samlet set viser undersøgelsen, at 70-75 % af hospitalsafdelinger og kommuner har fuldt eller delvist implementerede procedurer for sammenhængende forløb, og 67-70 % af hospitaler og kommuner vurderer mulighederne herfor tilstrækkelige. Undersøgelsen indikerer, at kommunerne er dem, der samarbejder mest om rehabilitering med både hospitaler og med almen praksis. Ifølge forløbsprogrammet har både kommunen, sygehuset og almen praksis centrale opgaver i forhold til at sikre en hensigtsmæssig koordination og sammenhæng i kræftrehabiliteringen (1). Selv om kommunerne har hovedansvaret for kræftrehabiliteringen, har hospitaler og almen praksis opgaver med behovsvurdering, henvisning og varetægelse af specifikke indsatser. I REHPAs 2017-kortlægning var en af anbefalingerne, at der var brug for at styrke det tværsektorielle samarbejde, især hvad angår opgavedeling og hospitalernes kendskab og tillid til kommunal kræftrehabilitering, hvis patienter systematisk skal henvises til relevante rehabiliteringsindsatser. Det ser ud til, at manglende kendskab til kommunernes rehabiliteringstilbud fortsat er en barriere for henvisning og for sammenhængende rehabiliteringsforløb sammen med manglende tid og generelle procedurer.

Hvad angår samarbejdet med almen praksis specifikt, så ses det, at sengeafdelinger og ambulatorier i mindre grad har procedurer for sammenhængende forløb med almen praksis med en stor andel, der oplever aktuelle procedurer som utilstrækkelige eller svarer *ved ikke*. Terapiafdelinger har stort set ikke sådanne procedurer. Derimod har flere kommuner procedurer for sammenhængende forløb med almen praksis end med hospitaler, og der er også sket en stigning siden 2017-kortlægningen, idet to tredjedele af kommunerne oplever mulighederne som helt eller delvist tilstrækkelige. Resultaterne bekræftes af kortlægningen i almen praksis (24), hvor det fremgår, at almen praksis ofte har kontakt med kommunale samarbejdspartnere og henviser til kommunal kræftrehabilitering. Det bemærkes dog, at almen praksis i højere grad henviser til psykolog og Kræftens Bekæmpelses rådgivning end til kommunal kræftrehabilitering. Almen praksis har i mindre grad kontakt til hospitaler og modtager heller ikke oplysninger om, hvem der er ansvarlig for kræftopfølgning. Almen praksis oplever i højere grad at have fyldestgørende kontaktoplysninger til kommunale samarbejdspartnere. Resultaterne indikerer et potentiale for styrkelse af samarbejde og kendskab til hinanden. Det gælder især i forhold til hospitalerne, men også i forhold til kommunerne er der behov for større gensidig viden.

5.1.5 Kompetencer, videndeling og udviklingssamarbejde

Undersøgelsen viser, at over halvdelen (54-63 %) af hospitalsafdelinger og kommuner oplever at mangle kompetencer. De kompetencer, der efterspørges, er både af *organisatorisk karakter*, så som samarbejde mellem enheder og sektorer og arbejdet med opfølgningsplanen, af *kommunikativ og*

eksistentiel karakter i form af samtaler om emotionelle og eksistentielle forhold og samtaler med socialt sårbare borgere, og af *klinisk karakter*, så som viden om senfølger, hvor kommunerne særligt fremhæver kognitive problemstillinger, seksualitet og søvn. Kommunerne efterspørger desuden viden om evaluering. Og endelig efterspørges viden om rehabilitering og palliation, begreber samt forholdet og samspillet i praksis. Der er allerede etablerede traditioner for samarbejde, der rækker ud over den enkelte kommunes eller afdelings grænser. Blandt kommunerne deltager 76 % i forskellige former for videndeling og udviklingssamarbejde inden for rehabilitering og/eller palliation til mennesker med kræft, fx tværkommunale, tværsektorielle og tværfaglige netværk, erfa-grupper og klynge-samarbejder. Halvdelen vurderer, at dette er med til at skabe større ensartethed på tværs af kommunernes rehabiliteringstilbud. Kommunerne benytter sig af en bred vifte af uddannelsesudbydere, monofaglige såvel som tværfaglige.

Ifølge forløbsprogrammet er der brug for en styrket og mere ensartet kvalitet i kræftrehabilitering og palliation. Dette kan bl.a. ske gennem kompetenceudvikling og -opbygning i samarbejde med andre enheder og sektorer (1). Undersøgelsen viser, at der er brug for kompetencer, og i tråd med anbefalingerne kunne nogle af disse kompetencer styrkes gennem tværsektoriel kompetenceudvikling, som der allerede er traditioner for i nogle kommuner. Det fremgår desuden af anbefalingerne, at regionerne bør påtage sig et særligt ansvar i forhold til kompetenceudvikling i relation til almen praksis og kommunerne (1, s. 40). Undersøgelsen viser, at i praksis trækker kommunerne på mange forskellige udbydere. Det kan overvejes, om dette er med til at styrke en fælles tilgang til opgaveløsningen, eller om der er en risiko for øget fragmentering. I forløbsprogrammet betones det, at arbejdet med at forbedre indsatsen, kvaliteten og opbygge det rette kompetenceniveau kræver opmærksomhed på den organisatoriske forankring af uddannelsesopgaverne.

5.2 Metodiske overvejelser

I dette afsnit diskuteres metodiske overvejelser for undersøgelsen. Det omhandler svarprocenter, respondenter, spørgeskemaerne, generaliserbarheden og de sammenlignende analyser.

5.2.1 Svarprocenter og respondenter

Svarprocenterne var generelt høje og højest for kommunerne med 95 %, herefter terapiafdelingerne med 81 % og slutteligt sengeafdelinger og ambulatorier med 78 %. Dog havde ni respondenter fra sengeafdelinger og ambulatorier, svarende til en fjerdedel, ikke fuldført besvarelsen, og der er her et fald i antal respondenter gennem besvarelsene. De relativt høje svarprocenter øger validiteten af resultaterne.

Forud for udsendelsen af spørgeskemaet om kræftrehabilitering blev gennemført en respondentundersøgelse (bilag 4), hvis formål var at identificere den rette respondent til at besvare spørgeskemaet om kræftrehabilitering. Respondentundersøgelsen var derfor med til at sikre at respondenterne er dem der har størst viden inden for kræftrehabilitering og dermed en sikring af validiteten i besvarelsene af kræftkortlægningen. Svarprocenten i respondentundersøgelsen var lavere end i kortlægningen: sengeafdelinger og ambulatorier 64 %, terapiafdelinger 60 % og kommuner 80 %. Ved de senge-

afdelinger og ambulatorier, terapiafdelinger eller kommuner som ikke besvarede respondentundersøgelsen, blev spørgeskemaet om kræftrehabilitering sendt til den respondent, som var fundet i indledende søgninger: Der blev søgt efter ledende oversygeplejersker ved sengeafdelinger og ambulatorier, ledende terapeuter ved terapiafdelinger, samt ledere eller kræftkoordinatorer i kommunerne som respondenter. I flere tilfælde sendte disse respondenter os videre til rette vedkommende eller evt. selv besvarede kortlægningen.

5.2.2 Spørgeskemaerne

Spørgeskemaerne i kortlægningen er omfattende, og der er spurgt til forskellige temaer fra forløbsprogrammet, hvilket kræver, at den enkelte respondent har viden på et meget bredt felt inden for kræftrehabilitering. Som beskrevet ovenfor søgte vi respondenter, som arbejdede med og havde størst viden inden for kræftrehabilitering i hhv. hospitalsafdelingerne og kommunerne.

Spørgeskemaerne indeholdte flere aktiveringer, hvilket betyder, at det ikke er alle respondenter, der har haft mulighed for at svare på alle spørgsmål. Derfor er der variation i antallet af respondenter gennem spørgeskemaet. Tabeller og figurer skal derfor læses ud fra antallet af respondenter i den enkelte figur/tabel.

Det er en velkendt begrænsning for spørgeskemaer, at spørgsmål og svarkategorier, som ofte er lukkede, kan medføre manglende nuancering af de svar, der gives, og den data, der indhentes (32). Dette er forsøgt imødekommet ved hjælp af spørgsmål med fritekst muligheder, hvor respondenterne havde mulighed for at nuancere og uddybe deres tidligere svar.

En fordel i 2021-kortlægningen er, at der er spurgt til tværsektorielt samarbejde mellem henholdsvis hospital og kommuner, hospital og almen praksis, kommuner og hospital og kommuner og almen praksis, hvor der i 2017-kortlægningen blev spurgt på tværs, hvilket gjorde det svært at vide, om svarene gjaldt for den ene eller anden sektor.

5.2.3 Generaliserbarhed

I forhold til at generalisere resultaterne er det vigtigt at lægge mærke til, hvor mange respondenter de enkelte resultater gælder for: Om de repræsenterer mange eller få hospitalsafdelinger eller kommuner. Som vist i Tabel 1 svarede 39/50 (78 %) identificerede sengeafdelinger og ambulatorier, 13/16 (81 %) terapiafdelinger samt 91/96 (95 %) kommuner på spørgeskemaet. Hvis de enkelte tabeller/figurer repræsenterer alle eller næsten alle afdelinger eller kommuner, som har svaret, er der dermed en større sandsynlighed for, at resultatet er generaliserbart til afdelinger/kommuner generelt, hvorimod hvis der er få svar (et lille N) i tabellen/figuren, skal man være forsigtig med generalisering.

Kommunerne har besvaret spørgeskemaundersøgelsen ud fra kræft generelt set, hvilket betyder, at resultaterne fra de kommunale respondenter kan generaliseres til kræftområdet. Sengeafdelinger, ambulatorier og terapiafdelinger er bedt besvare ud fra seks kræftdiagnoser: brystkræft, prostatakræft, hoved-hals-kræft, hæmatologisk kræft, hjernekræft og lungekræft. Det kan derfor overvejes, om resultaterne fra hospitalsafdelingerne er generaliserbare til andre kræftdiagnoser end disse seks.

Det fremgår ikke af denne kortlægning, hvor der evt. kan være forskelle mellem disse seks diagnoser, og forskelle kan ikke udelukkes.

Der er ikke indgivet data om størrelsen på hospitalsafdelingerne, der har besvaret, og derfor er det ikke muligt at estimere generaliserbarheden endeligt her. Vores vurdering er dog, at det er en god blanding set ift. størrelse på afdelingerne.

Til gengæld kan vi se, at der er en tilfredsstillende geografisk fordeling i besvarelsesprocenten ud over hele landet – dog med en lidt lavere besvarelsesprocent fra Region Midtjylland end fra de øvrige regioner. Omend vurderes det, at undersøgelsen er geografisk generaliserbar.

5.2.4 Sammenlignende analyser

I forhold til de sammenlignende analyser med 2017-kortlægningen, som beskrevet i Afsnit 3, var der en væsentlig forskel i måden data er indsamlet på i 2021 sammenlignet med 2017: Nemlig at hospitalsafdelingerne i 2021 er bedt om kun at lave én besvarelse pr. afdeling, uanset om den besvarelse repræsenterede alle seks inkluderede diagnosegrupper eller kun én, hvor de i 2017 besvarede for hver af de diagnoser, de arbejdede med på afdelingen. Dette medfører en forskel på antallet af besvarende hospitalsafdelinger i 2021 sammenlignet med 2017, hvilket er vigtigt at være opmærksom på ift. sammenligning af resultaterne.

For at imødegå denne metodiske forskel er sammenligningerne også gennemført, ud fra to forskellige modeller for sammenlægning af data til én afdeling i 2017-datasættet (se Bilag 6), sådan at metoden for dataindsamling er mere sammenlignelig mellem 2017 og 2021. Disse analyser viser, at resultaterne ikke er så forskellige fra, hvordan data faktisk ser ud i 2017 med alle besvarelser fra alle afdelinger repræsenteret⁸, og de faktiske resultater er derfor præsenteret i Afsnit 3 i denne rapport. De to afprøvede modeller i Bilag 6 er: 1) det hyppigste svar er valgt, og 2) det bedste svar er valgt. Yderligere beskrivelse af de to modeller samt resultater herfra kan ses og læses i Bilag 6.

Sidst men ikke mindst, så er 2021-kortlægningen gennemført i COVID-19-tid, hvilket kunne have haft betydning for sammenligningen af resultaterne med 2017-kortlægningen, som ikke er påvirket af COVID-19. Men som forklaret i rapportens indledning (afsnit 1.1.5), blev respondenterne bedt om at svare ud fra en normaltilstand, og af respondenternes svar gengivet i afsnittet fremgår det også, at de fleste har svaret, at praksis ikke afviger fra "normalt". Derfor vurderes det, at 2021-kortlægningen er retvisende ift. normal praksis, og COVID-19 dermed kun har haft begrænset indflydelse på undersøgelsens resultater.

⁸ Dvs. en sammenligning af Figur 12 i Afsnit 3 med Figur 15 og 17 i Bilag 6, samt en sammenligning af Figur 14 i Afsnit 3 med Figur 16 og 18 i Bilag 6.

6 Konklusion og anbefalinger

Kortlægningen af kræftrehabilitering i Danmark 2021 følger op på en kortlægning fra 2017 og viser status og forandringer i perioden. Kortlægningen omfatter fire temaer, der går igen fra 2017: *Behovsvurdering, faglige indsatser, tværfagligt samarbejde og koordination og sammenhængende forløb*. Desuden er *kompetencer, videndeling og udviklingssamarbejde* et selvstændigt tema i 2021-kortlægningen. I kortlægningen indgår svar fra sengeafdelinger og ambulatorier, terapiafdelinger og kommuner.

Systematisk behovsvurdering er implementeret i 83 % af alle sengeafdelinger og ambulatorier, og implementeringen af systematisk behovsvurdering er stagneret. Terapiafdelingerne involveres fortsat ikke ofte i den systematiske behovsvurdering, men bidrager på andre måder til udredning af kræftpatienter. Der ses et fald i hospitalernes anvendelse af det regionale behovsvurderingsskema, og også i kommunerne er både kendskab til- og anvendelse af det regionale behovsvurderingsskema faldet. Desuden benyttes der flere forskellige redskaber.

Hvad angår faglige indsatser har stort set alle kommuner i 2021 tilbud om rehabilitering til mennesker med kræft. Indholdet i kræftrehabiliteringen varierer dog betydeligt, og der ses generelt en stigning i diagnosespecifikke indsatser, især til borgere med brystkræft. Kommunerne tilbyder især indsatser inden for det fysiske- og psykosociale område, mens der er færre indsatser omkring socialfaglige-, eksistentielle- og palliative behov hos borgere, der ikke er i målgruppen for specialiseret palliativ indsats. Desuden synes der at mangle opmærksomhed på rehabiliteringsbehov ved fremskreden kræft, både i kommuner og på hospitaler. Undersøgelsen tyder på, at der er brug for at styrke kommunernes evalueringspraksis ift. rehabilitering.

Tværfagligt samarbejde er udbredt i kommuner og terapiafdelinger, mens det i mindre grad er til stede i sengeafdelinger og ambulatorier, hvor ca. en tredjedel ikke oplever, at der er tilstrækkelige muligheder for tværfagligt samarbejde. Endvidere varierer det betydeligt, hvilke faggrupper der deltager i det tværfaglige samarbejde.

Når det gælder koordination og sammenhængende forløb, så har 70-75 % af alle de deltagende hospitalsafdelinger og kommuner implementeret procedurer for sammenhængende forløb, og lidt færre vurderer mulighederne for tilstrækkelige. Kommunerne har procedurer for sammenhængende forløb med både almen praksis og med hospitaler, mens hospitalerne især har procedurer for sammenhængende forløb med kommunerne. Resultaterne indikerer, at der er brug for at styrke det tværsektorielle samarbejde generelt, og i særdeleshed det gensidige kendskab til hinandens praksis og muligheder. Dette gælder især, hvad angår kendskabet til kommunernes rehabiliteringstilbud samt kendskabet hospitaler og almen praksis imellem.

Undersøgelsen viser, at respondenterne kalder på øgede kompetencer, både af organisatorisk, klinisk, begrebsmæssig og kommunikativ karakter. I tråd med forløbsprogrammets anbefalinger kan kompetenceudvikling understøttes organisatorisk i tværgående og tværsektorielle forløb. Undersøgelsen viser, at der nogle steder allerede eksisterer en praksis for tværgående videndeling og udviklingssamarbejde.

6.1 anbefalinger

Systematisk behovsvurdering til alle

Det anbefales, at der udvikles en tværfaglig og tværsektoriel standard for spørgsmål og arbejdsgange i en systematisk behovsvurdering. Dette ses som en forudsætning for, at alle kræftoverlevende med behov for rehabilitering identificeres.

Rehabiliteringsindsatser til forskellige målgrupper

Det anbefales, at der udvikles og sikres evidensbaserede rehabiliteringsindsatser, som kan tilgodeses variationen i problemer og behov hos mennesker med kræft. Dette ses som en forudsætning for, at evidensbaseret rehabilitering er til rådighed for alle målgrupper.

Udvikling af modeller der tilgodeser hele spektret af rehabiliterings- og palliative behov

Det anbefales, at der udvikles modeller for, hvordan rehabilitering og palliation kan koordineres. Dette ses som en forudsætning for, at behov for rehabilitering og palliation tilgodeses hos alle mennesker med kræft, herunder fremskreden kræft, også selvom disse ikke er i målgruppen for specialiseret palliativ indsats.

Fælles anbefaling baseret på denne rapport og rapporten for almen praksis (24):

Sikring af samarbejde på tværs af sektorer

Det anbefales, at kendskabet til og kommunikation om rehabilitering på tværs af hospital, almen praksis og kommuner styrkes via fælles terminologi, strategier og værktøjer. Dette ses som en forudsætning for, at patienterne oplever sammenhængende og koordinerede rehabiliteringsforløb.

6.2 Anvendte forkortelser i rapporten

COPM	<i>Canadian Occupational Performance Measure</i> (Semi-struktureret interview til identificering af problemer med udførelse af daglige aktiviteter)
COVID-19	<i>Corona Virus Disease 2019</i>
EORTC	European Organisation for Research and Treatment of Cancer.
EORTC QLQ C30	<i>EORTC Quality of Life Questionnaire Core-30</i> (PRO-skema om livskvalitet ved kræft med 30 spørgsmål)
EORTC-PAL/ EORTC QLQ C15-PAL	PRO-skema som anvendes til identificering af patientens behov for palliativ indsats ved kræft, 15 spørgsmål (en forkortet udgave af C30-versionen)
FACT-G	<i>Functional Assessment of Cancer Therapy - General</i> (PRO-skema med 27 spørgsmål)
FSIII	<i>Fælles Sprog III</i> . En fælleskommunal metode og standard for dokumentation af den kommunale opgaveløsning på sundheds- og ældreområdet
GDPR	<i>General Data Protection Regulation</i>
HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (PRO-skema med 14 spørgsmål)
ICF	<i>International Classification of Functioning, Disability and Health</i>
MoEva	System til monitorering og evaluering af kommunale og regionale sundhedstilbud
PAM	<i>Patient Activation Measure</i> (PRO-skema)
PRO	<i>Patient reported outcomes</i> , eller på dansk: patientrapporterede oplysninger
REF01	Kommunehenvising, Medcom-standard (forhenværende)
REHPA	Videncenter for Rehabilitering og Palliation
SF-12	<i>Short Form</i> (PRO-skema med 12 spørgsmål)
SPICT	<i>Supportive and Palliative Care Indicator Tool</i> (PRO-skema)
WHO	World Health Organization (Verdenssundhedsorganisationen)
WHO-5	<i>WHO-Five Well-being Index</i> (PRO-skema med 5 spørgsmål)
XREF15	Kommunehenvising, Medcom-standard (nuværende)

Referenceliste

1. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. København S: Sundhedsstyrelsen; 2018.
2. Thuesen J, Rossau HK, Frausing S, Tang LH, Mikkelsen TB. Kræftrehabilitering i Danmark - kortlægning af praksis på hospitaler og i kommuner. REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation, Nyborg: Syddansk Universitet og Region Syddanmark; 2017.
3. Rehabiliteringscenter Dallund. Årsrapport 2002. Rehabiliteringscenter Dallund; 2003.
4. Kræftens Bekæmpelse. Nøgletal. 2021 [Available from: <https://www.cancer.dk/nyheder/presserum/statistik-om-kræft/>].
5. Sundhedsstyrelsen. Kræftplan IV. 2021 [Available from: <https://www.sst.dk/da/viden/kræft/kræftplaner/kræftplan-iv>].
6. Sundhedsstyrelsen. Oversigt over kræftpakkeforløb. 2021 [Available from: <https://www.sst.dk/da/Viden/Kræft/Kræftpakkeforloeb/Oversigt-over-kræftpakkeforloeb>].
7. Region Syddanmark. Kræft. 2021 [Available from: <https://www.regionsyddanmark.dk/wm430928>].
8. Region Midtjylland. Kræftrehabilitering. Samarbejdsaftale under Sundhedsaftalen. 2019 [Available from: https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/moedefora/sundhedsstyregruppen/250919/punkt_1_1_bilag_1_aftale_2019_til_godkendelse..pdf].
9. Sundhedsstyrelsen. Status på forløbsprogrammer 2019. 2019 [Available from: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/Status-paa-forloebprogrammer-notat-2019.ashx?la=da&hash=9C1F4F310620FFDB5C95E02A39BE4A8BE6E231AF>].
10. Rossau HK, Mikkelsen TB, Hansen BC, Vinther K, Thisted LB, Lund W, et al. Fra plan til praksis. En undersøgelse af kompetenceudvikling som led i implementering af behovsvurdering. Nyborg: REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation.; 2018.
11. Rossau HK, Mikkelsen T, Thuesen J. Tværsektorielt samarbejde og behovsvurdering i forbindelse med rehabilitering og palliation til mennesker med kræft. Nyborg: REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation; 2018.
12. Raunkjær M, Christiansen SR, Mikkelsen TB, Ravn MB. KORTLÆGNING AF DEN KOMMUNALE PALLIATIVE INDSATS I DANMARK - Spørgeskemaundersøgelse blandt 28 kommuner, 2019. Nyborg: REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation; 2020.
13. Jarlbæk L. KORTLÆGNING AF DEN SPECIALISEREDE PALLIATIVE INDSATS I DANMARK - Spørgeskemaundersøgelse blandt de 51 enheder, 2019. Nyborg: REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation; 2021.
14. Kristiansen M, Adamsen L, Brinkmann FK, Krasnik A, Hendriksen C. Need for strengthened focus on cancer rehabilitation in Danish municipalities. Dan Med J. 2015;62(4):1-5.
15. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
16. Region Hovedstaden. Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. 2022 [Available from: <https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Tvaersektorielt-samarbejde/kronisk-sygdom/Forl%C3%B8bsprogrammer/Sider/Forl%C3%B8bsprogram-for-rehabilitering-og-palliation-i-forbindelse-med-kr%C3%A6ft.aspx>].
17. Region Midtjylland. Kræftrehabilitering. 2022 [Available from: <https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/sundhedsaftalen-2019-2022/samarbejdsaftaler/aftale-vedr.-rehabilitering-i-forbindelse-med-kræft/>].
18. Region Nordjylland. Kræft og palliation. 2021 [Available from: <https://rn.dk/da/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/Rehabiliteringsindsatser-for-mennesker-med-kronisk-sygdom/Kræft-og-palliation>].

19. Region Sjælland. Rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. 2020 [Available from: https://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/patient-i-region-sjaelland/Sundhedsaftalen/Genoptraening_og_rehabilitering/Sider/2.1.2.-Rehabilitering-og-palliation-ifm-kr%C3%A6ft.aspx]
20. Region Syddanmark. Rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. 2022 [Available from: <https://regionsyddanmark.dk/fagfolk/det-naere-sundhedsvaesen/samarbejdsaftaler/rehabilitering-og-palliation-i-forbindelse-med-kraeft>]
21. Körner M, Bütof S, Müller C, Zimmermann L, Becker S, Bengel J. Interprofessional teamwork and team interventions in chronic care: A systematic review. *Journal of Interprofessional Care*. 2016;30(2):15-28.
22. Syddansk Universitet. Forskningsenheden for Almen Praksis. 2021 [Available from: <https://www.sdu.dk/da/almenpraksis>].
23. Sundhedsstyrelsen. Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne. København: Sundhedsstyrelsen; 2017.
24. Sætre LMS, Nicolaisen A, Søndergaard J, Jarbøl DE. Kortlægning af Kræftopfølgning og Palliation i Almen Praksis. Syddansk Universitet: Forskningsenheden for Almen Praksis; Forthcoming.
25. Kvale S, Brinkmann S. Interview: introduktion til et håndværk: Hans Reitzels forlag; 2009.
26. Rehabiliteringsforum Danmark. Hvidbog om rehabilitering. 2021 [Available from: <https://www.rehabiliteringsforum.dk/Nyheder/hvidbog-20/>].
27. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for den palliative indsats. København S: Sundhedsstyrelsen; 2017.
28. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade - apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCI) - traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning og encephalopati. København S: Sundhedsstyrelsen; 2020.
29. Hellbom M, Bergelt C, Bergenmar M, Gijsen B, Loge JH, Rautalathi M, et al. Cancer rehabilitation: A Nordic and European perspective. *Acta Oncologica*. 2011;50(2):179-86.
30. Alfano CM, Cheville AL, Mustian K. Developing High-Quality Cancer Rehabilitation Programs: A Timely Need. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2016;35:241-9.
31. Reeves S, Xyrichis A, Zwarenstein M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *Journal of Interprofessional Care*. 2018;32(1).
32. Vallgård S, Koch L, (Eds.). *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. København: Munksgaard; 2012.
33. Sundhedsstyrelsen. Opfølgningsprogrammer for kræft. 2015 [Available from: <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kraeft/opfoelgningsprogrammer/beskrivelser>].
34. Kræftens Bekæmpelse. Fra viden til handling i rehabiliteringsindsatsen i forbindelse med kræft - rapport fra en national arbejdsgruppe. 2015.
35. Dalton S, Hansen H, Johansen C, Malik-Høegh S, Mikkelsen T, Olsen J, et al. Rehabilitering efter brystkræft, tyk- og endetarmskræft og prostatakkræft - en medicinsk teknologivurdering. København; 2010.
36. Integral Kankercentrum Nederland. Cancer clinical practice guidelines: Cancer rehabilitation. 2014 [Available from: http://www.oncoline.nl/uploaded/docs/Oncologisch%20revalidatie/engelse%20vertaling/DIAGRAMS_UK_23112011.pdf].
37. REHPA. Kommunal rehabilitering og palliation til socialt sårbare mennesker med kræft (del af COMPAS). 2019 [Available from: <https://www.rehpa.dk/projekter/kommunal-rehabilitering-og-palliation-til-socialt-saarbare-mennesker-med-kraeft-del-af-compas/>]
38. REHPA. Tilbage til hverdagslivet for unge voksne kræftoverlevende – YATAC-projektet. 2019 [Available from: <https://www.rehpa.dk/projekter/tilbage-til-hverdagslivet-for-unge-voksne-kraeftoverlevende-yacs-projektet/>].

39. Datatilsynet. Lovgivning. Databeskyttelsesforordningen. 2016 [Available from: <https://www.datatilsynet.dk/hvad-siger-reglerne/lovgivning>].
40. De Videnskabsetiske Komiteer. Forsøgstyper uden anmeldelsespligt. 2021 [Available from: <https://komite.regionsyddanmark.dk/wm428123>].

Bilag 1. Metode

Respondenter, udsendelse og rykkerprocedure

Forud for kortlægningen blev der gennemført en respondentundersøgelse (mindre spørgeskemaundersøgelse) med henblik på at identificere de rette respondenter til kortlægningen af kræftrehabilitering.

Sengeafdelinger og ambulatorier, som behandler patienter med de udvalgte kræftdiagnoser (dvs. operation, strålebehandling og kemoterapi) blev identificeret ved hjælp af Kræftens Bekæmpelses Danmarkskort⁹ samt ud fra respondentlisten fra 2017-kortlægningen. Via hospitalsafdelingernes hjemmeside blev den afdelingsledende sygeplejerske identificeret og tilføjet som respondent til respondentundersøgelsen.

Terapiafdelinger er identificeret ud fra respondentlisten fra 2017-kortlægningen og opdateret ved google søgning og de enkelte hospitalers hjemmesider. Efter udsendelse af respondentundersøgelsen blev der fundet en terapiaafdeling mere, som også fik tilsendt kræftkortlægningens spørgeskema. Afdelingsleder/ledende terapeut blev tilføjet som respondent til respondentundersøgelsen.

Kommunale respondenter er identificeret med udgangspunkt i udsendelseslisten fra 2017-kortlægningen og suppleret med søgning på Sundhed.dk. Kræftkoordinator eller leder af rehabiliteringsafdeling blev tilføjet som respondent til respondentundersøgelsen.

Såvel respondentundersøgelse som spørgeskema om kræftrehabilitering er sendt digitalt via link i e-mail med en uges svarfrist mellem rykkere: To rykkere blev sendt og herefter fulgt op med opringning til respondenter, der endnu ikke havde svaret. Ved misset opringning blev gjort et sidste forsøg med rykkermail.

Respondentundersøgelsen er gennemført i perioden 26. marts til 14. april 2021.

Spørgeskemaundersøgelsen er gennemført i perioden 24. april til 25. maj 2021.

Spørgeskemaer

Spørgeskemaerne er sammensat på baggrund af spørgeskemaerne fra 2017-kortlægningen. Spørgsmålne bygger på forløbsprogrammer, diagnosespecifikke opfølgingsprogrammer og andre fagligt relaterede dokumenter, herunder forløbsprogrammets beskrivelser af faglige indsatser (15), diagnosespecifikke opfølgingsprogrammer for kræft (33), Kræftens Bekæmpelses konsensusnotat om kræftrehabilitering (34), gældende praksis i Danmark (14), en dansk MTV-rapport (35) samt andre, især hollandske anbefalinger (36) for, hvilke indsatser der kan være relevante for kræftpatienter (2). Spørgeskemaet til sengeafdelinger, ambulatorier samt terapiafdelinger indeholdt 43 items, og kommunernes spørgeskema indeholdt 69 items. Alle tre spørgeskemaer indeholdt en kombination af åbne og lukkede svarkategorier. Spørgeskemaerne var interaktive, dvs. de har indeholdt flere aktiveringer og spring, som medfører, at nogle spørgsmål er sprunget over afhængigt af tidligere svar. Dette betyder også, at antallet af svar til hvert spørgsmål kan være meget forskelligt gennem besvarelsen, og dette er vigtigt ift. læsning af resultaterne.

⁹ Kræftens Bekæmpelses Danmarkskort: <https://www.cancer.dk/hjaelp-viden/kraeftbehandling/gps/>.

Spørgeskemaerne er opdateret i forhold til ændringer i terminologi og et ønske om graduering i svarmuligheder, fx at kunne skelne mellem almen praksis og kommuner i hospitalsregi, samt mellem hospitaler og almen praksis i kommunalt regi, hvilket ikke var muligt i 2017-kortlægningen. Endelig er nogle spørgsmål udgået og andre er tilføjet, fx er der tilføjet et spørgsmål om COVID-19-pandemiens påvirkning af besvarelsen, da besvarelsene er gennemført efter pandemien havde påvirket landet i et år og dermed kan have haft indflydelse på praksis.

Spørgeskemaerne indeholdte desuden spørgsmål til to andre igangværende projekter i REHPA om henholdsvis socialt sårbare med kræft (37) og unge med kræft (38), disse er inkl. i de henholdsvis 43 og 69 items nævnt ovenfor. Resultaterne præsenteres ikke i denne kortlægning, men anvendes i de igangværende relaterede projekter. Spørgeskemaerne indeholdte endvidere spørgsmål om palliativ indsats. Det er vigtigt at bemærke, at der spørges til palliativ indsats ift. kræftrehabiliteringsindsatsen, og det er respondenter, der arbejder med rehabilitering, som svarer. Specifikke svar om den palliative indsats kan findes i kortlægningen af den kommunale palliative praksis i Danmark (12) eller kortlægningen af den specialiserede palliative indsats i Danmark (13).

Spørgsmål og svarmuligheder er kvalificeret via en tværfaglig og tværsektoriel referencegruppe og er testet blandt udvalgte repræsentanter fra de respektive praksisfelter og myndigheder fra referencegruppen samt internt i REHPA.

Sammenligning med den seneste kortlægning af kræftrehabilitering 2017

I denne rapport sammenlignes udvalgte resultater med 2017-kortlægningen på implementeringsniveau. Det vil sige, de spørgsmål i spørgeskemaet der handlede om indarbejdning af henholdsvis behovsvurdering, faglige rehabiliteringsindsatser og procedurer for sammenhængende forløb.

Det gælder dermed følgende figurer fra denne rapport:

- Figur 1 om indarbejdning af behovsvurdering blandt sengeafdelinger og ambulatorier
- Figur 5 om indarbejdning af faglige indsatser blandt kommunerne
- Figur 9 om indarbejdning af procedurer for sammenhængende forløb for sengeafdelinger, ambulatorier, terapiafdelinger og kommuner.

Ift. spørgsmålet om behovsvurdering er det kun resultaterne fra sengeafdelinger og ambulatorier, der kan sammenlignes med resultater fra 2017, da terapiafdelingerne ikke i 2017 er spurgt om indarbejdning af behovsvurdering.

Ift. spørgsmålet om indarbejdning af faglige indsatser inden for rehabilitering og palliation er det kun ved kommunerne, der kan laves sammenlignende tabeller, da det kun er disse, der er spurgt i 2021, i modsætning til 2017, hvor både sengeafdelinger og ambulatorier, terapiafdelinger og kommuner er spurgt.

Ift. spørgsmålet om indarbejdning af procedurer for sammenhængende forløb er der en væsentlig forskel i måden, spørgsmålet er stillet på i 2017 og 2021. I 2017 er der spurgt på tværs af hospitaler, kommuner og evt. almen praksis. I 2021 er der spurgt til procedurer for sammenhængende forløb

mellem henholdsvis hospitaler og kommuner samt hospitaler og almen praksis eller mellem kommuner og hospital samt mellem kommuner og almen praksis. I denne rapport sammenlignes resultaterne mellem hospital og kommune med resultaterne fra 2017, hvor der er spurgt på tværs af hospital, kommune og evt. almen praksis, idet det antages, at de fleste respondenter i 2017 har besvaret spørgsmålet baseret på indarbejdning af procedurer for sammenhængende forløb mellem hospital og kommune, fordi der står "og evt. almen praksis" i spørgsmålsformuleringen fra 2017.

Etik

Data er indsamlet og opbevaret i henhold til gældende regler om GDPR (39). Projektet er ikke anmeldt til Videnskabsetisk Komité, da det ikke er anmeldelsespligtigt (40). Undersøgelsens formål og indhold, opbevaring og anvendelse af data er oplyst til respondenterne med henblik på at oplyse grundlaget for deres samtykke til deltagelse. Informationen er givet skriftligt ved udsendelse af spørgeskemaerne. Data behandles fortroligt og præsenteres, så ingen enkeltrespondenter eller enheder kan genkendes.

Bilag 2. Opgave- og ansvarsfordeling mellem kommuner, hospitaler og almen praksis

Forløbsprogrammet præsenterer en figur, der præciserer opgave- og ansvarsfordelingen mellem region, kommune og almen praksis ift. koordinering på tværs (1):

	Under behandling	Efter behandling	
Kommunalt sundheds-tilbud	- Tilbyde afklarende samtale, herunder vurdere behov for rehabilitering og palliation - Tilbyde rehabiliterende og/eller basal palliativ indsats - Have opmærksomhed på pårørendes behov for støtte samt yde eller henvise til relevant indsats - Informere og vejlede patienten om sygdommen, herunder om generelle symptomer, senfølger mv.		K o o r d i n e r i n g p å t v æ r s
Sygehus	- Indledende behovsvurdering og evt. uddybende udredning - Informere og vejlede patienten om sygdommen, herunder om diagnosespecifikke symptomer, senfølger m.v. - Henvise til rehabiliterende og/eller palliativ indsats i kommunen efter behov - Evt. tilbyde rehabiliterende og palliativ indsats på sygehus eller henvise til hospice	- Behovsvurdere ved afslutning af initial behandling - Udarbejde individuel plan for opfølgning - Henvise til rehabiliterende og/eller palliativ indsats i kommunen efter behov - Videregivelse af information ved henvisning - Evt. tilbyde rehabiliterende og palliativ indsats på sygehus eller henvise til hospice	
Almen praksis	- Henvise til indsats i kommune eller på sygehus ved behov - Opspore og rådgive om evt. samtidige sygdomme samt koordinere ift. rehabiliterende og palliativ indsats - Evt. henvise til hospice	- Opfølgning, herunder opsporing af senfølger - Henvise til indsatser i kommune eller på sygehus ved behov	

Bilag 3. De regionale behovsvurderingsskemaer

Region Hovedstadens behovsvurderingsskema



Til dig og dine pårørende

1

Støtte til livet med kræft

Forberedelsesskema – en hjælp til dig – forud for samtale om rehabilitering og palliation

Din kræftsygdom og behandling kan medføre symptomer og forandringer i hverdagen, som du og dine pårørende kan opleve som belastende. Skemaet hjælper dig med at finde frem til de problemer, der fylder mest. Du kan bruge skemaet som forberedelse til samtale med personalet, så du får den rigtige hjælp og støtte. Du bestemmer selv, om du vil bruge skemaet og behøver ikke aflevere det til nogen. Det kan være en god idé, at du udfylder skemaet sammen med dine nærmeste, som eventuelt også kan deltage i samtalen.

Problemer/udfordringer i hverdagen, som du gerne vil tale om

Marker ved at sætte kryds i ja eller nej rubrikkerne, hvilke problemer eller udfordringer du/I oplever i hverdagen.

Udfordringer med de daglige gøremål

Ja Nej

- ☐ ☐ Indkøb, madlavning, vask af tøj mm
- ☐ ☐ Børnepasning
- ☐ ☐ Bad og påklædning
- ☐ ☐ Boligforhold
- ☐ ☐ Forsikring/økonomi
- ☐ ☐ Transport
- ☐ ☐ Arbejde/skole
- ☐ ☐ Hjælpe midler
- ☐ ☐ At tage medicin

Jeg får støtte fra

Ja Nej

- ☐ ☐ Min familie
- ☐ ☐ Omgangskreds, venner
- ☐ ☐ Kommunal hjælp fx hjemmepleje, sagsbehandler, jobcenter
- ☐ ☐ Egen læge
- ☐ ☐ Hospital
- ☐ ☐ Andre

Udfordringer i dit sociale liv

Ja Nej

- ☐ ☐ Børn
- ☐ ☐ Arbejde
- ☐ ☐ Partner/samlever
- ☐ ☐ Netværk fx venner, bekendte, kollegaer
- ☐ ☐ Helbredsproblemer blandt dine nærmeste
- ☐ ☐ At leve godt/sundt
- ☐ ☐ At være sammen med andre
- ☐ ☐ At dyrke fritidsinteresser, fx hobby, sport eller lign.
- ☐ ☐ At følge min tro og deltagelse i trosmæssigt fællesskab
- ☐ ☐ At have nogen at dele bekymringer og tanker med

Fysiske og psykiske udfordringer

Ja Nej

- ☐ ☐ Træthed/manglende energi/søvn
- ☐ ☐ Smerter
- ☐ ☐ Nedsat syn/hørelse
- ☐ ☐ Vejtrækning
- ☐ ☐ Mad/drikke
- ☐ ☐ Kvalme/opkastninger
- ☐ ☐ Forstoppelse/diarre
- ☐ ☐ Infektion/feber
- ☐ ☐ Kropslugt
- ☐ ☐ Vandladning
- ☐ ☐ Hud/slimhinder/sår
- ☐ ☐ Nedsat bevægelighed og muskelkraft
- ☐ ☐ Hævelse af fx arme/ben/hals
- ☐ ☐ Svimmelhed/balance
- ☐ ☐ Føleforstyrrelser
- ☐ ☐ Seksualitet
- ☐ ☐ Mulighed for at få børn
- ☐ ☐ Udseende
- ☐ ☐ Hukommelse/koncentration
- ☐ ☐ Tanker om døden
- ☐ ☐ Frygt/angst
- ☐ ☐ Nervøsitet/bekymring
- ☐ ☐ Tristhed/sorg



Region Hovedstaden har udarbejdet en film om behovsvurdering, som du kan se ved at scanne QR-koden.

Du kan også gå ind på youtube og søge på: "støtte til livet med kræft".



Til dig og dine pårørende

2

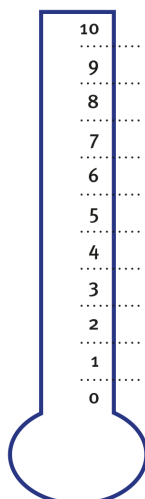
Støtte til livet med kræft

Belastningsgrad

Hvor belastet er du i hverdagen?

Sæt kryds på termometeret

Meget belastet



Ikke belastet

Hvad er vigtigt for dig i din hverdag?

Hvad skal kræftsygdommen ikke forhindre dig i?

Hvad bekymrer dig mest?

Andre områder, du gerne vil tale om

regionmidtjylland **midt**

Din plan – afdækkede behov

Hvilke områder er afdækket, som du ønsker støtte til:

1	
2	
3	
4	
5	

Udfyldes af patient, pårørende i samarbejde med plejepersonale

Aftaler:

1	
2	
3	
4	
5	

75:93

Region Nordjyllands behovsvurderingsskema

Støtte til dig der har kræft

For at kunne tilbyde dig den rette hjælp og støtte, både før, under og efter din behandling, vil personalet tale med dig om, hvad du har brug for hjælp til, og hvor du kan få hjælpen.

Kræft og behandling af sygdommen kan ofte medføre en forandring af hverdagen. Det kan fx være vanskeligheder ved at klare dagligdagen, arbejdsliv, familieliv og de fysiske og psykiske følger af at have en kræftsygdom. Hvordan man oplever livet med kræft vil være forskelligt fra person til person, og der vil være emner og problemer, som fylder mere eller mindre for den enkelte.

Det er vigtigt at få viden om de eventuelle problemer og udfordringer, du oplever i hverdagen, og om du har behov for hjælp og støtte til at håndtere disse.

Du kan forberede dig på dialogen med personalet ved at udfylde skemaet her i folderen og medbringe det. Med udgangspunkt i skemaet kan de sundhedsfaglige sammen med dig, vurdere dit behov for støtte i form af rehabilitering, genoptræning eller lindring. Det kan fx dreje sig om:

- Træning og fysisk aktivitet
- Kostvejledning i forhold til kræftsygdom v/ diætist
- Hjælp til rygestop
- At leve med kræft
- Senfølger og følger efter behandling
- Smertelindring
- Støttegrupper
- Samvær med ligestillede
- Samtaler
- Rådgivning i forhold til arbejde og uddannelse
- Familierådgivning

Din kommune tilbyder genoptræning og kræftrehabilitering indenfor flere eller alle ovenstående områder, og du kan altid kontakte din kommunes sundhedscenter eller sundhedsafdeling for at høre mere. Se pjecens bagside for kontaktoplysninger.

Hos Kræftens Bekæmpelse kan du også finde muligheder for støtte og vejledning.

Du er meget velkommen til at have en pårørende med til samtalen.



REGION NORDJYLLAND

KKR
NORDJYLLAND



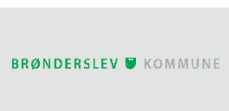
Handleplan

Hvad ønsker du hjælp til?

Kan dit netværk / din familie støtte dig - og hvordan?

Aftales i dialog med din sygeplejerske eller læge:

Hvad skal sættes i gang?



Kontakt:
Brønderslev Kommune
Tlf. 99 45 51 12



Kontakt:
Koordinator for
kræftrehabilitering
Tlf. 98 45 73 72



Kontakt:
Hjørring Sundhedscenter
Tlf. 72 33 56 00



Kontakt:
Sundhedsafdelingen
Tlf. 72 57 88 70



Kontakt:
Sundhedskoordinator
Tlf. 40 13 93 36



Kontakt:
Rehabiliteringsteamet
Tlf. 97 11 35 55



Kontakt:
Visitationen
Tlf. 99 70 70 00



Kontakt:
Føreløbskoordinator
Tlf. 99 88 91 24



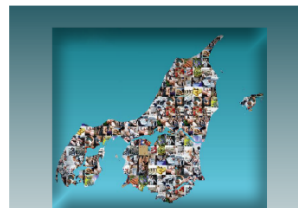
Kontakt:
Thisted Kommune
Tlf. 23 63 50 48



Kontakt:
Sundhedscenter
Vesthimmerland
Tlf. 99 66 82 00



Kontakt:
Sundhedscenter Aalborg
Tlf. 99 31 34 58



Du finder oversigt
over sundheds- og
rehabiliteringstilbud i din
kommune på:

www.sundhed.dk

Klik på Sundhed og livstil og
derefter på Sundhedstilbud.

Støtte i hverdagen med kræft

Vi kan hjælpe dig

Kræftsygdom og behandling kan medføre forandringer, som har betydning for dig og dine pårørendes oplevelse af kvalitet i hverdagslivet.

På sygehuset, i kommunen og hos din praktiserende læge tilbyder sundhedsprofessionelle sammen med dig og eventuelt dine pårørende at

afklare behov for støtte og vejledning i hverdagslivet med - eller efter kræft.

Herunder finder du et spørgeskema, som med fordel kan udfyldes inden samtale med personalet. Skemaet er et godt udgangspunkt for at finde frem til de problemstillinger, som fylder mest for dig og dine pårørende.

Og med udgangspunkt i dine svar finder vi ud af, hvordan du kan få hjælp og komme videre.

Udfyld eventuelt skemaet sammen med en af dine nærmeste, som du naturligvis også er velkommen til at tage med til samtalen.

Navn:

CPR-nummer:

Marker i skemaet, hvor du har brug for hjælp. Sæt gerne flere krydser.

Fysiske områder

- ☐ Træthed
- ☐ Søvn
- ☐ Hukommelse / koncentrationsbesvær
- ☐ Smerter
- ☐ Nedsat bevægelighed og muskelkraft
- ☐ Svimmelhed/balance
- ☐ Kvalme/opkastninger
- ☐ Spise/drikke/synkebesvær
- ☐ Vægttab og vægtøgning
- ☐ Tørre slimhinder
- ☐ Forstoppelse/diaré
- ☐ Vejtrækningsbesvær
- ☐ Vandladningsproblemer
- ☐ Hævelse eks. Arme, ben, hals
- ☐ Problemer med tænderne
- ☐ Seksuelle problemer
- ☐ Syn og hørelse
- ☐ Problemer med huden
- ☐ Føleforstyrrelser, eks. stikken & prikken i fingre / tæer
- ☐ Udføre daglige gøremål
- ☐ At tage medicin
- ☐ Andre fysiske problemer

Forebyggende område

- ☐ Kost
- ☐ Rygning
- ☐ Alkohol
- ☐ Motion

Familieliv og netværk

- ☐ Samlever
- ☐ Børn
- ☐ Venner/familie
- ☐ Børnepasning
- ☐ Skole
- ☐ Andre familieproblemer

Arbejde, uddannelse, transport og bolig

- ☐ Sygemelding (hel/delvis)
- ☐ Løn under sygdom/sygedagpenge
- ☐ Udbetaling af forsikring ved kritisk sygdom
- ☐ Efterløn/pension
- ☐ Bopæl/ophold i udlandet
- ☐ Hjælp i hjemmet (hjemmepleje/hjælpe-middel)
- ☐ Transport
- ☐ Andre arbejds-, uddannelses-, transport- eller boligproblemer

Psykiske områder

- ☐ Handlingslammet
- ☐ Sorg, fortvivelse, vrede
- ☐ Meningsløshed
- ☐ Skyldfølelse
- ☐ Angst, bange, nervøs
- ☐ Deprimeret
- ☐ Mangler nogen at kunne betro sig til
- ☐ Andre følelsesmæssige problemer

Eksistentielle og åndelige områder

- ☐ I forhold til trosliv og deltagelse i tros-mæssigt fællesskab
- ☐ I forhold til eksistens
- ☐ Andre eksistentielle eller åndelige forhold

Andre områder, som du eller dine eventuelle pårørende gerne vil tale om?

- ☐ Ønsker samtale senere

Dato: _____

Samtale med

Navn: _____

Stilling: _____

Egne noter: _____

Aftaler: _____

Region Syddanmark

KRÆFTFORLØB

Hvad er dine behov for rehabilitering? – støtte og vejledning til dig, der har kræft



Kræftsygdom og behandling kan medføre forandringer, som har betydning for dig og for, hvordan du klarer din dagligdag.

Rehabilitering er en fælles betegnelse for den eller de indsatser, som skal hjælpe dig tilbage til et meningsfyldt liv med den mest optimale livskvalitet

Ikke alle har behov for hjælp fra professionelle, men skemaet kan også anvendes til at få sat ord på noget af det du oplever. Brug de mennesker omkring dig, som kan støtte dig i din situation.

Introduktion til forberedelsesskema

Vi vil gerne hjælpe dig til at finde ud af, om der er områder, hvor du har brug for støtte og vejledning i forbindelse med din kræftsygdom og behandling. Derfor har du fået skemaet "Hvad er dine behov for rehabilitering", som indeholder de områder, hvor der oftest kan være brug for støtte.

Udfyld skemaet

- Forberedelsesskemaet findes på bagsiden af dette ark.
- Det tager 5-10 minutter at udfylde skemaet.
- Du udfylder skemaet ved at krydse af i de emner, hvor du har behov for støtte.
- Har du brug for støtte på andre områder, end dem der står på skemaet, skrives det under "andet".

Skriv din vurdering, som du oplever det lige nu, og vurder om du har brug for støtte fra professionelle. Udfyld gerne skemaet sammen med dine pårørende.

Medbring udfyldt skema

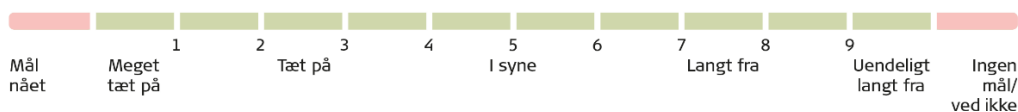
Forberedelsesskemaet er dit. Medbring skemaet når du kommer til dit næste besøg, hvor områderne og videre plan drøftes.

Praktiserende læge og din kommune

- Vær opmærksom på, at din praktiserende læge kan være en ressource for dig og vil kunne vejlede og rådgive ud fra dine behov.
- På www.sundhed.dk kan du finde oplysninger om rehabiliteringstilbud i din kommune.

Sæt kryds på målestokken

Hvor tæt er du på, at leve det liv du vil efter eller med din kræftsygdom?



Plan (besvar først skema på bagsiden)

Udfyldes evt. sammen med den professionelle

Inspireret af: Implementering af Forløbsprogrammet for Region Syddanmark: <http://regionsyddanmark.dk/wm430928>
og Vejle Sygehus – Patienternes kræftsygehus samt Dallundskalaen: <http://www.ouh.dk/wm437720>

Samarbejde mellem de praktiserende læger, de 22 kommuner og Region Syddanmark

KRÆFTFORLØB

Dit forberedelsesskema

Marker i skemaet, hvis du vurderer at have behov for professionel støtte.
Sæt gerne flere krydser.

Navn: _____

Dato: _____

Oplevelse af livssituationen

Hverdagen

- ☐ Gøremål i hjemmet (rengøring, indkøb, madlavning mm.)
- ☐ Personlig hygiejne
- ☐ Børnepasning
- ☐ Arbejde/skole
- ☐ Motion/fritid
- ☐ Medicin
- ☐ Andet

Fysisk område

Almen tilstand

- ☐ Træthed/energi
- ☐ Søvn
- ☐ Smerter
- ☐ Svimmelhed/balance
- ☐ Tænder
- ☐ Syn og hørelse
- ☐ Hud (sår, udslæt, kløe)
- ☐ Kvalme/opkastning
- ☐ Spise/drikke
- ☐ Synkebesvær
- ☐ Vægttab og vægtøgning
- ☐ Rygning
- ☐ Alkohol

Fysisk påvirkning

- ☐ Nedsat bevægelighed
- ☐ Nedsat muskelkræft
- ☐ Vejrtrækningsbesvær
- ☐ Lymfødem (hævelse af arme/ben)
- ☐ Hedeture
- ☐ Kropslugt
- ☐ Føleforstyrrelser

Udskillelse

- ☐ Vandladning
- ☐ Forstoppelse/diarré

Seksualitet og samliv

- ☐ Ændret kropsoptfattelse
- ☐ Tørre slimhinder
- ☐ Nedsat seksuel lyst
- ☐ Nedsat seksuel evne
- ☐ Mulighed for at få børn
- ☐ Ændret behov
- ☐ Andet

Psyisk område

- ☐ Humør
- ☐ Tristhed
- ☐ Grådlabil
- ☐ Bekymret
- ☐ Følelse af ensomhed
- ☐ Angst
- ☐ Stresset
- ☐ Andet

Kognitivt område

- ☐ Hukommelse
- ☐ Koncentrationsbesvær
- ☐ Andet

Socialt område

Praktiske område

- ☐ Boligforhold
- ☐ Transport
- ☐ Økonomi/forsikring/pension
- ☐ Offentlige myndigheder
- ☐ Andet

Eksistentielt/åndeligt område

- ☐ Tro
- ☐ Tanker om livet
- ☐ Tanker om døden
- ☐ Sorg
- ☐ Skyldfølelse
- ☐ Andet

Pårørende

Mennesker omkring dig

- ☐ Samlever
- ☐ Børn
- ☐ Øvrige netværk
- ☐ Andet

Bemærkninger (andet):

Din vurdering

Har du behov for professionel støtte?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Hvis ja er krydset af, prioritér da de områder du vurderer at have mest behov for støtte til.

Bilag 4. Respondentundersøgelsen

Den indledende respondentundersøgelse blev udsendt til 53 sengeafdelinger og ambulatorier og besvaret af 34 (64 %), til 15 terapiafdelinger og besvaret af ni (60 %), samt til 98 kommuner og besvaret af 78 (80 %).

Tre respondenter blandt sengeafdelinger og ambulatorier angiver, at de ikke længere har med behandling af de udvalgte diagnoser at gøre, derfor er spørgeskemaet om kræftrehabilitering sendt til 50 sengeafdelinger og ambulatorier. To kommuner angiver, at de har samarbejde med en tredje, større kommune, som svarer på deres vegne. Derfor er spørgeskemaet om kræftrehabilitering sendt til 96 kommuner. Den store kommunes besvarelse tæller kun som én, da den kan beskrive en mere omfattende indsats, end det var tilfældet i de to mindre samarbejdskommuner. Efter respondentundersøgelsen fandt vi endnu en terapiafdeling, hvorfor der er 16 udsendte spørgeskemaer om kræftrehabilitering.

Svarprocenten er højere ved spørgeskemaet om kræftrehabilitering end i respondentundersøgelsen. De respondenter, der ikke besvarede respondentundersøgelsen, fik tilsendt spørgeskemaet om kræftrehabilitering, og nogle af disse har derefter enten besvaret spørgeskemaet selv eller sendt svar retur, om at spørgeskemaet skulle sendes til en anden medarbejder.

Bilag 5. Tabeller

Tabel A. Svarfordelingen på diagnosegrupper for sengeafdelinger, ambulatorier og terapiafdelinger

	Sengeafdelinger og ambulatorier N = 39*	Terapiafdelinger N = 13 [#]
	Gennemført Antal (procent)	
Brystkræft	17 (44)	12 (92)
Prostatakræft	12 (31)	10 (77)
Hoved-hals kræft	13 (33)	10 (77)
Hæmatologisk kræft	9 (23)	11 (85)
Hjernekræft	8 (21)	9 (69)
Lungekræft	16 (41)	12 (92)

* 0 missing. Alle 39 sengeafdelinger og ambulatorier, der har besvaret spørgeskemaet, har svaret på dette spørgsmål.

0 missing. Alle 13 terapiafdelinger, der har besvaret spørgeskemaet, har svaret på dette spørgsmål.

Tabel B. På hvilke tidspunkter i behandlingsforløbet tilbydes patienterne systematisk behovsvurdering? På sengeafdelinger og ambulatorier

N = 32*	Antal (procent)			
	Alle patienter	Nogle patienter	Ingen patienter	Ved ikke
I begyndelsen af behandlingen	13 (41)	12 (38)	5 (16)	2 (6)
Ved ændring af tilstanden	5 (16)	19 (59)	5 (16)	3 (9)
Ved afslutning af behandlingen	12 (38)	11 (34)	6 (19)	3 (9)
Ved første opfølgning	4 (13)	15 (47)	7 (22)	6 (19)
Ved alle opfølgningsbesøg	2 (6)	8 (25)	13 (41)	9 (28)

* 4 missing. 35 sengeafdelinger og ambulatorier har haft mulighed for at besvare dette spørgsmål.

Tabel C. Anvendelse af redskaber og/eller procedurer til systematisk behovsvurdering på sengeafdelinger og ambulatorier

N = 25*	Antal (procent)
Anvender det skema til behovsvurdering, der er udarbejdet i det regionale samarbejde	12 (48)
Anvender det skema til behovsvurdering, der er udarbejdet i det regionale samarbejde suppleret med rehabiliteringssamtale	9 (36)
Anvender et andet skema [#] suppleret med rehabiliteringssamtale	1 (4)
Rehabiliteringssamtale	3 (12)

* 0 missing. 25 sengeafdelinger og ambulatorier har haft mulighed for at besvare dette spørgsmål.

Støtte til livet med kræft v. Region Hovedstaden anvendes.

Tabel D. Hvor ofte gennemføres følgende handlinger på baggrund af behovsvurderingen? På sengeafdelinger og ambulatorier

N = 29*	Antal (procent)				
	Altid	Ofte	Sjældent	Aldrig	Ved ikke
Henvisning til rehabiliterende (og evt. palliative) tilbud på hospitalet	2 (7)	9 (31)	13 (45)	2 (7)	3 (10)
Kontakt til praktiserende læge	1 (4)	4 (14)	20 (69)	2 (7)	2 (7)
Patienten opfordres til at søge egen læge	1 (4)	12 (41)	15 (52)	0	1 (4)
Kontakt til kommunen via XREF15 eller korrespondancemeddelelse	3 (10)	20 (69)	3 (10)	0	3 (10)
Kontakt til kommunen via genoptræningsplan	4 (14)	18 (62)	5 (17)	0	2 (7)
Indarbejdes i patientens opfølgingsplan el. lign	0	9 (31)	9 (31)	3 (10)	8 (28)
Gives til patienten og er patientens eget redskab	4 (14)	8 (28)	7 (24)	7 (24)	3 (10)
Andet	0	1 (4)	1 (4)	2 (7)	25 (86)

* 6 missing. 35 sengeafdelinger og ambulatorier har haft mulighed for at besvare dette spørgsmål.

Tabel E. Er ergoterapeuter og/eller fysioterapeuter involveret i arbejdet med systematisk behovsvurdering? På terapiafdelinger

N = 8*	Antal (procent)
Ja	3 (38)
Nej	5 (62)
Ved ikke	0

* 0 missing. Otte terapiafdelinger har haft mulighed for at besvare dette spørgsmål.

Tabel F. Er ergoterapeuter og/eller fysioterapeuter involveret i opgaver, der på anden måde bidrager til systematisk identificering af behov? På terapiafdelinger

N = 5*	Antal (procent)
Nej	0
Ja	5 (100)

* 0 missing. Fem terapiafdelinger har haft mulighed for at besvare dette spørgsmål.

Tabel G. For hvilke patienter er I involveret i den systematiske behovsvurdering? På terapiafdelinger (der var mulighed for flere krydser)

N = 8*	Antal (procent)
Alle patienter	1 (13)
Alle patienter med rehabiliteringsbehov	1 (13)
Patienter med komplekse rehabiliteringsbehov	3 (38)
Patienter, der både har rehabiliterings- og palliative behov	3 (38)
Andre patientkategorier	2 (25)
Ingen eller få patienter	2 (25)
Ved ikke	0

* 0 missing. Otte terapiafdelinger har haft mulighed for at besvare dette spørgsmål.

Tabel H. Indsatser der mangler kapacitet. På sengeafdelinger, ambulatorier og terapiafdelinger

	Du har tidligere markeret, at nogle indsatser ikke tilbydes i tilstrækkeligt omfang. Hvilke indsatser kan hospitalet ikke tilbyde i tilstrækkeligt omfang?	På hvilke områder mangler der fysioterapeutisk og/eller ergoterapeutisk kapacitet?
	Sengeafdelinger og ambulatorier (N = 13)	Terapiafdelinger (N = 5)
	Antal (procent)	
Vejledning om sygdom, symptomer og behandling	0	3 (60)
Vejledning om senfølger	8 (62)	3 (60)
Fysisk træning under behandling	7 (54)	4 (80)
Fysioterapeutisk behandling	6 (46)	2 (40)
Anden genoptræning	7 (54)	3 (60)
Specialiseret tværfaglig neurorehabilitering	4 (31)	2 (40)
Kognitiv rehabilitering	4 (31)	3 (60)
Psykosocial indsats, herunder roller og relationer	9 (69)	0
Eksistentiel støtte	5 (38)	1 (20)
Indsatser ift. seksualitet og samliv	8 (62)	2 (40)
Indsatser ift. arbejdsfastholdelse eller afklaring af arbejdssituation	5 (38)	0
Indsatser ift. hverdagsaktiviteter	4 (31)	1 (20)
Hjælpemidler	0	1 (20)
Støtte til pårørende	3 (23)	4 (80)
Ernæringsvejledning	3 (23)	1 (20)
Rygestop	0	1 (20)
Indsats ift. alkohol	0	2 (40)
Palliativ indsats	3 (23)	0
Andre	1 (8)	0

Tabel I. De væsentligste barrierer for, at indsatserne er tilstrækkelige? På Sengeafdelinger, ambulatorier og terapiafdelinger

	Sengeafdelinger og ambulatorier (N = 13)	Terapiafdelinger (N = 5)
	Antal (procent)	
Manglende tid	3 (23)	2 (40)
Manglende ressourcer	9 (69)	3 (60)
Manglende kompetencer	2 (15)	0
Mangler egnede fysiske rammer	2 (15)	1 (20)
Manglende ledelsesmæssig opbakning	0	0
Generelt manglende opmærksomhed på rehabiliteringsbehov	4 (31)	1 (20)
Generelt manglende opmærksomhed på palliative behov	4 (31)	3 (60)
Manglende konsensus om, hvorvidt opgaven er relevant	3 (23)	0
Ansvaret ligger i kommunalt regi	6 (46)	1 (20)
Andet	2 (15)	0

Bilag 6. Sammenlignende figurer – to modeller

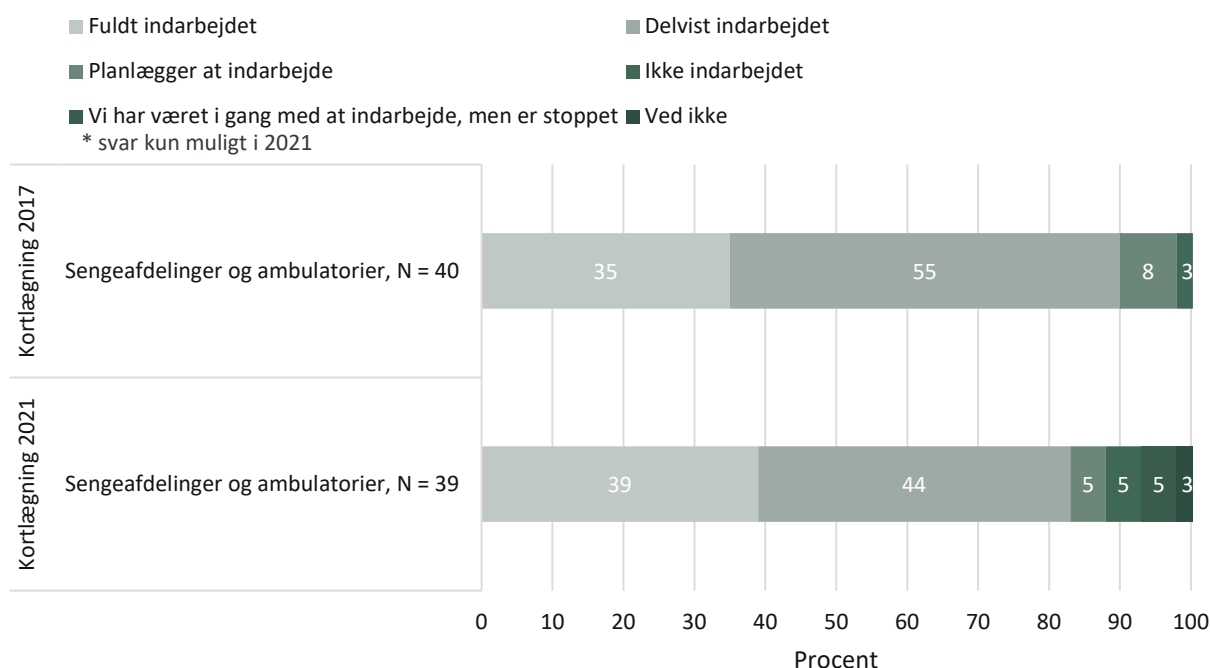
I 2017 besvarede alle afdelinger ét skema pr. diagnose de behandlede. I nedenstående figurer er data for hver afdeling samlet ved brug af to modeller for at undersøge, hvordan det påvirker resultaterne.

I Model 1 anvendes det hyppigste svar for afdelinger med mere end en besvarelse. I Model 2 anvendes bedste praksis.

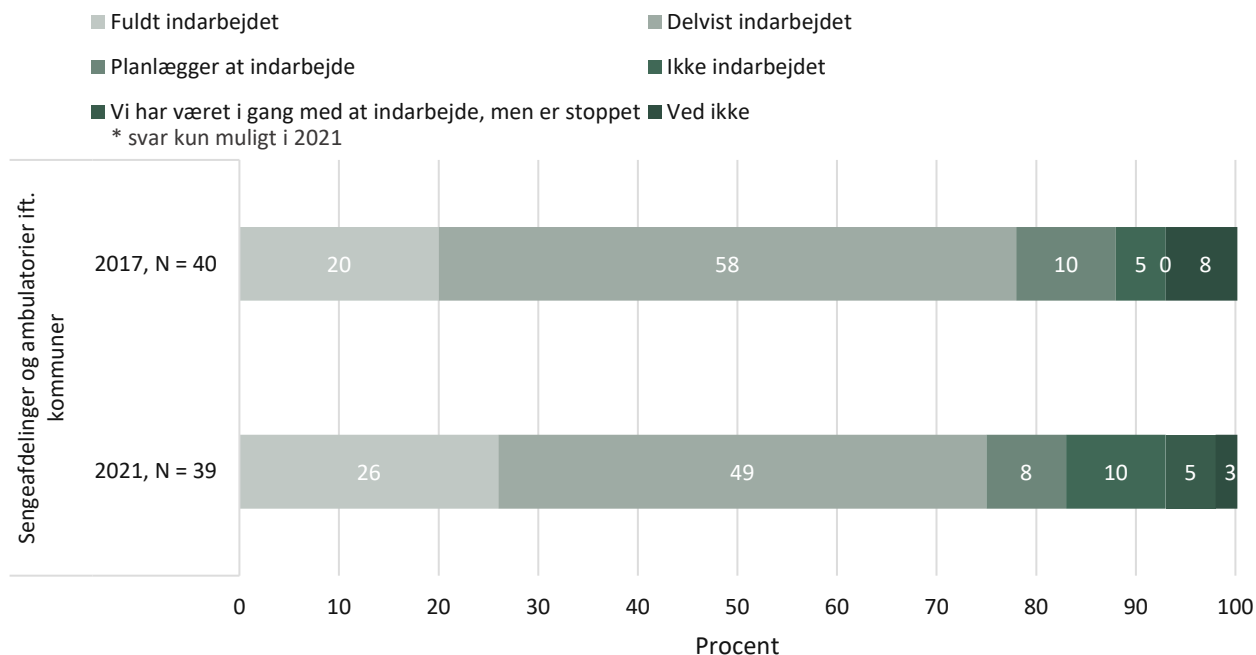
Model 1: Resultater ud fra det hyppigste svar (data fra sengeafdelinger og ambulatorier)

En model hvor *det hyppigste* svar er valgt, dvs. hvis en afdeling har leveret fem besvarelser ift. indarbejdning af behovsvurdering og tre ud af fem svar peger på at behovsvurdering er fuldt indarbejdet og to ud af fem svar peger på at behovsvurdering er delvist indarbejdet, så er omkodningen af disse data endt med at svaret for denne afdeling samlet set vil være at behovsvurdering er fuldt indarbejdet. Der er potentielle problemstillinger ved denne model, fx hvis der kun var to diagnosespecifikke svar og de har svaret noget forskelligt, hvilket svar gælder så? I det tilfælde valgte vi det laveste/bedste svar. Flere af disse scenarier kan sættes op uanset antal af diagnosespecifikke besvarelser, på nær hvis der kun var en besvarelse, hvormed denne dermed var gældende.

Figur 15. Implementering af behovsvurdering (hyppigste svar)



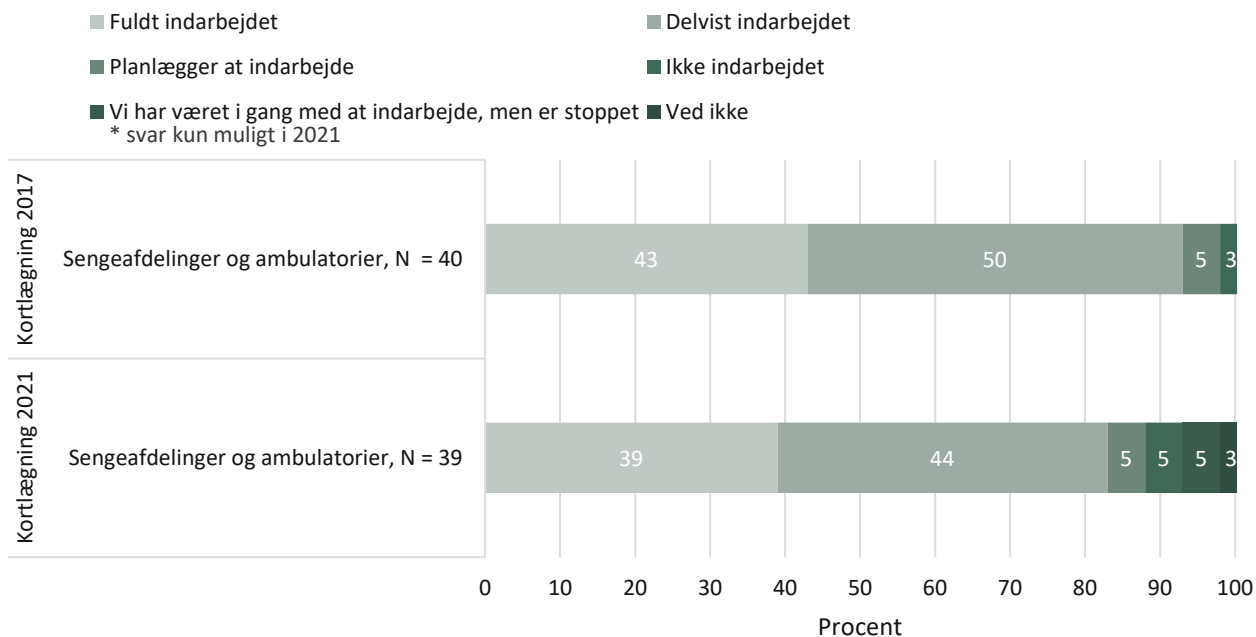
Figur 16. Procedurer for sammenhængende forløb (hyppigste svar)



Model 2: Resultater ud fra det laveste/bedste svar (data fra sengeafdelinger og ambulatorier)

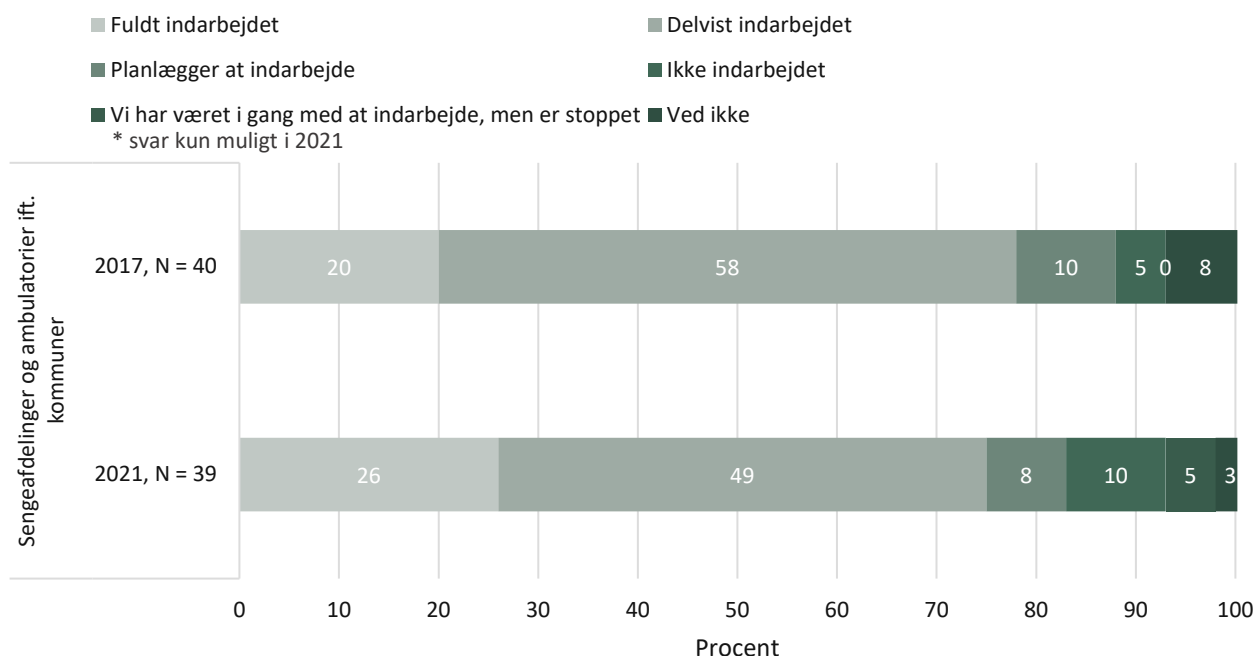
En model hvor *det bedste* svar er valgt, dvs. uanset hvor mange diagnosespecifikke besvarelser der er givet (op til seks), så er det laveste/bedste svar der er givet, valgt som repræsentation for denne afdelings besvarelse, også selv om der potentielt kan være givet fem forskellige svar; fuldt indarbejdet, delvist indarbejdet, planlægger at indarbejde, indarbejder ikke og ved ikke.

Figur 17. Implementering af behovsvurdering (bedste svar)



Implementering af procedurer for koordinerede og sammenhængende forløb (Figur 18) (giver nøjagtig samme resultat som Figur 16).

Figur 18. Procedurer for sammenhængende forløb (bedste svar)



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



www.facebook.com/REHPA.DK



www.twitter.com/rehpa_dk



<http://www.linkedin.com/company/rehpa>