

Opsamling af viden fra

# PROJEKT LIGHED I REHABILITERING I CENTER FOR KRÆFT OG SUNDHED KØBENHAVN

Afdeling for Data og Analyse, Berit Christensen,  
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

September 2018





Alle fotos  
er taget af  
Anne-Li  
Engström

# Indhold

## INDLEDNING

- Baggrund, formål med vidensopsamlingen, data og metode
- Problemstilling og rammeforståelse for lighed i sundhed og rehabilitering

## MÅLGRUPPEN

## RESULTATER

- Lige adgang
- Lige deltagelse

## OPSAMLING OG ANBEFALINGER TIL DET VIDERE ARBEJDE

## KILDER

### Om denne afrapportering – læsevejledning

Denne rapport formidler vidensopsamlingen af projekt *Lighed i Rehabilitering*. Formatet er valgt for at skabe et så enkelt, faktisk overblik som muligt over de opnåede erfaringer og anbefalinger til det videre arbejde internt og eksternt. Afrapporteringen har fokus på beskrivelsen af de tiltag, som Center for Kræft og Sundhed har afprøvet i projektperioden, samt de interviewedes vurdering af udbyttet af tiltagene.

De overordnede anbefalinger til det videre arbejde er samlet til slut. Hvor det er relevant, er der undervejs stillet spørgsmål til perspektivering af de enkelte tiltag; disse er skrevet med blå og er markeret med en pil.

For læsevenlighedens skyld, så print med en slide pr. side.

# INDLEDNING



# Baggrund og formål

Center for Kræft og Sundhed (CKSK) har i 2015-2017 gennemført projekt *Lighed i rehabilitering*. Projektet er finansieret af DUT-midler. Det overordnede mål for projektet er at skabe social lighed i kræftrehabilitering. De konkrete mål, som projektet har til ambition at nå, er:

- At borgere har lige adgang til rehabilitering i CKSK uanset social position
- At borgere, som henvises til CKSK, uanset social position,
  - aktivt deltager i rehabilitering
  - oplever en positiv effekt i forhold til funktionsniveau og livskvalitet
- At CKSK arbejder systematisk med at skabe social lighed i rehabilitering

Formålet med vidensopsamlingen:

- 1) at dokumentere projektets væsentligste resultater overfor interne og eksterne interessenter
- 2) at bidrage til at belyse strukturelle, organisatoriske og faglige barrierer for at skabe lige adgang, lige deltagelse og lige effekt i kræftrehabilitering
- 3) at skabe og udgøre et reflekteret grundlag i forhold til beslutninger om det fortsatte arbejde med lighed i rehabilitering internt i CKSK.

## Data og metode

Interviews med:

- Samarbejdspartnere fra Rigshospitalet
- Projektleder Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen (BIF)
- Netværksgruppen BIF-CKSK
- Ledere CKSK
- Projektgruppen CKSK
- Intern arbejdsgruppe CKSK

Registreringsdata:

- Henviste fra BIF og Rigshospitalet
- Deltagelse og effekt; data fra elektronisk journalsystem Suiten

# Problemstilling og rammeforståelse

Social lighed i sundhed og rehabilitering er påvirket af mange og interagerende faktorer. Modellen nedenfor (inspireret af Diderichsen et al. 2011) viser, hvordan sygdom er påvirket af en sygdomsårsag, der igen er påvirket af borgerens sociale position og livsvilkår. Sygdommens konsekvenser omhandler behandling i sundhedsvæsenet samt henvisning til rehabilitering og rehabiliteringsforløbet. CKSKs handlerum ligger således i tre dele, som projektet 'Lighed i rehabilitering' har arbejdet med:

- Lige adgang til rehabilitering – gennem eksternt arbejde om henvisning, samarbejde, og kendskab til CKSK
- Lighed i deltagelse – gennem internt arbejde med aktiviteter, tværfagligt samarbejde mv.
- Lighed i effekt – som følge af lighed i deltagelse



CANULI-undersøgelsen (Dalton et al., 2009) viser, at **social position** påvirker **forekomsten** af nogle kræftformer. Risikoen for kræft i mundhule, strube, spiserør, mave, lunge, bugspytkirtel, nyre, blære og livmoderhals er højere hos personer med kort uddannelse og lav indkomst. Andre kræftformer har en omvendt social gradient (f.eks. brystkræft, prostatakræft og modermærkekræft).

Undersøgelsen afdækker tillige, at **overlevelsen** ved stort set samtlige kræftformer er påvirket af social position. Kræftpatienter med lav social position har således betydeligt ringere femårs overlevelse, mens der for nogle kræftformer også er markant forskel på 1-års overlevelsen.

Endvidere peger undersøgelsen på, at patienter med lav social position kan have brug for en ekstra indsats efter behandling. Der kan konstateres social ulighed i forhold til **rehabilitering**. Et studie har vist, at særligt kvinder, men også mænd, med kort uddannelse og lav indkomst deltager mindre hyppigt i rehabiliteringsforløb og har flere umødte behov (Holm et. al, 2013).

Adgang

Deltagelse

# Problemstilling

## Adgang

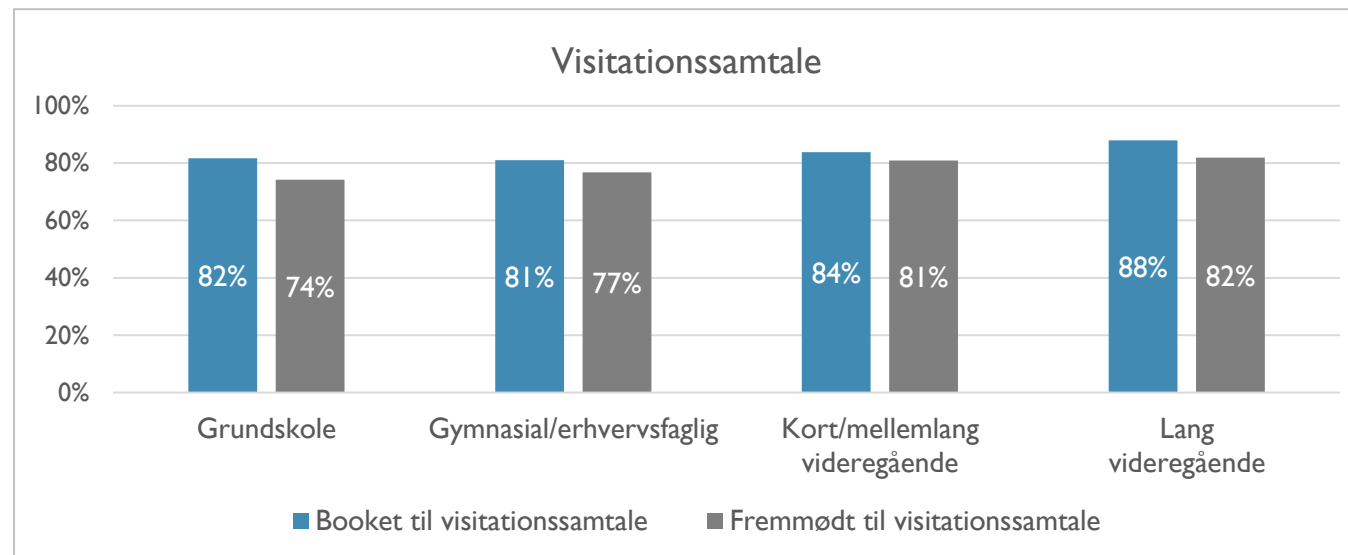
En analyse i 2015 viste, at der var en social gradient i henvisning til rehabiliteringsforløb i CKSK. Således havde personer med en lang uddannelse (mere end 12 år) 33 % større sandsynlighed for at blive henvist end personer med grundskole (mindre end 7/9 år).

*”Our findings suggest that referral to cancer rehabilitation services is not equally distributed according to socioeconomic group... Higher educational level is associated with a higher referral rate to rehabilitation services.”*  
(Moustsen et al. 2015)

Nye tal fra en endnu ikke offentliggjort artikel fra forskergruppen på Kræftens Bekæmpelse bekræfter denne tendens.

## Deltagelse

Analyse af data fra forløb i CKSK i perioden 1.1 2017 – 31.3 2018 viser en social gradient i forhold til visitationssamtale, både andelen, der er booket og andelen, der er fremmødt.



Der ses også en forskel i deltagelse i aktiviteter/hold/samtaler undervejs i forløbet afhængig af borgernes uddannelsesbaggrund. Deltagere med grundskole som højeste uddannelse har 4,2 fremmøder i gennemsnit, deltagere med gymnasial eller erhvervsfaglig uddannelse har 4,5 fremmøder, deltagere med kort eller mellemlang videregående har 5,1 fremmøder, mens deltagere med lang videregående uddannelse har 5,5 fremmøder. Forskel i deltagelse skyldes ikke at borgere med kort uddannelse i højere grad end øvrige borgere ikke møder frem til de aktiviteter, de er booket til.

# Problemstilling

Der er ikke indsamlet data i projekt *Lighed i Rehabilitering* til at kunne måle effekten hos borgeren.

Parallelt med lighedsprojektet gennemførte CKSK fra 2015 til 2017 et pilotforsøg om effektmåling. Formålet var at afprøve forskellige skemaer for at undersøge, hvilke der kunne fungere i daglig drift, som beslutningsværktøj for klinikerne og på aggregeret niveau til kvalitetsudvikling og effektmåling.

Der blev indsamlet før- og efterskemaer fra 76 personer med brystkræft og hovedhalskræft. Der er et betydeligt bortfald, idet ca. 50% af de potentielle deltagere ikke fik et startskema.

Analyser – som på grund af datasættes størrelse skal tages med forbehold – viser en tendens til, at deltagere med lang videregående uddannelse har en højere effekt end deltagere med grunduddannelse som højeste uddannelse.

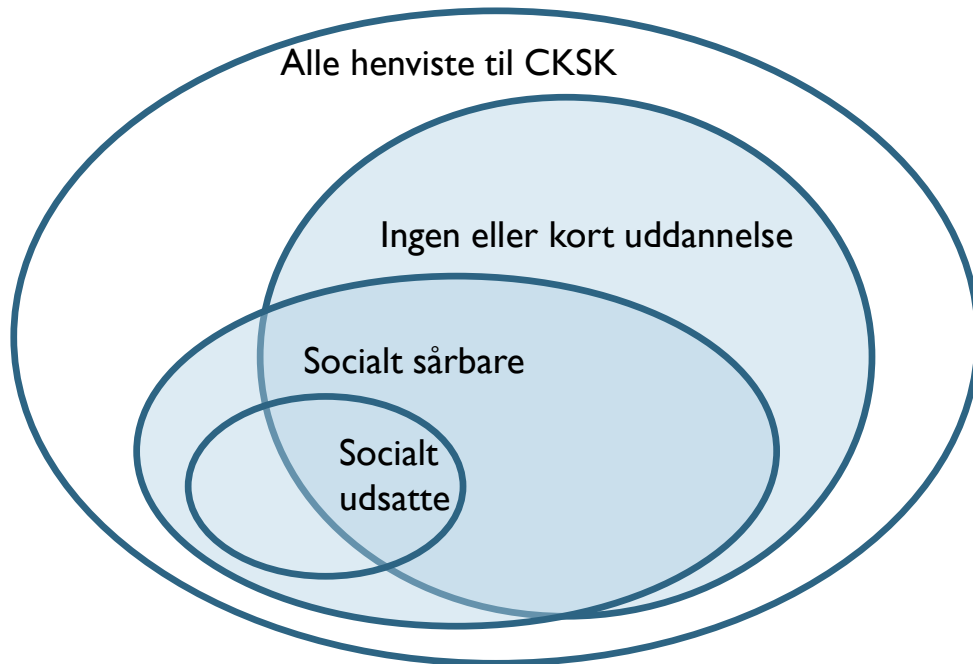
Det er ikke data til at kunne vurdere, om der er sket en udvikling i forhold til, om lighed i effekt er øget i projektperioden.





MÅLGRUPPEN

# Model for borgere med social sårbarhed



## Sårbarhedsfaktorer:

- Økonomisk situation
- Tilknytning til arbejdsmarkedet
- Ustabil boligsituation
- Bor alene
- Spinkelt/intet socialt netværk
- Ensomhed
- Anden somatisk//psykisk sygdom
- Misbrug
- Sundhedskompetence
- Belastede familieforhold

CKSK har haft mange interne drøftelser af, hvordan målgruppen for lighedsprojekt skulle defineres. Modellen til venstre er udviklet for at illustrere forskellige grupper af sårbare borgere. Modellen fungerer som begrebsmodel, ikke som praktisk redskab til f.eks. screening af borgere. Modellen har bidraget til, at medarbejdere og ledere har fået en fælles forståelse og terminologi omkring, hvad der karakteriserer den målgruppe, som ikke er lige i sundhed.

Modellen viser således, at der er tre overordnede målgrupper:

- Borgere, som i kraft af, at de har ingen eller kort uddannelse, har en øget (statistisk) risiko for ikke at deltage i rehabilitering i samme omfang som borgere med høj uddannelse.
- Borgere, som er socialt sårbare og kan være det af mange forskellige grunde. Det er en pointe, at sårbarhed er kompleks og ikke nødvendigvis er sammenfaldende med social ulighed.
- Borgere, der er socialt udsatte, som er en særlig sårbar gruppe.

Tidligt i projektet udarbejdede projektgruppen en række typer eller personaer, med det formål at illustrere – og dermed legitimere – at nogle borgere har svære vilkår og har behov for mere tid. Personaerne vakte ikke genklang internt i centeret og er ikke blevet brugt yderligere.



RESULTATER

# Introduktion til gennemgang af resultater

I løbet af projektet har CKSKs arbejde udkrystalliseret sig som en model med fem spor:

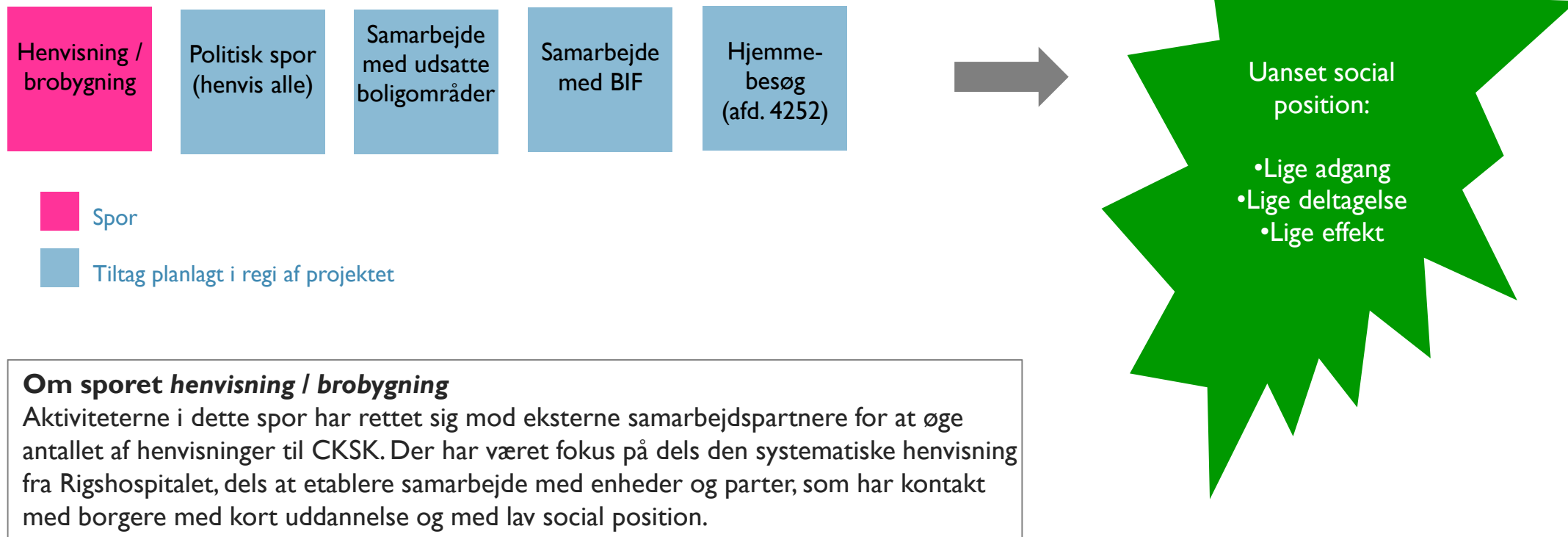
- Henvisning / brobygning
- Udvidet forløbs-koordination / samarbejde med andre aktører
- Tilbud / interventioner
- Tværfagligt samarbejde internt
- Sundhedspædagogisk tilgang

Indenfor disse fem spor er der igangsat syv tiltag; hertil kommer yderligere 14 tiltag, som centeret har arbejdet med parallelt, og som alle bidrager til målet om lighed i deltagelse og effekt. Centerets egen vurdering er, at disse sideløbende tiltag har haft en øget opmærksomhed på lighed i kraft af projektet.

Der er kun publiceret meget lidt viden, der kan hjælpe hospitaler, kommuner og andre nøgleaktører med at skabe mere lighed i rehabilitering – herunder konkrete anbefalinger til, hvordan den daglige praksis skal tilrettelægges. CKSK har derfor med projektet været blandt pionererne, og centerets erfaringer kan bidrage til at skabe et begrebsapparat for rehabilitering i kommunal praksis.

I det følgende gennemgås de fem spor med dertilhørende tiltag hver for sig. Det første spor vedrører målet om lige adgang, de næste fire spor handler om målet om lige deltagelse og dermed lige effekt.

# Lige adgang – oversigt over tiltag



## Politisk spor (henvis alle)

Moustsen et al. (2015) peger på, at en systematisk praksis på hospitalet for henvisning øger antallet af henviste borgere i CKSK. Dette ses konkret fra afdeling for brystkræft på Rigshospitalet.

Hovedvejen for at skabe lige adgang er således en strukturel løsning i form af systematisk henvisning, f.eks. gennem en genoptræningsplan (GOP) eller anden elektronisk henvisning (REF01). Gennem Sundhedsaftalen er hospitalerne forpligtet til at gennemføre en behovssamtale (*Støtte til livet med kræft*) med alle patienter, blandt andet for at afdække behovet for rehabilitering. Thuesen et al. (2017) har afdækket, at dette sker i 30 % af patientforløb.

CKSK har søgt at påvirke dette problemfelt gennem relationsarbejde på Rigshospitalet med praktiserende læger og i Sundhedsstyrelsen. Indtil videre er det dog ikke lykket at etablere aftaler om systematisk henvisning. CKSK oplever bl.a. en barriere i form af, at nogle læger er skeptiske overfor rehabilitering og som derfor ikke ser en værdi for borgerne i at deltage i rehabiliteringsforløb (jf. Pedersen et al. (2015), Thuesen et al. (2017)).

## Samarbejde med udsatte boligområder

CKSK har søgt at samarbejde med udsatte boligområder gennem de boligsociale helhedsplaner, for at bruge dem som platform til at kommunikere med borgere, som ikke af anden vej kender til CKSKs tilbud. Centeret har taget kontakt til 17 boligområder og haft møder med de lokale boligsociale sekretariater. Der er opsat plakater og uddelt postkort samt holdt fem oplæg for beboere. CKSKs erfaring er, at det har været et ressourcekrævende, opsøgende arbejde at etablere et samarbejde. En barriere er, at de boligsociale medarbejdere ikke ser formidling af kommunale sundhedstilbud, herunder kræftrehabilitering, som deres kerneopgave. Desuden er der en del udskiftning blandt medarbejderne i de lokale sekretariater, hvilket gør det svært at bevare en samarbejdsrelation.

# Samarbejde med BIF

Samarbejdet med Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen består af tre tiltag:

- Anonym rådgivning
- Ambassadører i BIF
- Netværksmøder

Samarbejdet er etableret med fire jobcentre og et centralt kontor i BIF. Hypotesen er, at CKSK gennem samarbejdet med BIF kan få kontakt med borgere i målgruppen, som ikke er blevet tilbudt et rehabiliteringsforløb.

Netværksmøderne har fungeret som projektgruppe og til udvikling af indsatsen og f.eks. arbejdsgange om henvisning

# Åben anonym rådgivning

Den åbne anonyme rådgivning ydes af sagsbehandlere fra BIF, som på skift sidder en dag om ugen i cafeen i CKSK. Borgere i CKSK kan henvende sig med spørgsmål både af generel karakter og konkret til deres egen sag. Rådgivningen er anonym for at imødekomme den bekymring, som flere borgere giver udtryk for, overfor beskæftigessystemet.

Fra november 2015 til maj 2018 har der været 88 uger med åben rådgivning i cafeen i CKSK. I disse uger har der været 93 spontane samtaler med rådgivere fra BIF og 10 samtaler, der var booket på forhånd.

Også socialrådgiverne i CKSK benytter sig af den lette adgang til sagsbehandlerne. Der er mange eksempler på, hvordan det personlige kendskab og samarbejdet med medarbejdere på tværs af enhederne gør sagsgang og informationsdeling meget smidig til gavn for borgerne.

# Ambassadører i BIF

På de fire jobcentre har BIF i projektperioden allokeret medarbejderressourcer i omfang af i alt et årsværk, fordelt med 1-2 medarbejdere på hvert center med 1-2 dage afsat om ugen til at være ambassadører. Funktionen som ambassadør indebærer at være kontaktperson mellem CKSK og jobcentret, at informere egne kolleger om CKSKs tilbud og om muligheden for at henvise til et rehabiliteringsforløb.

*Medarbejdere og projektlederen i BIF siger giver udtryk for, at*

- Det er svært at finde tid til deres kerneopgave i forvejen, og derfor har de fleste ambassadører meget svært ved at finde tid til at være ambassadører
- Lokale og centrale ledere har fokus på kerneopgaven og bliver ikke målt på samarbejdet med CKSK
- Rehabilitering ses som relevant for borgerens samlede forløb, men er ikke en central del af BIFs plan med borgeren; viden om borgerens udbytte af et rehabiliteringsforløb bruges ikke aktivt
- Den allokerede tid er for ambitiøs og ikke nødvendig for at varetage ambassadørfunktionen
- Der er potentiale for tættere samarbejde om f.eks. praktikforløb samtidig med rehabilitering
- > Kan ressourcer bruges bedre – f.eks. en projektleder på det jobcenter med størst potentiale for henvisninger?
- > Hvordan kan henvisning til og deltagelse i rehabilitering komme tættere på BIFs kerneopgave?
- > CKSKs selvforståelse – hvad er centeret opgave og hvordan hænger den sammen med kommunens øvrige opgave/indsatser med borgerne?

## Henvisninger

Fra september 2015 til marts 2018 blev 36 borgere henvist til CKSK fra BIF. Af disse havde fire (haft) et forløb i forvejen og to var fejlhenvist.

## Potentiale

Tal fra 2014 giver følgende indikation af potentialet for yderligere henvisninger:

199 borgere havde en af tre ydelser i BIF, som medfører kontakt med en sagsbehandler og samtidig havde en kontakt med regionen ifm. en kræftdiagnose. Af disse havde 153 borgere **ikke** et forløb hos CKSK. 46 borgere havde et forløb.

Uddannelsesbaggrunden blandt de 153 borgere uden et forløb fordelte sig på følgende måde:

- 42 % grundskole
- 8 % gymnasial uddannelse
- 24 % erhvervsfaglig uddannelse
- 3 % kort videregående uddannelse
- 10 % mellemlang videregående uddannelse
- 5 % lang videregående uddannelse
- 8 % ukendt



# Hjemmebesøg (afd. 4252 på Rigshospitalet)

Der er aftalt et samarbejde med onkologisk afdeling for lungekræft (afd. 4252) på Rigshospitalet, hvor sygeplejerskerne i forbindelse med behovssamtalen (*Støtte til livet med kræft*) tilbyder borgerne mulighed for hjemmebesøg i stedet for en almindelig visitationssamtale i CKSK. Antagelsen er, at det medvirker til at overvinde en barriere hos borgere, som er skeptiske, eller som synes, at det er uoverskueligt at tage hen til CKSK.

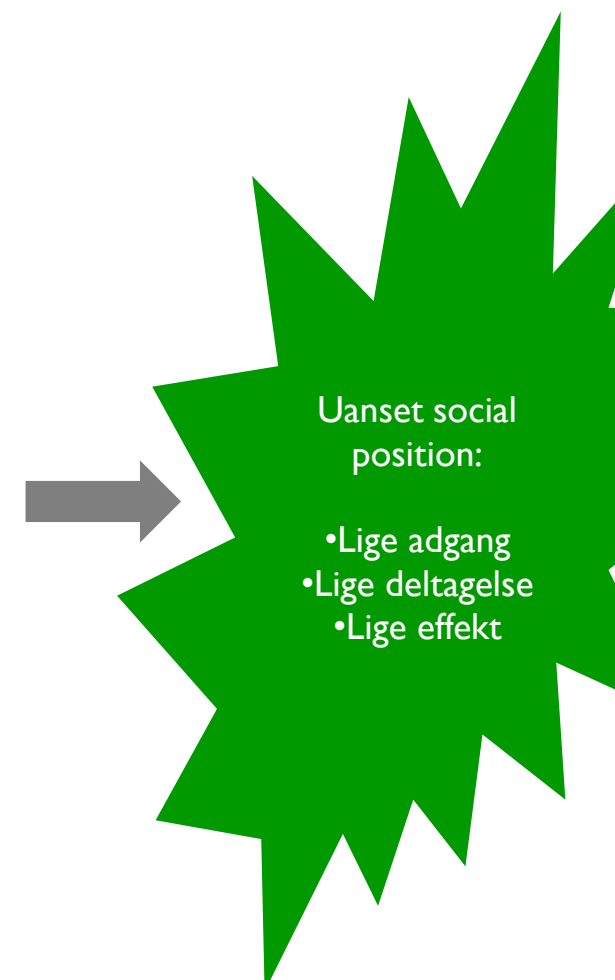
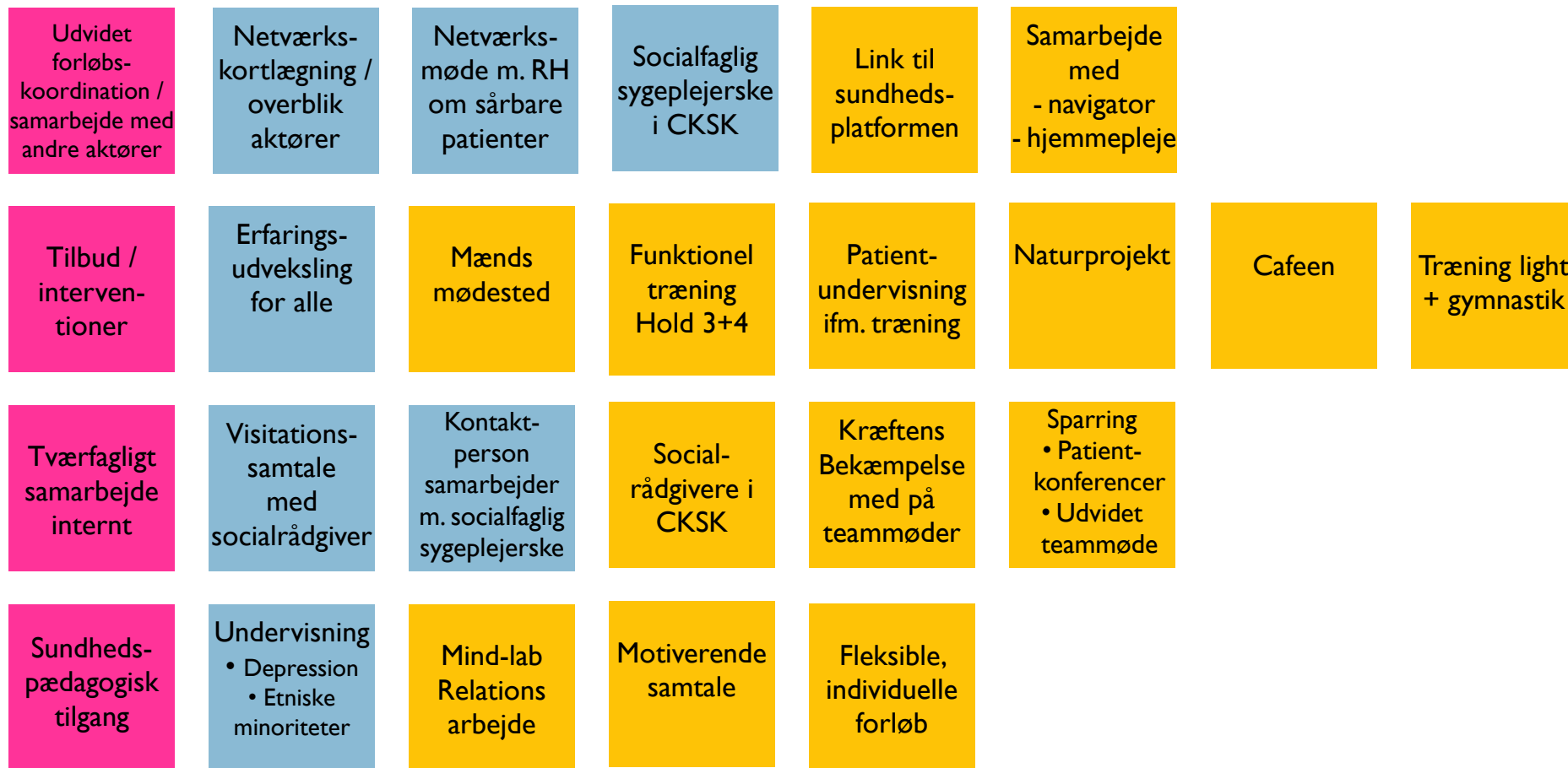
Sygeplejersker på afdelingen siger, at

- Etablering af samarbejdet med CKSK kolliderede med implementering af Sundhedsplatformen og organisatorisk omlægning.
- Generelt konkurrerer indsatsen med andre store tiltag, og den fylder ikke meget på afdelingen/Rigshospitalet.
- Der er ikke tilstrækkelige ressourcer til at gennemføre behovssamtale med alle patienter.
- Det kan være svært at finde en måde at tilbyde hjemmebesøg, fordi tilbuddet beror på en screening af borgeren som social sårbar.
- Det ikke er helt tydeligt, hvem der er i målgruppen for hjemmebesøg og hvordan social sårbarhed defineres.
- Der er behov for at afgrænse opgaven for Rigshospitalet – f.eks. ved at alle patienter henvises og så er det CKSK, der vurderer, hvem der skal have et hjemmebesøg.

Fra maj 2016 til december 2017 har der været 15 hjemmebesøg på baggrund af henvisninger fra afd. 4252. Det vurderes af CKSK selv, at der er potentialet for at øge antallet af hjemmebesøg. Erfaringerne er, at hjemmebesøg er en relevant metode, fordi det øger adgangen til rehabilitering for sårbare patienter, der sandsynligvis ikke ellers ville have taget imod tilbud om et forløb i CKSK.

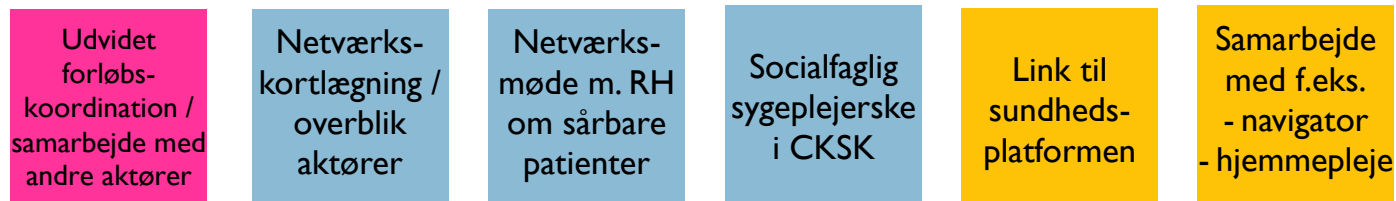
Pt. er en revitalisering af indsatsen i gang.

# Lige deltagelse – oversigt over tiltag



■ Spor   ■ Tiltag planlagt i regi af projektet   ■ Andre eksisterende eller nye tiltag i CKSK, der bidrager til målet

# Lige deltagelse



## **Om sporet *udvidet forløbskoordination / samarbejde med andre aktører***

Formålet med sporet er dels at skabe bedre sammenhæng for borgerne, dels at øge kvaliteten af CKSKs forløb gennem samarbejde og koordinering med nogle af de mange andre aktører, der kan være involveret i borgerens sygdomsforløb. Aktiviteterne i dette spor har været rettet både eksternt og internt. Erfaringen er, at det især er i sårbare borgers forløb, at der er mange aktører. Erfaringen er ydermere, at disse borgere ikke altid kan bære deres egen historie rundt blandt de mange aktører, hvilket forstærker behovet for koordination blandt de professionelle aktører.

# Netværkskortlægning

## Overblik over aktører

Netværkskortlægningen, som ses til højre, er udarbejdet af projektgruppen. Den illustrerer den potentielle kompleksitet i borgernes liv og de mange professionelle aktører, som borgerne skal håndtere. Den viser samtidig det landskab af aktører, som CKSK kan og skal samarbejde med.

Kortlægningen er endnu ikke taget systematisk i brug. Ambitionen er at anvende den på patientkonferencer.

Formålet med kortlægningen er bl.a. at bidrage til at afgrænse CKSKs opgave og anvise handlemuligheder til medarbejderne. Den har hjulpet til at tydeliggøre, at CKSK ikke skal løse alle borgernes problemer, selvom de kan påvirke borgerens rehabiliteringsforløb.

> Hvordan kan anvendelsen af kortlægningen systematiseres?



## Netværksmøde med Rigshospitalet om sårbare patienter

Der er afholdt fire møder, og de ligger nu i en fast kadence med et møde i kvartalet. Deltagere er medarbejdere og leder fra CKSK, forløbskoordinatorer, enheden for kræftrehabilitering og samordningskonsulent fra Rigshospitalet. Der er enighed fra begge sider om, at netværksmøderne er gavnlige både set i forhold til den relationelle koordinering mellem enhederne, og i forhold til læring af konkrete borgerforløb.

Møderne tager udgangspunkt i konkrete, cases om sårbare patienter, hvorudfra deltagerne uddrager læring, der løftes op i ledelsesstrengen med henblik på at rette systemfejl. Et eksempel på dette drejer sig om udredning og behandling af synkebesvær hos borgere med hoved-halskræft.

Møderne bidrager væsentligt til at øge det gensidige kendskab til hinandens arbejde, fælles mål, respekt og kommunikation. Der er flere eksempler på, at medarbejdere har kontaktet kolleger på 'den anden side af vejen' med henblik på at løse konkrete udfordringer om et patientforløb.

- > Hvordan følges op på lærerige cases og det, der skal adresseres i ledelsesstrengen?
- > Kan samarbejdet mellem forløbskoordinatorer på Rigshospitalet systematiseres yderligere til gavn for sårbare patienter?

## Socialfaglig sygeplejerske i CKSK

Der har været ansat en socialfaglig sygeplejerske i CKSK siden 2017.

Siden da har centeret fået gode erfaringer med at have fået tilført en sådan specialfaglighed i huset. Vedkommende er kontaktperson i forløb med socialt udsatte borgere, hvor viden om og erfaring fra psykiatrien øger kvaliteten. Vedkommende bruges tillige som sparringspartner i andre forløb, og også Kræftens Bekæmpelse giver udtryk for, at de har gavn af hendes kompetencer. Mere generelt, så beskrives det, at huset med denne faglighed er blevet mere rummeligt – på den måde, at den socialfaglige sygeplejerske har kunnet tage vare på borgere og forløb, som tidligere ville have skabt uro og usikkerhed blandt medarbejderne.

- > Funktionen er stadig relativt ny, og der efterspørges fra kolleger, at vedkommendes funktion formidles tydeligere, herunder omfanget af og afgrænsning af sygeplejerskens arbejde.
- > Der peges på et potentiale for det videre tværfaglige arbejde i form af, at den socialfaglige sygeplejerske deltager på dobbeltvisitationssamtaler sammen med kolleger med anden faglig baggrund

## Samarbejde med navigatorer og hjemmeplejen

**Navigatorer** er et tilbud fra Kræftens Bekæmpelse, hvor sårbare borgere kan få en navigator, der kan hjælpe ved f.eks. at være bisidder, skaffe overblik over aftaler, og hjælpe med at skabe sammenhæng. Navigatorerne spørger rutinemæssigt, om borgeren er i forløb i CKSK. Tilsvarende spørger kontaktpersonen i CKSK om, hvorvidt en egnet borger har behov for en navigator.

Kontaktpersonen i CKSK har en opmærksomhed på behov for koordinering med **hjemmeplejen** eller **hjemmesygeplejen** i konkrete forløb.

## Link til sundhedsplatformen

CKSK havde i forbindelse med et regionalt projekt kiggeadgang til Sundhedsplatformen i tre måneder. CKSK havde generelt gode erfaringer med forsøget, idet det har sparet nogle telefonopkald og har bidraget positivt til borgernes forløb. Dette gælder især i de tilfælde, hvor borgeren ikke kan bære sin egen historie. Der er også oplevet etiske dilemmaer, idet medarbejdere kan komme til at vide mere om borgerens sygdomsforløb, end borgeren selv har givet udtryk for. Dette kan vanskeliggøre kommunikationen med borgeren.

# Lige deltagelse

Tilbud /  
interventioner

Erfarings-  
udveksling  
for alle

Mænds  
mødested

Funktionel  
træning  
Hold 3+4

Patient-  
undervisning  
ifm. træning

Naturprojekt

Cafeen

Træning light  
+ gymnastik



Uanset social  
position:

- Lige adgang
- Lige deltagelse
- Lige effekt

## Om sporet *tilbud / interventioner*

Aktiviteterne i dette spor er interne i CKSK. Der har ikke været så stort selvstændigt fokus på dette spor i projektet, men projektet har haft en afledt effekt på andre tiltag i centeret. Aktiviteterne i sporet falder indenfor to dele – erfaringsudveksling og holdtilbud. For begge vedkommende har der været fokus på at tilbyde alternativer til de eksisterende former for erfaringsudveksling eller holdtilbud; alternativer der kan rumme behov hos forskellige målgrupper og have en bredere appel i sin tilgang.

I det følgende samles beskrivelsen af tiltagene i de to overskrifter: erfaringsudveksling og holdtræning.

# Erfaringsudveksling

Erfaringsudveksling handler om at skabe alternativer til de borgere, som f.eks. ikke trives med at sidde rundt om et bord og tale sammen. Det være sig mænd, kortuddannede, eller andre, der ikke oplever, at de være med i samtalen. Det drejer sig også om borgere i individuelt forløb, som ikke har holdkammerater, de kan tale med i omklædningsrummet eller i cafeen efter træning.

Erfaringen er, at erfaringsudveksling er vigtigt for at understøtte adfærdsændringer og mestring af nye livsvilkår.

Der har ikke været en systematisk indsats for at skabe erfaringsudveksling for alle, men en opmærksomhed på at sikre muligheden gennem rammerne i øvrige aktiviteter. Erfaringen er, at erfaringsudveksling kan opstå, når borgerne er sammen om et fælles tredje som f.eks. madlavning, funktionel træning, styrketræning og gåture i naturen samt uformelt i omklædningsrummet. Det understøttes af medarbejdernes tværfaglige kompetencer.

Patientundervisning i forbindelse med træning indeholder hver anden gang også erfaringsudveksling. Erfaringen er, at det fungerer bedre, når patientundervisningen foregår i forlængelse af træning og ikke som et selvstændigt hold eller tilbud.

- > Kan opmærksomheden styrkes yderligere gennem systematik eller beskrivelse af metoden? Og hvordan kan borgere i individuelt forløb støttes bedre?



## Holdtræning

På holdene *Træning light + gymnastik* er træningen tilrettelagt på en anden måde end på de andre træningshold, som har fokus på styrketræning, hvilket der er evidens for har effekt. De to hold har vist sig at være en stor succes for borgere, som af forskellige grunde ikke har den fysiske kapacitet til at kunne deltage aktivt på de klassiske træningshold. *Træning light + gymnastik* har en større rummelighed, så deltagerne kan komme, som de er, og få lov til at gøre det, de kan. Der bliver stillet krav til træningen, men ikke på samme niveau som på de andre hold, fordi deltagerne kan være uvante med at dyrke motion eller kan have lavere funktionsniveau som følge af mere progressiv kræftsygdom og evt. senfølger, har svær komorbiditet og/eller er ældre borgere.

Også Hold 3+4 tilbyder et alternativ til styrketræning, ligesom naturprojektet også kommer til at bruge andre metoder til at inspirere til bevægelse og aktivitet.

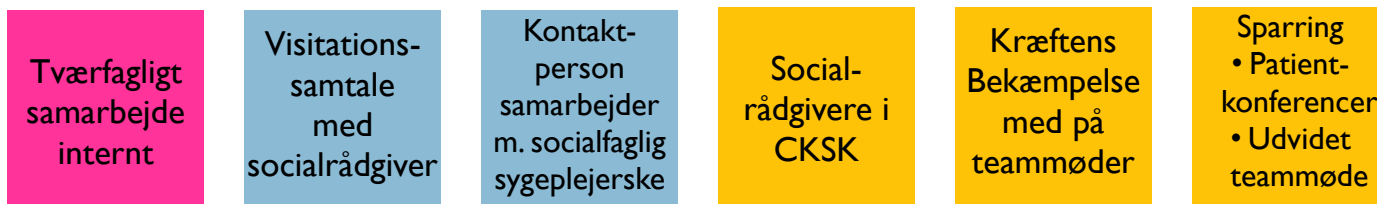
- > Der er gode erfaringer med at udvikle holdene løbende, som den kliniske erfaring viser, at der er behov for at tilbyde alternativet i form af justering på eksisterende hold eller udvikling nye tilbud. Er der behov for at lave en samlet vurdering af, om CKSK har relevante tilbud og aktiviteter til alle målgrupper?

## Cafeen

Der er eksempler på, at borgere i perioder har været meget i cafeen, fordi de ikke havde andre steder at opholde sig eller manglede et frirum. Erfaringen er, at denne rummelighed i cafeen kommer disse sårbare personer til stor gavn.

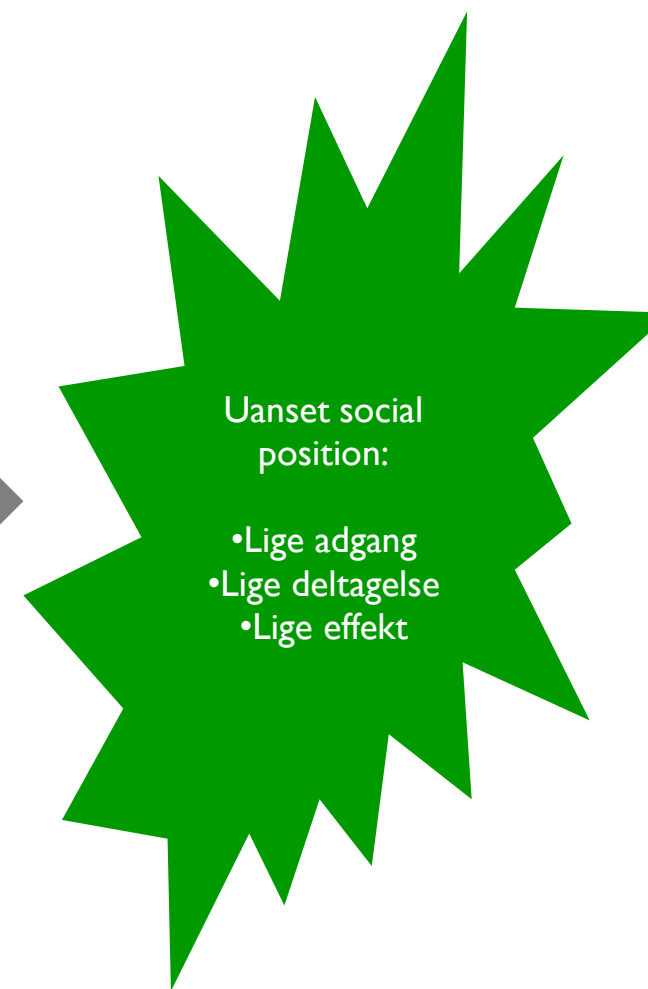
Medarbejdere og ledere beskriver, at det tidligere kunne skabe uro i cafeen og blandt medarbejdere, hvis der var borgere, der 'fyldte meget' i cafeen. CKSK er blevet bedre – blandt andet gennem KBs frivillige og den socialfaglige sygeplejerske til at rumme de 'skæve' borgere.

# Lige deltagelse



## Om sporet *tværfagligt samarbejde internt*

Aktiviteterne i dette spor har været rettet indadtil i CKSK. Projektet gjorde det muligt at supplere de eksisterende fagligheder ved at ansætte en socialrådgiver (så der nu er to) i CKSK, en yderligere ergoterapeut og en socialfaglig sygeplejerske. Erfaringen er, at disse faglige kompetencer i sig selv er med til at styrke kvaliteten af forløb, fordi de tilfører en faglig ekspertise. Det tværfaglige samarbejde består konkret i, at kontaktpersonen involverer kolleger med andre kompetencer, når det er relevant for borgerens forløb; det er formaliseret i de tværfaglige visitationssamtaler. Derudover har der været flere tiltag, der har fokuseret på at øge det tværfaglige samarbejde generelt og skabe muligheder for sparring om svære forløb.



## Visitationssamtale med socialrådgiver

## Socialrådgivere i CKSK

Der er to socialrådgivere i CKSK, hvoraf én er ansat som del af lighedsprojektet.

Efter en afprøvning i 2017 har CKSK i 2018 indført dobbeltvisitationssamtaler, hvor en af socialrådgiverne deltager i den første samtale med borgeren sammen med kontaktpersonen. Indsatsen er stadig ny og centeret er endnu ved at lære, hvordan det bedst kan fungere i praksis. Borgeren spørges i den telefonsamtale, hvor medarbejder og borger laver aftale om første møde, om vedkommende er interesseret i, at der deltager en socialrådgiver. Der er taget en beslutning om, at tilbuddet skal gælde alle borgere og ikke alene de sårbare borgere. I afprøvningen blev udviklet forskellige måder at spørge på, men erfaringen er, at det ikke er nemt for alle medarbejdere at finde en måde at spørge på, som falder naturligt. Vurderingen fra projektgruppen er, at medarbejderne kan blive mere tydelige i anamnesen ved f.eks. at anvende de udarbejdede vurderings spørgsmål. Antagelsen er denne struktur for samtalen vil kunne kvalificere medarbejdernes faglige skøn af, hvorvidt det er relevant, at en socialrådgiver deltager i visitationssamtalen. Ydermere ville en sådan struktur kunne støtte de medarbejdere, for hvem det er en udfordring at spørge om sociale forhold.

Erfaringen fra de afholdte dobbeltvisitationssamtaler er, at det er yderst relevant og giver mulighed for tidligt i forløbet at kunne hjælpe med at løse sociale forhold, som belaster borgeren. Konkret er det tidsbesparende at begge faggrupper deltager i samme samtale, fremfor at borgeren først skal mødes med kontaktpersonen og derefter socialrådgiveren.

Der er gode erfaringer med, at socialrådgiverne f.eks. kan hjælpe med at forstå og løse en sag i BIF, skrive op til boliganvisning eller give konkrete anvisninger på, hvordan et problem kan løses og dermed kan fratage borgeren en væsentlig bekymring.

Kontaktperson samarbejder med socialfaglig sygeplejerske

Se slide 21.

## Kræftens Bekæmpelse med på teammøder

CKSK deler centeret med Kræftens Bekæmpelse og har mange samarbejdsflader. Et samarbejde er, at nogle af rådgiverne fra Kræftens Bekæmpelse deltager i CKSKs teammøder. Det er erfaringen, at det har givet et positivt løft, idet rådgiverne tilfører en vigtig dimension i form af et perspektiv på det psykiske, eksistentielle, eller det familiemæssige. Dermed bidrager de til stadig mere tværfaglighed i drøftelserne og giver flere vinkler på borgerens situation.

## Sparring på patientkonferencer + udvidet teammøde

Der er afsat en time til patientkonference en gang om måneden, med fokus på at drøfte komplekse patienter. Det udvidede teammøde foregår en gang ugentligt, hvor der er afsat ekstra tid til, at medarbejderne i hvert af CKSKs tre team kan drøfte komplekse forløb.

Medarbejderne og lederne vurderer, at de mange tiltag med fokus på at styrke tværfagligheden er lykkedes. Hvor f.eks. fordeling af patienter på et teammøde tidligere var hurtigt overstået, så bruges nu tid på at drøfte de forskellige problemstillinger, som kan læses i henvisningen.

På konferencerne kan den socialfaglige sygeplejerske eller medarbejderen fra Kræftens Bekæmpelse f.eks. analysere en situation mellem en borger og en medarbejder med andre begreber, der løfter problemstillingen op – f.eks. ved at kunne se, at borgeren på grund af psykologiske forhold beslaglægger medarbejderen på en ressourcekrævende måde.

Medarbejdernes og ledelsens erfaring er, at det tværfaglige blik og den tværfaglige sparring omkring nogle af de borgere, som har særlige behov eller særlige vanskeligheder, og som kan være svære at arbejde med, styrker den samlede kompetence i huset – og dermed styrker det borgernes forløb.

# Lige deltagelse



## **Om sporet *sundhedspædagogisk tilgang***

Aktiviteterne i dette spor har været rettet internt. Sporet er bredt og handler om den sundhedspædagogiske tilgang og metoder, som centeret anvender overfor borgerne og som også (eller især?) kommer de borgere til gavn, som måske ikke er vant til at blive mødt på en anerkendende måde af 'systemet'.

## Undervisning

Der er afholdt undervisning af medarbejdere i CKSK om depression og personlighedsforstyrrelser. Der er planlagt undervisning om etniske minoriteter. Undervisningen forestås af interne og eksterne videnspersoner.

Undervisningen har til formål at skabe en fælles forståelse for og mere viden om nogle af de udfordringer, som et antal af borgerne har. Fokus er blandt andet på, hvordan medarbejderen kan inddrage den opnåede viden i samtalen med borgeren.

## Motiverende samtale

CKSK har haft et undervisningsforløb om den motiverende samtale som metode til at tale med borgere om livsstilsændringer. Vurderingen fra centeret er, at medarbejdere og ledere har fået en fælles terminologi og bedre metoder til at adressere måske tabubelagte emner. Der peges dog også på etiske dilemmaer ved metoden, og det at påpege uhensigtsmæssig livsstil, hvis en sårbar borger har andre, svære problemstillinger.

## Mindlab Relationsarbejde

CKSK har haft et projekt i samarbejde med Mindlab med fokus på relationsarbejdet mellem borger og professionelle. Kvalitative metoder som interviews og observation bidrog blandt andet til at illustrere, at det tager tid at opbygge en tillidsfuld relation, og at det derfor er vigtigt at afsætte tid til det i forløbet.

# Fleksible, individuelle forløb

Det er en stærk værdi for CKSK, at centeret har mulighed for at tilbyde rehabiliteringsforløb, som er individuelt tilrettelagt, selvom det er ressourcekrævende. Princippet, som centeret arbejder ud fra, er, at borgerne skal behandles forskelligt for at opnå lighed i deltagelse og effekt.

Erfaringen er, at fleksibiliteten til at kunne imødekomme mange forskellige behov hos borgerne bidrager væsentligt til udbyttet af forløbene. Det kommer f.eks. til udtryk ved at en kontaktperson ringer en borger op 10 gange for at skabe kontakt, at der er socialrådgivere til at tage sig af problematikker, der rækker ud over det snævert sundhedsfaglige, at forløb kan forlænges og at der tilbydes individuel træning og vejledning, hvis en borger ikke evner eller magter at deltage på et hold.

At der er så mange forskellige fagligheder i huset betragtes som en stor styrke i forhold til at kunne tilbyde individuel rehabilitering til den bredde af borgere, som er i forløb i CKSK. Ligeledes ses en bevægelse i retning af en større forståelse og accept blandt både ledere og medarbejdere, at enhver ikke skal kunne det samme, men at alle til sammen skal kunne favne bredt. Nogle borgere har gavn af en snorlige kontaktperson, andre for en kontaktperson som ringer adskillige gange for at skabe kontakt.

- > Projektgruppen og arbejdsgruppen påpeger, at der er behov for en løbende drøftelse af balancen mellem, hvor individuelt, tilbuddet kan være og om der kan komme en for stor skævhed i, hvad medarbejderne yder for nogle borgere.



**OPSAMLING OG ANBEFALINGER**



# Opsamling

Center for Kræft og Sundhed har i projekt *Lighed i rehabilitering* søgt at tackle en stor udfordring i sundhedsvæsenet, nemlig at skabe lige adgang til, lige deltagelse i og lige effekt af rehabilitering. Det er en svær og kompleks problemstilling, som ikke kan løses af et kommunalt rehabiliteringscenter alene. Der er væsentlige strukturelle barrierer for at sikre, at alle patienter fra hospitalet systematisk henvises til et rehabiliteringsforløb.

De tilgængelige data viser, at der ikke i projektperioden er sket en øget lighed i adgang, idet der stadig ses en social gradient i henvisninger, således at det i højere grad er borgere med lang uddannelse, der henvises end borgere med kort uddannelse. Der er ikke data til at undersøge udviklingen i projektperioden forhold til lighed i deltagelse og lighed i effekt. Foreløbige analyser indikerer, at der er en social ulighed i forhold til begge parametre.

Der er ikke publiceret meget viden om, hvad der i praksis kan skabe lighed. Projektet har således kun i begrænset omfang kunnet basere sine indsatser på anerkendte metoder og tilgange. De opnåede erfaringer kan danne inspiration for andre tilsvarende enheder. Modellen er overordnet set et forslag til et begrebsapparat, ud fra hvilket den kommunale praksis kan udvikle sig og skabe praksisbaseret evidens.

# Opsamling, fortsat

På baggrund af projektets fem spor og igangsatte tiltag tegner sig følgende billede:

- Der er behov for mangefacetterede tiltag og samarbejde på tværs af sektorer for at skabe lighed i deltagelse og dermed effekt.
- Tværfaglighed er centralt, idet tværfaglige kompetencer øger bredden og kvaliteten i tilbuddet til borgerne. Tilførsel af kompetencer såsom socialrådgivere, socialfaglig sygeplejerske og rådgivere fra Kræftens Bekæmpelse bidrager konkret til at løse nogle af de problemstillinger, som kan påvirke borgerens liv og dermed deres mulighed for at deltage i kræftrehabilitering og generhvervelse af funktionsniveau og livskvalitet. Der er med succes afprøvet flere former for samarbejde, der understøtter det tværfaglige samarbejde.
- Mulighed for at kunne tilbyde individuelt tilrettelagte rehabiliteringsforløb er en væsentlig forudsætning for, at alle borgere – uanset social baggrund, sårbarheder, funktionsniveau og påvirkning af kræftsygdom – kan deltage i rehabilitering.
- Med projektets aktiviteter og de mange drøftelser, som det har medført i ledergruppen, arbejds- og projektgruppen og i personalegruppen som helhed, er der sket en faglig ”modning” i CKSK relateret til forståelsen af problematikker omkring sårbare målgrupper. Dette kommer f.eks. til udtryk på den måde, at centeret er blevet mere rummeligt i forhold til borgere, som fylder mere eller stikker mere ud. Ligeledes er der kommet en større klarhed over, hvilken opgave centeret har, og hvilke af borgernes problemstillinger, som andre aktører skal håndtere.
- Samarbejdet især med Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen om henvisninger har givet positive resultater for så vidt, at det større kendskab til hinanden bidrager til smidighed i samarbejdet om borgersager til gavn for borgerne. For så vidt angår samarbejdet om henvisninger fra BIF, så har det vist sig vanskeligt. En væsentlig faktor i dette er, at henvisninger til CKSK ikke er en del af mål- og styringsgrundlaget for enhederne i BIF og dermed ikke italesættes som en kerneopgave.

# Anbefalinger til det videre arbejde

- At CKSK vurderer, hvordan centeret kan skabe størst forandring baseret på både hypoteser om, hvad der skaber størst virkning, og hvor det er praktisk muligt, givet mulige og interesserede samarbejdspartnere. Og at centeret på baggrund heraf arbejder systematisk ved f.eks. at udarbejde forandringsteorier eller driverdiagrammer, at fokusere ressourcer og tiltag, såvel som at teste antagelser gennem PDSA'er og understøttet af data.
- At CKSK afprøver en mere direkte form for inddragelse af sårbare borgere i forhold til at undersøge, om centeret har en tilstrækkelig bred palet af tilbud, der tilsammen imødekommer ønsker og behov. Dette kan f.eks. gøres ved at anvende IHIs tilgang: *hvad er vigtigt for dig?*
- At CKSK drøfter selvforståelsen i forhold til et evt. mere forpligtende samarbejde med BIF, og i den forbindelse også drøfter CKSKs rolle og opgave i den samlede kommunale indsats til borgeren.
- At SUF løfter problemstillingen vedrørende henvisninger fra sygehusene op på et højere ledelsesniveau og omfatter andre relevante enheder udover CKSK.



KILDER

**Dalton**, Susanne Oksbjerg, J. Schüz, C. Johansen, G. Engholm, S. K. Kjær, M. Steding-Jensen, H.H. Storm og J. H. Olsen (2009): *Social ulighed i forekomsten og overlevelsen efter kræft i Danmark*. Månedsskrift for Praktiserende Lægegerning. 87. årgang. Juni/juli 2009.

**Diderichsen**, Finn, Ingelise Andersen og Celie Manuel (2011): *Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser*. Sundhedsstyrelsen.

**Holm**, Lise Vilstrup, Dorthe Gilså Hansen, Pia Veldt Larsen, Christoffer Johansen, Peter Vedsted, Stinne Holm Berghltd, Jakob Kragstrup og Jens Søndergaard (2013): *Social inequality in cancer rehabilitation: A population-based cohort study*. Acta Oncologica 52:410-422.

**Moustsen**, Ida R., Signe B. Larsen, Lette Vibe-Petersen, Karen Trier, Pernille E. Bidstrup, Klaus K. Andersen, Christoffer Johansen og Susanne O. Dalton (2015): *Social position and referral to rehabilitation among cancer patients*. Acta Oncologica. Early Online: 1-7.

**Pedersen**, Pia Vivian, Liselotte Ingholt, Tine Tjørnhøj-Thomsen (2015): *Når man har sagt A, må man også sige B: Om social ulighed i kræftrehabilitering*. Statens Institut for Folkesundhed.

**Thuesen**, Jette, Henriette Knold Rossau, Sarah Frausing, Lars Hermann Tang og Tina Broby Mikkelsen (2017): *Kræftrehabilitering i Danmark – kortlægning af praksis på hospitaler og i kommuner*. REPHA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation.