



Evaluering af "Organisering og Samspilsrelationer" Aalborg Kommunes projekt om Kræftrehabilitering

Jespersen, Peter Kragh; Byg, Vibeke; Seemann, Janne

Published in:

Evaluering af "Organisering og Samspilsrelationer" Aalborg Kommunes projekt om Kræftrehabilitering

Publication date:

2009

Document Version

Også kaldet Forlagets PDF

[Link to publication from Aalborg University](#)

Citation for published version (APA):

Jespersen, P. K., Byg, V., & Seemann, J. (2009). Evaluering af "Organisering og Samspilsrelationer" Aalborg Kommunes projekt om Kræftrehabilitering. I *Evaluering af "Organisering og Samspilsrelationer" Aalborg Kommunes projekt om Kræftrehabilitering* Aalborg Universitet.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal -

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at vbn@aub.aau.dk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.



**Evaluering af
”Organisering og samspilsrelationer”**

**Aalborg Kommunes projekt:
Kræftrehabilitering i Aalborg**

**Peter Kragh Jespersen, Vibeke Larsen og Janne Seemann
Aalborg Universitet**

Indhold

| | |
|---|----|
| KAPITEL 1: INDLEDNING OG METODE..... | 13 |
| 1.1 Kræftrehabilitering i Danmark efter 2000: Baggrunden for Aalborg projektet..... | 13 |
| 1.2 Evaluering af ”Organisering og samspilsrelationer”: Baggrund og metoder. | 17 |
| 1.3 Datagenerering: Skriftlige kilder | 18 |
| 1.4 Datagenerering: Deltagerinterviews | 20 |
| KAPITEL 2: AKTØRERNE OG DERES ROLLER I PROJEKTET | 23 |
| 2.1 Sundhedscentret: Teammedlemmernes rolle | 23 |
| Forløbskoordinatorernes rolle | 23 |
| Socialrådgivernes rolle..... | 27 |
| Diætistens rolle | 32 |
| Fysioterapeuternes rolle | 33 |
| Kræftens Bekæmpelse og psykologens rolle i projektet..... | 34 |
| 2.2 Sundhedscentret: Teamet som helhed..... | 37 |
| Tværfagligheden i praksis..... | 37 |
| Den fysiske placerings betydning | 41 |
| 2.3 Sygehuset og ideen om tidligt tilbud..... | 44 |
| Sygehuset rolle ifølge forløbsbeskrivelsen | 44 |
| Den tidlige opsporing på diagnostidspunktet er ikke lykkedes..... | 45 |
| Årsager til manglende henvisninger fra Sygehuset..... | 46 |
| 2.4 De praktiserende lægers rolle..... | 51 |
| Projektbeskrivelsens omtale af de praktiserende læger | 51 |
| De praktiserende lægers rolle ifølge respondenterne | 51 |
| 2.5 Jobcenter og beskæftigelsesforvaltning | 53 |
| Projektbeskrivelsens omtale af jobcenterfunktioner | 53 |
| Jobcentrets og beskæftigelsesforvaltningens rolle ifølge respondenterne | 54 |
| KAPITEL 3: RELATIONERNE MELLEML AKTØRERNE I PROJEKTET | 59 |
| 3.1 Relationerne mellem hovedaktørerne | 59 |
| 3.2 Relationen mellem Aalborg Sygehus, Aalborg Kommune og Kræftens Bekæmpelse..... | 61 |
| KAPITEL 4: PROJEKTORGANISERING OG LEDELSE..... | 65 |
| 4.1 Projekter som arbejdsform | 65 |
| 4.2 Projektets tilblivelse | 65 |
| 4.3 Styregruppe og projektledelse..... | 69 |
| 4.4 Projektledelse i dagligdagen | 70 |
| KAPITEL 5: RESULTATERNE FRA PROJEKTET | 74 |
| 5.1 Projektets tilstræbte resultater ifølge projektbeskrivelsen | 74 |
| 5.2 Styrker og svagheder ved kræftrehabiliteringsprojektet set ude fra | 75 |
| Styrker..... | 75 |
| Svagheder..... | 77 |
| 5.3 Styrker og svagheder vurderet af teammedlemmerne..... | 80 |
| Styrker..... | 80 |
| Svagheder..... | 81 |
| 5.4 Tilbagevenden til arbejdet: Ikke mere men bedre tilbage? | 83 |
| 5.5 Hvordan varetages forskellige patientgruppers forhold..... | 86 |
| KAPITEL 6: PROJEKTETS FREMTID – SYNSPUNKTER OG FORSLAG | 91 |
| 6.1 Permanentgørelse? | 91 |
| 6.2 Sygehusets rolle | 92 |
| 6.3 Målgruppe | 93 |

| | |
|---|-----|
| 6.3 Ledelse | 94 |
| 6.4 Organisering..... | 95 |
| 6.5 Finansiering og ny lovgivning | 98 |
| KAPITEL 7: GENERALISERING TIL ANDRE PATIENTGRUPPER OG PROJEKTER..... | 100 |
| 7.1 Erfaringsoverførsel til andre sygdomsgrupper..... | 100 |
| 7.2 Erfaringsoverførsel i forhold til organiseringsformer og tværorganisatorisk samarbejde..... | 103 |
| LITTERATURLISTE | 108 |
| BILAG 1 | 110 |
| BILAG 2 | 111 |

Resumé og anbefalinger

Organisering og samspil i Aalborg Kommunes projekt: ”Kræftrehabilitering i Aalborg”

Indledning

Aalborg Kommune har i perioden 1. november 2007 til 31. oktober 2009 gennemført et pilotprojekt med en samlet kræftrehabiliteringsindsats, som har haft til formål at afprøve og udvikle metoder og indsatser, der især sigtede mod at kvalitetssikre rehabiliteringsindsatsen i forhold til patienternes tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Mere konkret skulle indsatsen ifølge projektbeskrivelsen styrke:

- Kræftpatienters oplevelse af mere tryghed og støtte - i forløbet fra sygdommen diagnosticeres til patienten er færdigbehandlet og vender tilbage til arbejdsmarkedet
- Kræftpatienters egenomsorg og sygdomsmestring
- Den regionale (sygehus og praktiserende læger) og den kommunale organisations evne til at sikre en sammenhæng i patientens rehabiliteringsforløb. Med start fra patienten får diagnosen – gennem behandlingsforløbet og gennem efterbehandlingsforløbet til patientens fremtidige arbejdsmarkedssituation er afklaret.

Målgruppen for projektet har været 18-60 årige erhvervsaktive kræftpatienter med bopæl i Aalborg Kommune.

Kræftrehabilitering har ikke før kommunalreformen været et særligt prioriteret område, og med primærkommunernes overtagelse af området efter strukturreformen blev der lagt op til en større indsats og en bedre koordinering med den regionale indsats. Dette blev udmøntet i en aftale indgået i juni 2005 mellem partierne bag strukturreformen om øget indsats på kræftrehabiliteringsområdet. Midlerne skulle fordeles i et partnerskab mellem Kommunernes Landsforening, Kræftens Bekæmpelse og de centrale sundhedsmyndigheder og Aalborg Kommunes projekt blev ét af de 11 projekter, der blev delvist finansieret fra denne pulje (4 mill.kr). Projektet er desuden finansieret af det lokale beskæftigelsesråd (ca.2 mill.kr.). Aalborg Kommunes projekt inddrager jobcentret og dermed sygedagpenge sagsbehandlingen direkte i projektet og det sammenhængende kræftrehabiliteringsforløb. Det gør Aalborgs projekt til noget særligt på landsplan.

I denne evaluering af organisering og samspil har vi sat fokus på organiseringen af det konkrete forløb, som borgere med kræft har været igennem som led i projektet. Desuden på den mere overordnede organisering af projektet og de samspilsrelationer, der er opstået mellem Aalborg Kommune, Aalborg Sygehus og praktiserende læger (Region Nordjylland) og Kræftens Bekæmpelse, der også har deltaget i projektet. Endelig har vi, efter aftale med Aalborg Kommune, vurderet i hvilken udstrækning, erfaringerne fra dette projekt kan overføres til andre patientgrupper.

Evalueringen baseres primært på et relativt omfattende skriftligt materiale fra Aalborg Kommune og en række interview med ansatte og de deltagende parter repræsentanter i projektets styregruppe. Oversigt over de interviewede kan ses i bilag 1. Vi har desuden foretaget en litteratursøgning i den danske litteratur og internationale litteratur om kræftrehabilitering. Evalueringen er gennemført af Professor Peter Kragh Jespersen, Lektor Janne Seemann og Videnskabelig assistent Vibeke Larsen, alle fra Aalborg Universitet.

Det overordnede indtryk af projektets resultater

Projektet vurderes positivt af de borgere, der har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen, og det samme gælder for respondenterne i interviewundersøgelsen. Der er således ingen, der har givet udtryk for, at projektet burde ophøre efter udgangen af pilotperioden. Tværtimod vil de fleste uden videre anbefale en permanentgørelse. Projektet vurderes altså af aktørerne som et klart fremskridt for kræftrehabiliteringen i Aalborg Kommune. Projektet demonstrerer især, at det lader sig gøre at koordinere indsatsen mellem jobcentret og de øvrige involverede til glæde for de borgerne i målgruppen, der vælger at deltage i det særlige tilbud.

Det er imidlertid ikke muligt at vurdere, om projektet når sine mål i relation til tilbagevenden til arbejdsmarkedet, fordi projektet ikke er designet, så dette kan vurderes.

Der findes således ikke opgørelser over den relative andel af deltagerne, der vender tilbage til arbejdsmarkedet efter at have deltaget i projektet sammenlignet med situationen før projektet eller sammenlignet med dem, der vælger ikke at deltage i projektet. Der findes heller ikke oplysninger om, hvor stor en andel af deltagerne i projektet, der opgiver arbejdet igen efter at have været i arbejde i en periode. Dette kunne være en indikator for kvaliteten i borgernes tilbagevenden til arbejde, såfremt det kunne sammenlignes med tilsvarende tal for perioden før projektet. Disse

mangler ved projektdesignet, gør det vanskeligt at foretage kvantitative opgørelser over projektets effekter. I denne evaluering har vi således været henvist til respondenterne egne vurderinger samt de skriftlige kilder. Vurderingerne giver efter vores opfattelse en sikker indikation på, hvordan og i hvilken retning projektet har virket, men vi har ikke på dette grundlag gode muligheder for at vurdere, hvor omfattende virkningerne har været i forhold til effekter på borgernes liv eller deres tilbagevenden til arbejdet.

Respondenterne peger på, at borgerne via den koordinerede indsats ikke nødvendigvis kommer hurtigere tilbage til arbejdsmarkedet, men anfører, at de kommer ”bedre” tilbage i betydningen mere forberedte og mere afklarede. Det angives desuden, at en del af deltagerne ikke kommer tilbage til arbejdsmarkedet, men snarere kommer mere afklarede tilbage til ”livet” uden arbejde, og at dette i sig selv rummer en værdi.

Respondenterne peger desuden entydigt på, at projektet resulterer i en mere smidig og bedre sammenhængende indsats for borgerne ved at koordinere behandlingen af sygedagpengesagen og den dertil hørende beskæftigelsesindsats med den fysiske og psykiske rehabilitering. Dette sikres gennem den daglige interaktion og koordination mellem socialrådgiverne, der er udstationeret fra jobcentret, og de øvrige ansatte i teamet på Sundhedscenter Aalborg. Det vurderes, at borgerne derved oplever indsatsen fra jobcentret som mere meningsfuld og givende end tilfældet ville have været uden integration med den øvrige indsats. Omvendt rummer projektets løsning med udstationerede socialrådgivere en betydelig udfordring ledelsesmæssigt og jobcenterfagligt.

Intentionen i projektet var, at patienterne skulle have tilbuddet om rehabilitering allerede på diagnosetidspunktet i forbindelse med indlæggelse på Aalborg Sygehus, men denne intention er kun i meget begrænset omfang blevet ført ud i livet. Langt de fleste deltagere får tilbuddet i forbindelse med den første samtale med socialrådgiverne i jobcentret dvs. på et tidspunkt, der typisk ligger omkring 8 uger efter sygemeldingen og et godt stykke tid efter diagnosen er stillet. Samspillet mellem Sundhedscenter Aalborg og forløbskoordinatorerne på den ene side og Aalborg Sygehus og plejepersonalet på den anden side har ikke kunnet sikre, at patienterne fik tilbuddet så tidligt og effektivt, som det oprindeligt var tænkt, uanset at der er gjort en betydelig indsats for at realisere de oprindelige intentioner.

Projektets svagheder er ifølge respondenterne, at målgruppen for projektet er for afgrænset ud fra en sundhedsmæssig behovsvurdering og samtidig svær at forklare til kræftramte borgere, der falder uden for målgruppen. Vi har i kapitel 5 søgt at vise, hvem der omfattes af projektet, og hvem der falder uden for. I betragtning af den stærke sammenhæng mellem forekomst af kræft og alder, er det en væsentlig begrænsning i Aalborg Kommunes nye samlede rehabiliteringstilbud til kræftramte, at aldersgrænsen er sat ved 60 år og der kan være andre grupper, som f.eks. kontanthjælpsmodtagere, som måske bør omfattes, hvis der fortsat skal lægges vægt på borgere i den erhvervsaktive alder.

En anden svaghed, som nævnes af nogle respondenter, er, at der kan være en risiko for, at de kræftramte borgere bliver fastholdt i en patientrolle i kraft af projektet. Hvis det er tilfældet, vil det blive afdækket, såfremt man får en bedre monitorering af resultaterne. Man kan desuden sætte en grænse for, hvor længe man kan være omfattet af det særlige tilbud.

Anbefalinger

I en permanent løsning vil vi anbefale, at det sikres, at man til stadighed kan følge resultaterne af rehabiliteringsindsatsen, og at den sammenlignes enten med situationen som den var tidligere (ved hjælp af registerdata), eller at der foretages en systematisk sammenligning med den halvdel, der ikke tager imod tilbuddet (under forudsætning af at denne gruppe er sammenlignelig med dem der modtager tilbuddet). Det kan samtidig anbefales, at man ikke alene registrerer kvantitative data men også kvalitative, idet effekterne af rehabilitering i høj grad har kvalitativ karakter.

Vi må anbefale, at den tætte kontakt mellem socialrådgiverne i jobcentret og det øvrige team opretholdes. Den tætte kontakt sikrer viden om kræftsygdomme hos de sagsbehandlere, der skal have kontakt med borgerne i et stærkt regelreguleret system, og det giver både muligheder for at få en større indsigt i kræftsygdomme og de handlemuligheder, som kræftramte borgere har i forskellige faser af deres sygdomsforløb, samt mulighed for at anvende denne viden i forhold til de enkelte borgere sagsforløb.

Vi vil ligeledes anbefale, at man enten opgiver intentionen om, at tilbuddet skal give allerede på diagnosetidspunktet eller alternativt, i samarbejde med sygehusledelsen og de relevante afdelingers ledelser, får udarbejdet rutiner som sikrer, at tilbuddet rent faktisk gives i forbindelse med sygehusbehandlingen. Det kan ske med eller uden direkte deltagelse af kommunalt ansatte.

Endelig vil vi anbefale, at man overvejer om målgruppen i en evt. permanent løsning skal være den samme som i pilotprojektet.

Projektteamet og udviklingen på Sundhedscenter Aalborg

Teamet på Sundhedscenter Aalborg består af 2-3 socialrådgivere udstationeret fra Jobcenter Aalborg, 2 koordinatore (1 ergoterapeut og 1 sygeplejerske), 1 diætist (deltid), 2 fysioterapeuter (deltid) og fra Kræftens Bekæmpelse 1 psykolog/socialrådgiver (deltid). Lederen af Sundhedscenter Aalborg har været daglig leder for de ansatte i teamet, dog således at socialrådgiverne refererer til lederen i Midtbyens Jobcenter, og de ansatte i Kræftens Bekæmpelse refererer til Kræften Bekæmpelse.

De enkelte aktørers roller i teamet har været beskrevet i projektbeskrivelser og forløbsbeskrivelser, men har også udviklet sig undervejs i projektet, hvilket har betydet, at de aktuelle roller i nogen grad afviger fra det formelt beskrevne. De fleste af disse ændringer vurderer vi som positive i forhold til at skabe et bedre og mere sammenhængende forløb for de kræftramte borgere, og de må i betydeligt omfang ses som en naturlig tilpasning af dag til dag rutinerne i projektet. De væsentligste ændringer vedrører socialrådgivernes, koordinatorenes samt ledernes roller.

Socialrådgiverne har fået en ændret rolle i forhold til det formelle, fordi de i betydeligt omfang er de første, der har mere omfattende kontakt med borgerne. Det skyldes, at borgerne ikke eller kun delvist kommer ind i projektet via sygehuset og koordinatorene, men via behandlingen af sygedagpengesagen. En anden årsag er, at nogle borgere fortryder, at de ikke i første omgang har taget imod tilbuddet, og de har typisk haft en betydelig kontakt med socialrådgiverne inden de deltager i tilbuddet. En tredje årsag er, at socialrådgiverne selv har været interesseret i at tage de såkaldte "livssamtaler" med borgerne som en del af deres arbejde. Denne jobudvidelse opfattes af socialrådgiverne selv som hensigtsmæssig, og de er åbne for en yderligere udvikling i retning af mere rådgivning og færre myndighedsopgaver eller alternativt, at myndighedsopgaven blev varetaget af ansatte på jobcentret i tæt kontakt med teamet.

Koordinatorrollen er den rolle, som ændret mest i forhold til den formelle beskrivelse. Den har ændret karakter fra at være overvejende eksternt rettet mod koordination mellem sygehus, læger og team og til i højere grad at være en intern koordinatorfunktion i forhold til borgernes rehabiliteringsforløb. Koordinatorfunktionen overlapper i dag i et vist omfang socialrådgivernes

arbejdsopgaver, hvilket flere af respondenterne gør opmærksom på. Der har været flere forsøg på at realisere den oprindelige rolle, men det har ikke hidtil slået igennem i forhold til rekruttering af borgerne i den tidlige fase.

De øvrige teammedlemmer har i betydeligt omfang bevaret de roller, som findes i projektbeskrivelsen, men til gengæld har det af og til været vanskeligt for dem at skulle balancere mellem forskellige forventninger og krav fra andre opgaver på Sundhedscenter Aalborg

Deltagerne fra Kræftens Bekæmpelse har haft en vigtig funktion i forhold til skabelsen af en fælles filosofi og tilgang til opgaverne i teamet og har stået for supervision af teamet ved siden af den sags supervision, som også har været en del af opgaven.

Ledelsesopgaven i forhold til teamets ansatte har været delt på flere, hvilket har givet anledning til vanskeligheder og usikkerhed om arbejdsfordelingen. Både lederen af Sundhedscenter Aalborg og lederen af Jobcentret anser konstruktionen for at være vanskelig og vil gerne have den ændret. Problemerne knytter sig især til prioritering mellem myndighedsopgaver og deltagelse i teamdefinerede arbejdsopgaver for socialrådgiverne. Nogle af respondenterne efterlyser en egentlig teamledelse, der fik det samlede ledelsesansvar.

Ser vi på udviklingen i teamet som helhed, er det lykkedes at skabe en fælles "teamånd" og en fælles "filosofi", men medlemmerne af teamet arbejder fortsat relativt selvstændigt inden for hvert sit fagområde, og respondenterne vurderer, at der kun i begrænset omfang er udviklet nye metoder og tværfaglige arbejdsrutiner. Men der sker gradvist en tilnærmelse mellem faggrupperne, ikke mindst fordi deres fælles viden om borgere med kræft udvikles over tid. Med hensyn til teamets sammensætning peger flere af respondenterne på, at det kunne være en fordel med fast tilknytning af psykologfaglig og lægefaglig bistand.

Teamet har haft glæde af de fælles fysiske rammer på Sundhedscenter Aalborg. Såfremt projektet gøres permanent, og især hvis målgruppen udvides, kan de nuværende rammer blive for snævre. På grund af sygdommens særlige karakter og de relativt mere individualiserede forløb, kan det være relevant at overveje en anden løsning, uanset at der har været et godt samarbejde med de øvrige dele

af huset. Det gælder især, hvis man vil udvide samarbejdet med Kræftens Bekæmpelse og inddrage flere frivillige i rehabilitering.

Anbefalinger

Vi må anbefale, at rollefordelingen internt i teamet justeres, så den svarer til den løsning, der vælges i samarbejdet med sygehuset. Hvis koordinatorene i fremtiden skal opsøge patienterne på et tidligt tidspunkt i forløbet, vil de i højere grad kunne få en rolle, der svarer til den oprindeligt beskrevne. Hvis ikke, må deres rolle ændres og afklares i forhold til socialrådgivernes. Det bør samtidig afklares, om socialrådgiverne fortsat skal have arbejdsopgaver, der rækker ud over de normale opgaver i forbindelse med en dagpengesag.

Vi vil anbefale, at samarbejdet med Kræftens Bekæmpelse videreføres og eventuelt udvides. Samarbejdet har efter respondenternes opfattelse haft en positiv virkning på teamets funktion

For at sikre en fortsat udvikling af tværfaglige metoder og koordinering af indsatsen, må det anbefales, at teamet har adgang til løbende supervision af teammedlemmer og teamet som helhed.

Med hensyn til ledelsesfunktionen i en permanent løsning vil vi anbefale, at alle i teamet får samme ledelse, eller at der subsidiært etableres et ledelsesteam, som sammen har ansvaret for ledelsen af teamet.

Samarbejdet mellem Beskæftigelsesforvaltningen og Forvaltningen for Sundhed og Bæredygtig udvikling

Projektets udformning og integrationen af socialrådgiverne i teamet har forudsat et betydeligt samarbejde mellem de to forvaltninger både på ledelsesplan og i de daglige rutiner. Respondenterne peger på, at samarbejdet om projektet bygger på tidligere erfaringer med lignende indsatser, og at der har været politisk og ledelsesmæssig opbakning til projektet. Begge dele har været væsentlige i forbindelse med projektets etablering. Ser man på fremtiden, er det imidlertid også klart ud fra respondenternes udsagn, at der kan tænkes andre måder, hvorpå en integreret jobcenterfunktion og rehabiliteringsindsats kan tilrettelægges herunder modeller, hvor socialrådgiverne forbliver i jobcentrene, men bevarer ansvaret for bestemte grupper af syge borgere. Det overordnede valg

bliver derfor, om man skal fortsætte med en særligt tilrettelagt indsats for gruppen af kræftramte borgere.

Samarbejdet mellem Aalborg Kommune, Aalborg Sygehus, praktiserende læger og Kræftens Bekæmpelse

Der har i alt væsentligt været et godt samarbejde mellem parterne præget af åben dialog og villighed til at etablere løsninger på tværs af sektorer og organisationsgrænser. Parterne været i stand til at løse en række praktiske problemer i styregruppen især i projektets tidlige fase, men efterhånden er arbejdet i styregruppen mere blevet præget af gensidig orientering, der ikke opleves som frugtbar af alle. Det bemærkes af flere respondenter, at der har manglet en tydelig projektledelse, som var tæt på dagligdagen i teamet og hvis rolle kunne have været at fremme både det interne og eksterne samarbejde om projektet.

De problemer, der kan registreres, kan i alt væsentligt forklares som udslag af mere grundlæggende forskelle i opgaver, traditioner, faglige kulturer og forskelligt regelgrundlag. I forhold til kommunen peges især sygehusets repræsentanter på, at det kan være svært overhovedet at forstå, hvad der tales om, og at viden om kommunerne ikke er udbredt på et sygehus. I forhold til sygehuset peges der på, at projektet er forblevet et ”plejeprojekt”, at lægegruppen med få undtagelser ikke har været engageret i projektet, og at det har været svært at få etableret bindende rutiner, som blev bakket op af ledelserne. Dertil kommer, at kræftramte er fordelt på mange forskellige afdelinger og med ret forskellige forløb, hvilket komplicerer opsøgning og information til patienterne.

I forhold til de praktiserende læger peges der på, at hver enkelt læge har ret få kræftramte, og at de ikke altid ser patienterne, efter at sygehuset og sygehuslægerne har overtaget ansvaret. De ser det ikke selv som et stort problem, og det samme ser ud til at være tilfældet for de øvrige deltagere, som ikke oplever, at de privatpraktiserende læger har spillet nogen mærkbar rolle i projektet. Ud fra resultaterne i dette projekt ser det ud til, at de tanker om de praktiserende læger som ”tovholdere” for samlede patientforløb og rehabiliteringsforløb som ofte formuleres i udmeldinger fra de centrale sundhedsmyndigheder ikke er realistiske.

Kræftens Bekæmpelse har deltaget i projektet med henblik på at fremme det tværsektorielle og tværorganisatoriske samarbejde om kræftrehabilitering og herunder opnå viden om, hvorvidt tidlig indsats har betydning. De har aktivt medvirket til at præge projektet med det sigte evt. at bruge de

opnåede erfaringer i andre kommuner. De opfattes af de øvrige deltagere som dygtige advokater for de kræftramte, men også undertiden som nogen, der ikke har den store forståelse for kommunernes og sygehusenes problemstillinger.

Anbefalinger

Det kan anbefales, at man evaluerer erfaringerne fra styregruppen med henblik på at udvikle samarbejdsformerne på tværs af de tre/fire parter. Desuden at man, i forhold til fremtidige lignende projekter, etablerer en egentlig projektledelse, som har ansvaret for at projektets mål bliver realiseret. Fremtidige projekter bør designes, så parterne efter projektperioden kan se hvilke resultater af kvantitativ og kvalitativ art, der opnås. Dette kan gøre det lettere at formulere og finde opbakning til kommende projekter.

Det kan desuden anbefales, at der udvikles supplerende samarbejdsfora eller etableres udvekslingsordninger for ansatte i de samarbejdende organisationer med henblik på at opnå et mere dybtgående kendskab til hinandens tankegang og arbejdsmåder, især med henblik på at identificere hvilke forhold, der kan hæmme eller fremme samarbejdet i kommende projekter eller samarbejdsaftaler mellem parterne, ikke mindst på det udførende niveau. En sådan indsats bør have en lang tidshorison i betragtning af de barrierer og dybt forankrede kulturelle forskelle, der skal overvindes.

Generalisering til andre patientgrupper

Den generelle vurdering blandt respondenterne er, at man kun i begrænset omfang kan overføre erfaringerne til andre patientgrupper. Der peges på, at kræft repræsenterer noget særligt, og at der er behov for en mere individualiseret indsats end for andre store patientgrupper som diabetes, KOL og hjertesygdomme. Det nævnes således fra flere respondents side, at især grupper som rygpatienter, hjerneskadede og depressionsramte også kan have behov for en målrettet og individualiseret rehabiliteringsindsats. Vi kan ikke på grundlag af vore data konkludere præcist hvilke grupper, der har størst behov for en mere individualiseret indsats, men det bør undersøges nærmere, og erfaringerne fra kræftprojektet vil i et vist omfang kunne overføres til sådanne grupper.

KAPITEL 1: INDLEDNING OG METODE

1.1 Kræftrehabilitering i Danmark efter 2000: Baggrunden for Aalborg projektet

Indenrigs- og Sundhedsministeriet satte i år 2000 fokus på rehabilitering af kræftpatienter med kræftplanen *National kræftplan. Status og forslag til initiativer i relation til kræftbehandling*. Det beskrives i planen, at der er sket mange forbedringer inden for kræftbehandlingen i form af mere effektiv diagnostik, operationsteknik, strålebehandling, kemoterapi mv., hvilket har bevirket, at flere helbredes eller overlever i længere tid som kroniske patienter. Det påpeges i den forbindelse, at mange patienter har senfølger af kræftsygdom og behandling, hvilket tilsyneladende er mindre synligt for behandlerne, grundet kortere indlæggelsestider og kontrolperioder.

Rehabiliteringsindsatsen for kræftpatienter omhandler i den nationale kræftplan behovene for rehabilitering af senfølger, både under og efter behandlings-forløbet. Der peges på, at støtten skal gives så tidligt så muligt, og at tilbuddet bør formes af den enkeltes behov.

I kræftplanen nævnes det, at rehabiliteringsområdet kræver en tværfaglig og tværsektoriel indsats i forhold til den enkelte patient. Det indskræpes, at sygehusafdelingen har en primær rolle i forhold til at planlægge rehabiliteringsindsatsen. Både som forebyggende og behandlende part, men også ved udskrivning.

Overordnet tegner kræftplanen et billede af, at der i Danmark anno 2000 kun sporadisk fokuseres på rehabiliteringstilbud. Systematisk opretholdelse af rehabiliteringstilbud til denne gruppe af patienter findes ikke. I kræftplanen foreslås det, at sygehusvæsenet burde stå for en mere helhedspræget fokusering på fysisk rehabilitering, mens amtet skulle tage sig af øvrige tilbud som psykosocial støtte og rådgivning, fysisk træning og afspænding, kostvejledning, seksuelle problemer, vidensformidling til patienter og pårørende og betaling af kvalificerede rehabiliterings/rekreationsophold (Sundhedsstyrelsen, 2000: 142ff).

I år 2005 udkommer *Kræftplan II. Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forbedringer af indsatsen på kræftområdet*. Tilsvarende den første kræftplan fokuseres der på senfølger af sygdom og behandling, og det beskrives, at der (stadig) ikke forefindes målrettede og systematiske rehabiliteringstilbud i forhold til fysiske og psykologiske problemer. Borgernes tilbagevenden til arbejdsmarkedet fokuseres der ikke på. I kræftplan II fremhæves det, at man har ønsket at styrke en forløbstankegang på sygehusene gennem kontaktpersonordninger og gennem planlægning af bedre

forløb i samarbejde med borgeren, men de eneste gennemgående personer i rehabiliteringsprocessen er stadig kun borgeren og eventuelle pårørende.

Der peges derfor på, at samarbejde mellem specialiseret personale fra kræftafdelingerne og personale fra primærsektoren kan styrke kvalitet og sammenhæng i rehabiliteringsindsatsen. En måde at styrke samarbejdet på, kan ifølge planen være at udarbejde helhedsorienterede forløbsbeskrivelser/ kliniske retningslinjer i både primær- og sekundær sektor, dvs. over sektorgrænsen. Ydermere fremhæves, at der, bortset fra KræftrehabiliteringsCenter Dallund (RcDallund), ikke sker systematisk opsamling af erfaringer med rehabilitering, og der peges på behovet for et forskningsmiljø om kræftrehabilitering (Sundhedsstyrelsen, 2005: 50f).

I foråret 2001 besluttede Kræftens Bekæmpelse at fremme udviklingen af kræftrehabilitering med etableringen af RcDallund, som er nævnt i kræftplanen 2005. RcDallund var ment som et 5-årigt interventionsprojekt, men fungerer stadig som et kombineret rehabiliterings- og videnscenter for kræftrehabilitering i dag. På nuværende tidspunkt arbejder Kræftens Bekæmpelse på at sikre, at RcDallund bliver et permanent tilbud til danske kræftpatienter fra 2009 og fremover. Dertil kommer at Kræftens Bekæmpelse, Københavns Universitet og Syddansk Universitet efter 2005 har øget forskningsindsatsen blandt andet i FOCARE projektet (www.cancer.dk), der søger efter evidensbaseret viden om hvordan man bedst kan hjælpe mennesker, der er ramt af kræft, tilbage til hverdagen.

Rehabiliteringsbegrebet er fra centralt hold ikke defineret, men i 2004 udkom en hvidbog om rehabiliteringsbegrebet, udarbejdet af Rehabiliteringsforum Danmark og MarselisborgCentret i samarbejde med forskellige interessenter¹. Hvidbogens generelle definition af rehabilitering anvendes bl.a. i forløbsprogram for kræftrehabilitering i Aalborg Kommune og lyder således:

"Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv.

Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats."

¹ Rehabiliteringsforum Danmark er en interesseorganisation med fokus på rehabiliteringsindsatsen i Danmark, etableret i 2001 (www.rehabiliteringsforum.dk, Hvidbog 2004:6) og MarselisborgCentret fik sin begyndelse i 1996 og er et samarbejde om rehabilitering mellem en række offentlige og private parter (www.marselisborgcentret.dk, Hvidbog 2004:6)

I ovenstående beskrivelse af opmærksomheden på kræftrehabilitering er der fokus på psykosociale senfølger og rehabilitering heraf. Derimod er opmærksomheden på organisatoriske problemstillinger mindre fremtrædende. Det betyder, at der ikke er fokus på sammensætningen af rehabiliteringsteams eller på, hvordan koordinering mellem sygehuse, primærkommuner, de praktiserende læger og frivillige organisationer (Kræftens Bekæmpelse) skal etableres. Der er heller ikke omtale af sammenhængsproblemer mellem indsatsen på arbejdsmarkedsområdet (jobcenterindsats) og sundhedssektoren. Hvordan et sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer og niveauer i forbindelse med kræftrehabilitering skal opnås, behandles ikke i kræftplanerne. Det er således i vidt omfang op til parterne selv at organisere indsatsen.

Med kommunalreformen 2007 blev kommunernes ansvar for genoptræning udvidet til også at omfatte ansvaret for borgere med rehabiliteringsbehov og forebyggende initiativer (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2006:1) Både regioner og kommuner er nu involveret i forebyggelsesindsats og rehabilitering af kræftpatienter. I aftale af 10.juni 2005 (Finansloven 2006) mellem Regeringen og Dansk Folkeparti fremgår det, at der afsættes en pulje på 40 mio. kr. til at støtte rehabiliteringsindsatsen på kræftområdet i kommunerne (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006:2). RcDallund og SDU står for at indsamle og videreformidle erfaringerne fra de 11 projekter, der blev støttet fra denne pulje, herunder Aalborg Kommunes projekt. Netop disse 11 projekter omhandler i mere eller mindre omfang samarbejde på tværs af sektorer og faggrupper og har også fokus på kræftpatienters tilbagevenden til arbejdsmarkedet, til forskel fra de nationale kræftplaners psyko-sociale perspektiv (www.kræftrehabilitering.dk).

Regionernes fokus på kræftrehabilitering er mindre fremtrædende. Søger man på kræftrehabilitering eller kræft og rehabilitering, finder vi ikke meget specifikt om kræftrehabilitering på regionernes hjemmesider. Region Syddanmark har dog udarbejdet et notat: *Kræftrehabilitering i Region Syddanmark. Opgavefordeling på sundhedsområdet. Region Syddanmark 2008*. Det skal bemærkes, at Region Syddanmark netop huser RcDallund. Regionerne er i gang med udarbejdelse af forløbsprogrammer angående kræft. Kræftrehabilitering skal indgå i de kommende programmer og forløbsbeskrivelser, men samlet set er der i regionerne indtil nu større fokus på forløbsbeskrivelser og rollen som forløbskoordinator i forbindelse med kroniske sygdomsområder som KOL, diabetes-2, Iskæmisk hjertekarsygdomme, demens mv.

Alle regionerne har således udarbejdet notater og etableret rammer for udarbejdelse af forløbsprogrammer på kronikerområdet. Region Nordjylland har således udarbejdet notatet: *Notat vedr. forløbskoordinationsfunktion ifm. Sammenhængende og styrket indsats for patienter m. kronisk sygdom. November 2008*, og har også etableret en kronikerenhed, der arbejder med *Den nordjyske model* (www.kronikerenheden.dk). Kronikermodellen i Region Nordjylland indebærer, at der dannes et tværsektorielt forum for hver kronisk sygdom, og at det skal have repræsentanter for kommuner med en sundhedsaftale om den pågældende sygdomsgruppe, sygehuse, almen praksis, region og patientforeninger. Blandt de 9 sygdomsområder, som kronikerenheden skal beskæftige sig med, nævnes også ”forebyggelige kræftsygdomme”, men der er endnu ikke nedsat noget tværsektorielt forum for kræftsygdomme.

I nær fremtid vil der, ifølge kronikerenhedens planer, blive nedsat et tværsektorielt forum for kræftområdet i Region Nordjylland, men det er endnu ikke klart, om den kommer til at dække hele kræftområdet eller kun de forebyggelige kræftsygdomme. Hvis den kommer til at omfatte hele kræftområdet, vil der skulle indgås sundhedsaftaler med tilhørende forløbsprogrammer inklusive beskrivelser af de enkelte aktørers rolle og beskrivelse af koordinatorfunktioner. Hvis Aalborg kommunes nuværende rehabiliteringsprojekt skal gøres permanent, vil det med stor sandsynlighed skulle ske inden for rammerne af forløbsprogrammer på kræftområdet.

Det overordnede indtryk af status på kræftrehabiliteringsområdet er, at der er udtrykt megen velvilje, og at der i de centrale udmeldinger er mange opfordringer til at øge indsatsen, men også at det har været et område, hvor det har været svært at få handling bag ordene. De 11 projekter, som nu er sat i gang i kommunerne, repræsenterer det hidtil mest konkrete forsøg på at fremme indsatsen, men det er usikkert, i hvilket omfang projekterne videreføres. Dermed er det i høj grad op til kommunerne selv at videreudvikle og videreføre indsatsen.

Det er i denne kontekst, at rehabiliteringsprojektet i Aalborg Kommune må forstås med den særlige finesse, at Aalborg projektet eksplicit går på tværs af arbejdsmarkedssektoren og sundhedssektoren og dermed giver mulighed for at vurdere erfaringer med at arbejde på tværs af de to sektorer.

1.2 Evaluering af ”Organisering og samspilsrelationer”: Baggrund og metoder.

I efteråret 2008 kontaktede Aalborg Kommune Lektor Janne Seemann og Professor Peter Kragh Jespersen Aalborg Universitet med henblik på at få gennemført en devaluering af Aalborg Kommunes kræftrehabiliteringsprojekt, der skulle fokusere på organisering og samspillet mellem aktørerne. Der blev indgået en aftale herom og pr. 1. juli 2009 gik arbejdet i gang med deltagelse af Videnskabelig assistent Vibeke Larsen. I aftalen blev det bestemt, at vi skulle stå for en evaluering af projektets organisering og de samspilsrelationer, som er udviklet mellem parterne. Mere præcist skulle formålet være at indkredse:

- Stærke og svage sider ved (gode og dårlige erfaringer med) ”Kræftrehabilitering i Aalborg” i forsøgsperioden
- Omdrejningspunkter, hvor der opleves kvalitetsbrist eller barrierer
- Idéer og forslag til forbedringer af kvalitet og samarbejdsrelationer
- Erfaringer der kan generaliseres til andre typer rehabiliteringsforløb

Specielt for kommunen som den centrale aktør i projektet blev der lagt op til en relativt omfattende analyse omfattende følgende spørgsmål:

- Hvordan lever kommunen op til sin rolle som integrerende part i patientens rehabiliteringsforløb?
- Hvordan fungerer den bærende ide om, at rehabiliteringen skal påbegyndes tidligt blandt andet i form af tilknytning af en kommunal forløbskoordinator, når diagnosen er stillet?
- Kan der identificeres andre integrerende mekanismer?
- Hvordan bliver diverse (patient)hensyn varetaget? Hvordan håndteres patienternes sygdom/rehabilitering i forhold til arbejdsmarkedsområdet?
- Hvordan vurderer de kommunalt ansatte relationerne til de øvrige parter?

For *sundhedscentret, herunder specialteamet* vil centrale spørgsmål være:

- Hvordan lever sundhedscentret op til sin rolle som integrerende part i patientens rehabiliteringsforløb?
- Hvilken rolle og funktion har specialteamet og herunder den kommunale forløbskoordinator?

- Hvilke erfaringer kan der opsamles ved at integrere en jobcenterfunktion i et sundhedscenter?

For Aalborg Sygehus, Kræftens Bekæmpelse og de praktiserende lægers vedkommende blev der lagt vægt på at belyse, hvilken rolle de faktisk har spillet i projektet i forhold til de oprindeligt planlagte og hvilke relationer, der er udviklet i forhold til de øvrige aktører i løbet af projektet.

Det blev desuden aftalt, at Aalborg Kommune udarbejder en forløbsanalyse, som kan belyse patientpopulationens vej gennem projektet, og at der blev gennemført en survey, hvor patienterne fik lejlighed til at evaluere projektet og rehabiliteringsforløbet. Vi har i begrænset omfang kunnet trække på delresultater fra patientundersøgelsen, som vil være en del af den samlede evaluering.

1.3 Datagenerering: Skriftlige kilder

Vi har haft adgang til følgende skriftlige kilder om Aalborg projektet:

- Samtlige referater fra styregruppemøder – i alt 12 (16.05.07-16.06.09)
- Samtlige indstillinger vedr. kræftrehabiliteringsprojektet med tilknyttede bilag:
 - Indstilling til sammenlægningsudvalget
 - Bilag til indstilling om kræftrehabilitering
 - Genansøgning - Rehabilitering af kræftpatienter
 - Ny revideret ansøgning.(3 forskellige udgaver)
 - Afslag på ansøgning
 - Udmøntning af bevilling fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet til etablering af rehabiliteringstilbudet "Kræftrehabilitering i Aalborg" målrettet erhvervsaktive nydiagnostiserede kræftpatienter
 - Kommissorium - 6.7.2007
 - Indstilling til ÆHU 15.08.07
 - Kommissorium for effektivering af puljemidler modtaget fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet
 - Ansøgning: Pulje til kommunale projekter på kræftrehabiliteringsområdet
 - Ældrerådets og Handicaprådets hørings svar- kræftrehabilitering
 - Dagsordenpkt. til SBU's udvalg 29.10.2008
 - Dagsordenpkt. til ÆHF's udvalg 19.11.08
 - Indstilling om forlængelse af kræftrehabiliteringsprojektet
 - Midtvejsstatus kræftrehabilitering, december 2008
 - Status og forlængelse af kræftrehabiliteringsprojektet
- Referat fra møde på Sundhedscenter Aalborg med forløbskoordinatorer fra Sundhedscenter Aalborg og forløbskoordinatorer fra Aalborg Sygehus. 18.06.09

- Rapport pr. 1.11.2007 vedr. ansøgning og implementeringsplan
- Kræftrehabilitering i Aalborg Kommune: Flowchart som tidsakse.
- Funktionsbeskrivelse af forløbskoordinatorrollen
- Fortælling af rehabiliteringsforløb:
 - Susannes historie
 - Den gode historie.
- Data til fakta ark. Midtvejsevaluering - kræftrehabilitering
- Forløbsbeskrivelse/program. Kræftrehabilitering i Aalborg Kommune.
- Forløbsprogram. Kræftrehabilitering. Aalborg Kommune, 2. udgave. 22.07.09
- Bilag til 2. udgave af forløbsprogram:
 - Rehabiliteringsplan. Kræftrehabiliteringsprojekt på Sundhedscenter Aalborg.
 - "Undervisning for dig som har kræftsygdom"
 - Dallundskalaen
- Forløbsbeskrivelse fra kræftrehabiliteringsprojektet i Aalborg Kommune – Et flowchart. (Produceret af teammedlemmerne i Sundhedscenter Aalborg)
- Fakta om kræftrehabiliteringsindsatsen.
- Breve:
 - Udkast til nyt pjecebrev
 - Udkast til nyt orienteringsbrev
- Notat vedr. Sygehus og Sundhedscenter Aalborg samarbejde vedr. kræftrehabiliteringsprojektet.
- Notat: Erfaringsrapport - Tilbage melding fra Aalborg Kommune. 22.09.09 til RehabiliteringsCenter Dallunds indsamlede erfaringer fra de 11 kommunale projekter.
- Surveymateriale:
 - Kræftrehabilitering på Sundhedscenter Aalborg 2007-maj 2009: Svarfordelinger.
 - Brugeroplevet kvalitet. Åbne spørgsmål.
 - Populationsbeskrivelse: Kræftrehabilitering på Sundhedscenter Aalborg. 2006-september 2009

Disse kilder er især anvendt i forbindelse med beskrivelserne af, hvilke roller de enkelte parter i projektet oprindeligt var tiltænkt. Desuden har de givet et indtryk af, hvordan projektet er blevet justeret undervejs og hvilke temaer, der har været til behandling i styregruppen og på det politiske niveau i Aalborg Kommune. Disse kilder har været værdifulde, fordi de har indeholdt en del

faktiske oplysninger, men også fordi de har givet et supplerende indtryk af relationerne mellem parterne til supplement af interviewdata.

I øvrigt har vi søgt i dansk og international litteratur om kræftrehabilitering og kronikerområdet. Et udvalg over den fundne litteratur findes i bilag 2. Denne litteratur har vi anvendt som baggrundslitteratur for rapporten

1.4 Datagenerering: Deltagerinterviews

Det stod tidligt i processen klart, at en stor del af evalueringen måtte baseres på interviewdata. Det skyldes ikke mindst, at aktørers roller på den ene side baseres på aktørernes opfattelser af sig selv og andre, og på den anden side også må omfatte andres opfattelser af aktørens rolle. Når det drejer sig om de sociale relationer, ligger det i sagens natur, at de både med hensyn til indhold og karakter i høj grad præges af aktørernes gensidige holdninger og forventninger. Vi må også forvente, at roller og sociale relationer vil præge aktørernes handlinger i forhold til andre aktører og i forhold til patienterne. Dermed er de også med til at afgøre hvilke ydelser, der kommer ud af rehabiliteringsforløbene for patienterne. Vi har da også i materialet fundet en hel del eksempler på, at holdninger, forventninger og bestemte opfattelser er blevet omsat til handling eller har betydet, at der ikke kunne handles.

Da både roller og sociale relationer ændrer sig over tid, har vi lagt vægt på, at få belyst udviklingen i roller og relationer i løbet af projektperioden. Interviewdata har også givet os mulighed for at afdække mere grundlæggende fænomener som f.eks. betydningen af fagprofessionelle kulturer og traditioner og institutioner, og vi har i et vist omfang peget på dem, hvor de har været relevante som forklaring på adfærd og holdninger.

Med den vægt vi tillægger opfattelserne og holdningerne hos de involverede parter, har vi i denne rapport gjort en del ud af at lade respondenterne "tale" og derfor har vi også citeret ret udførligt. Sigtet med denne metodik er at vise de forskellige fagpersoners forskellige sprogbrug, holdninger og synsvinkler og dermed også give et indtryk af de bagvedliggende kulturer, styresystemer og tankesæt, som både er med til at fremme samarbejdet, men som også kan begrunde de konflikter, der forekommer.

Vi har udvalgt respondenterne, så de tilsammen både dækker styregruppen og de, der til daglig har kontakt med patienter/borgere. Vi har repræsentanter for alle relevante aktører i styregruppen, for lederne og for temamedlemmerne. Vi kunne have ønsket en mere omfattende repræsentation fra Aalborg Sygehus, hvilket kunne have givet et mere dybtgående indtryk af, hvorfor det ikke lykkedes at få orienteret patienterne så tidligt, som det var forudsat i projektbeskrivelsen, og vi ville også gerne have haft et interview med begge repræsentanter for praksislægerne i styregruppen, men det lykkedes ikke, ligesom vi måtte undvære en af forløbskoordinatorerne. Alle vi har spurgt, har deltaget, hvis de kunne, og ingen har meldt fra, fordi de ikke ønskede at deltage.

Vi er helt opmærksomme på, at validiteten af interviewudtalelser er afgørende for den vægt, der kan lægges på udsagnene. Vi har søgt at sikre validiteten på flere måder. For det første har vi, hvor det er muligt, indhentet udsagn fra en bred kreds af respondenter omfattende en række styregruppemedlemmer, der har haft indsigt i projektets historie og udvikling, og som samtidig har bidraget hertil. Samtidig har vi imidlertid lagt vægt på at få respondenter, der kan belyse, hvordan hverdagen og de faglige rutiner udspiller sig. Det betyder, at vi anvender en kombination af evaluering Top-Down, repræsenteret ved styregruppemedlemmerne og Bottom-Up, repræsenteret ved medlemmerne af teamet, hvilket alt andet lige vil forbedre validiteten. For det andet har vi, hvor det er muligt, sammenlignet interviewdata med de skriftlige kilder eller med interviewudtalelser fra andre omhandlende de samme forhold, hvilket ligeledes bidrager til validiteten. Endelig har en god del af interviewene været gennemført som gruppeinterviews med to eller flere deltagere, hvilket giver mulighed for, at modstridende opfattelser og nuanceringer kommer frem direkte i interviewet, men selvfølgelig også risiko for, at afvigende opfattelser og synspunkter ikke udtrykkes eller nedtones. Vores vurdering af interviewdata er, at de gennemgående har høj validitet.

Reliabiliteten, dvs. spørgsmålet om hvorvidt vi ville få de samme data, hvis undersøgelsen blev gentaget af andre forskere, har vi ikke mulighed for at kontrollere direkte, men vi har anvendt en fælles spørgeguide for at sikre, at alle respondenterne fik lejlighed til at svare på de samme typer af spørgsmål. Vi har desuden været to eller tre tilstede ved næsten alle interviews med en af os som hovedinterviewer og de øvrige i en rolle som stillende supplerende spørgsmål, hvis der var noget, som trængte til at blive uddybet, eller var overset af den primære interviewer.

Alle interviews er blevet optaget og udskrevet i tilnærmelsesvis fuld udstrækning, idet vi dog har transformeret talesprog til skriftligt sprog. Vi har sendt interviewudskrifter til alle interviewede og anmodet dem om at tilkendegive, hvis der var udtalelser, som de ikke ville citeres for. Vi har desuden givet mulighed for at uddybe eller korrigere faktuelle forhold.

Anvendelsen af citater er vores ansvar, og vi bruger dem dels som dokumentation for en række faktiske forhold, men primært for at vise hvilke holdninger og opfattelser om organisatoriske forhold, som respondenterne har. Vi har derfor udvalgt citater, der efter vores vurdering særlig godt udtrykker den opfattelse eller mening, som respondenterne giver udtryk for i interviewet som helhed.

Vi har i en række tilfælde omskrevet citaterne fra mundtligt til skriftligt sprog, så de bliver mere læsevenlige, men vi har ikke ændret i meningsindholdet. Ikke alt er medtaget i citaterne, idet der er mange indfald og indskudte sætninger, som ikke tilføjer yderligere mening, men snarere forvirrer. Det er markeret med prikker i selve citatet.

KAPITEL 2: AKTØRERNE OG DERES ROLLER I PROJEKTET

2.1 Sundhedscentret: Teammedlemmernes rolle

Indledning

Ifølge projektbeskrivelsen, har kræftrehabiliteringsteamet i Sundhedscenter Aalborg haft til opgave at varetage og koordinere viften af tilbud til borgeren, samt administrere borgerens sygedagpengesag. Teamet består af en diætist, to fysioterapeuter, tre socialrådgivere, og to forløbskoordinatorer. Desuden har en psykolog, senere en socialrådgiver, fra Kræftens Bekæmpelse været knyttet til teamet. I det følgende afsnit vurderes de involverede professionelles funktion og rolle i teamet, herunder udviklingen af deres roller i løbet af projektperioden. I forlængelse heraf diskuteres udviklingen i teamet som helhed og især de professionelles indbyrdes relationer med vægt på det tværfaglige samarbejde.

Forløbskoordinatorernes rolle

Ifølge udkastene til forløbsbeskrivelse fra Sundhed og Bæredygtig Udvikling (SBU), var det hensigten, at forløbskoordinatorerne, umiddelbart efter at borgeren havde fået stillet diagnosen, skulle kontakte borgeren, med henblik på at introducere borgeren til rehabiliteringstilbuddet i Sundhedscenter Aalborg. Sygehusafdelingerne var i den forbindelse ansvarlige for at forløbskoordinatoren kunne kontakte den enkelte borger allerede ved diagnosetidspunkt. Øvrige instanser som egen læge, hjemmesygeplejersker, visitatorer, ansatte ved Kræftens Bekæmpelse, socialrådgivere, havde også mulighed for at henvise borgeren til projektet. Borgeren kunne i øvrigt selv kontakte teamet. Herefter var det intentionen, at forløbskoordinatoren skulle foretage en indledende individuel samtale med borgeren med henblik på at afklare behovet for og prioritering af rehabiliteringstilbud. Samtalen kunne dreje sig om fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle problemstillinger. Samtalen kunne foregå enten på sygehuset, i borgerens hjem eller på Sundhedscenteret. På baggrund heraf skulle forløbskoordinatoren udarbejde en handleplan i form af en rehabiliteringsplan, som man under forløbet skulle følge op på. Intentionen var, ifølge forløbsbeskrivelserne, at forløbskoordinatoren skulle være borgerens kontaktperson i rehabiliteringsforløbet. Udarbejdelsen af rehabiliteringsplanen skulle ifølge forløbsbeskrivelserne foregå i et samarbejde mellem borgeren, socialrådgiverne, forløbskoordinatorerne og evt. borgerens egen læge efter behov. Socialrådgiverne skulle desuden, i forbindelse med opfølgning af borgerens sygedagpengesag, udfærdige en opfølgningsplan, hvor omtalte rehabiliteringsplan skulle indgå.

Derudover skulle forløbskoordinatoren arrangerer forskellige tema- og undervisningsseancer i sundhedscenteret. Sluttelig skulle forløbskoordinatorerne have bevillingskompetencen i forhold til genoptræning og vedligeholdelsestilbud uden for projektets tilbud efter Serviceloven og Sundhedslovens bestemmelser (§ 140 og § 86).

Forløbskoordinatorens funktion var således primært eksternt rettet, da det forventedes, at forløbskoordinatorerne ville få en stor kontaktflade til sygehusets afdelinger og borgerne omkring diagnostidspunktet, samt ville få en stor kontaktflade til de forskellige involverede parter, som borgeren skulle i kontakt med under sit rehabiliteringsforløb.

Forløbskoordinatorrollen i praksis

I det første halve år af projektperioden forsøgte forløbskoordinatorerne på forskellige måder at skabe et tæt samarbejde med sygehusets afdelinger. De besøgte afdelingerne, hvor de informerede plejepersonalet om tilbuddet, og forsøgte at etablere træffetid på afdelingerne. I praksis er der imidlertid ikke opnået noget nært samarbejde mellem afdelingerne og forløbskoordinatorerne. Sygehusets afdelinger har kun i ganske få tilfælde henvist borgerne til rehabiliteringstilbuddet, og ifølge forløbskoordinatorerne giver plejepersonalet udtryk for, at kræftpatienterne ikke kan rumme information om et kræftrehabiliteringstilbud kort tid efter, at de har fået stillet en kræftdiagnose. Plejepersonalet giver, ifølge forløbskoordinatoren, endvidere udtryk for, at de ikke kan huske, at netop Aalborg Kommunes borgere, i den erhvervsaktive alder fra 18 til 60 år, skal tilbydes kræftrehabilitering. Forløbskoordinatoren vurderer, at sygehuset i praksis ikke har engageret sig meget i at udbrede kendskabet til kræftrehabiliteringstilbuddet, selv om indtrykket er, at borgerne gerne vil orienteres om tilbuddet tidligere i forløbet, end tilfældet er i dag.

FK: Jo jo, når vi er der, så synes de, at det er vældigt tilbud, og de kan da også godt se flere af deres patienter komme til os, og være potentielle kunder her, var jeg ved at sige. Men alligevel sker der ikke så meget.....Der er rigtig mange, der siger, jamen det er nok for tidligt... Og det er ikke det, borgerne siger. Det er jo derfor, vi bliver ved med at skubbe på...

På spørgsmålet ”Fik du tilbuddet på det rigtige tidspunkt i forhold til dine behov?” i en brugerundersøgelse foretaget af SBU, svarer 73 pct. af borgerne ”Ja”, 27 pct. svarer ”nej, for sent”, mens 0 pct. af borgerne svarer ”nej, for tidligt”, hvilket indikerer, at der ikke er overensstemmelse mellem sygehuset syn og borgernes syn på, hvornår tilbuddet bør gives. Forløbskoordinatorernes indtryk, at borgerne er interesseret i at få tilbuddet tidligere, end sygehuset forventer, ser ud til at

bliver således understøttet af patienternes svar. Men alligevel er forløbskoordinatorernes forventede store rolle i forbindelse med den tidlige opsporing og kontakt med sygehusets afdelinger ikke blevet realiseret.

I praksis er forløbskoordinatorernes primære funktion i stedet blevet, at koordinere borgernes kontakt til de professionelle i teamet. I og med at de professionelle parter, der primært involveres i borgerens rehabiliteringsforløb, fysisk er placeret samme sted, får forløbskoordinatorernes funktion naturligt nok mere karakter af intern koordinering i teamet.

FK: ... men vi har flere gange talt om, at den rolle som vi egentlig troede vi skulle have som forløbskoordinatorer, den var måske mere udadtil. Netop til sygehuset, til kommunen osv. Hvor det mere er blevet ind ad til nu, i teamet, og det der med at modtage borgerne til første samtale. Så det er måske noget af det vi har måttet se på og sige nå, jamen, det er måske heller ikke sådan, det bliver. At så er det teamet, vi skal agere som koordinatore mellem, altså fra borgere til de forskellige tilbud.

Efter den første samtale, som forløbskoordinatoren har med borgeren, kontaktes relevante fagprofessionelle i teamet for vejledning/undersøgelsesdato/træningstidspunkter, som meddeles borgeren efterfølgende. Forløbskoordinatorerne udarbejder en handleplan i form af en rehabiliteringsplan, der under forløbet følges op på. Ved opstart på et rehabiliteringsforløb orienterer forløbskoordinatoren den praktiserende læge herom. Løbende i rehabiliteringsforløbet justeres rehabiliteringsplanen efter individuelle samtaler, der indimellem afholdes sammen med de fagprofessionelle i teamet. Herudover arrangerer og koordinerer forløbskoordinatoren forskellige tema- og undervisningsseancer i sundhedscenteret. Borgernes kontakt til de professionelle i teamet koordineres således primært af forløbskoordinatorerne i teamet. Det ser ud til, at der mere er tale om en rolle som kontaktperson og en intern koordineringsfunktion end en forløbskoordinatorfunktion i forhold til de eksterne parter. Forløbskoordinatoren udtaler fx:

FK: ...ikke fordi man gerne vil have, at folk har brug for en, men når nu man sidder i jobbet, jamen så synes jeg det er rart at vide, at folk bruger en til det, de nu synes kan komme op. Og at de ve,d hvem de skal ringe til. Og der er faktisk rigtig mange der sige: "Ih hvor var det dejligt at vide, hvem man skal ringe til, hvis man står med et eller andet problem"..... Og nogle andre de siger –"Jeg har egentlig haft brug for at snakke med en, men bare ikke orket det". Og så er det, jeg har ringet til dem og hørt, hvordan går det - skal vi lige snakkes sammen, når I nu kommer til træning på tirsdag. Så der er egentlig mange forskellige sådan grene af det. Selv om de egentlig kan have brug for en, så er der nogen som ikke rigtig får det gjort...

I forløbsbeskrivelserne er det intentionen, at sygehuset henviser borgeren til tilbuddet, hvorefter borgeren kontaktes af forløbskoordinatorene. I praksis er det dog oftest socialrådgiverne i teamet, der får den første kontakt til borgeren. Det sker i forbindelse med den første samtale vedrørende borgerens sygedagpengesag, der finder sted senest 8 uger efter sygemeldingen. I praksis har socialrådgiverne således ofte den faktiske ”indledende” samtale med borgeren, da de i første samtale med borgeren ”vender” deres sociale, fysiske og psykiske velbefindende, med henblik på at vurdere borgerens situation i forhold til borgerens tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Forløbskoordinatoren giver udtryk for, at deres funktion ”forplumres” af, at det i realiteten i de fleste tilfælde er socialrådgiverne, der har de første samtaler med borgeren:

FK:... vores job som forløbskoordinator, det blev sådan lidt forplumret af at det netop er socialrådgiverne der får fat i dem først. Dvs. at de egentlig har kendt dem nogle gange et stykke tid, inden vi kommer ind i billedet. Og så bliver det sådan en lidt bagvendt indgang. Jamen det betyder måske ikke noget, men det bliver for os svært at finde ud af. Jamen hvor er vores pladser så henne?

Socialrådgiverne vurderer ligefrem, at forløbskoordinatorernes funktion mere eller mindre sættes ud af kraft især i de tilfælde, hvor borgeren kommer sent ind i tilbuddet:

SR: Så er der jo nogle, der vælger senere i forløbet at sige ja tak, og der har vi jo haft rigtig mange samtaler med dem, og så er det altså ikke logisk, at man lige pludselig skal til at koble en forløbskoordinator på. De er der jo, men de får aldrig nogen reel funktion, fordi hvis man ellers har en god kontakt, så er det jo den person man har knyttet sig til, og så begynder man jo ikke lige pludseligt at gøre alt muligt andet.

Problematikken ligger i, at den samtale forløbskoordinatoren holder med borgeren i stor udstrækning indeholder, hvad borgeren oftest allerede har talt med socialrådgiveren om:

FK: Vi synes vi stod og trådte hinanden i hælene og snakkede om de samme ting, og det var jo ikke det, vi skulle jo arbejde sammen som team og om borgeren, fordi de skulle jo ikke sidde og gentage deres sag for vores skyld.

Nuanceforskellen ligger i, at socialrådgiverne fokuserer på borgerens tilbagevenden til arbejdet i de første samtaler. Men i og med at arbejdet ifølge forløbskoordinatoren, ikke fylder meget for den sygemeldte i starten, fokuseres der i samtalerne med socialrådgiverne også på, hvad borgeren kan gøre for at styrke sig selv, hvilket kan være sammenfaldende med samtalerne omkring rehabiliteringsplanen.

Opsummerende retter forløbskoordinatorernes funktion sig i dag mest mod den interne koordination af tilbud til borgeren samt samtaler herom med borgeren. Den mere eksternt rettede funktion mod teamets samarbejdspartnere har tilsyneladende kun været udøvet i begrænset omfang.

Forløbskoordinatorernes rolle har derfor undervejs igennem projektet fået en anden og mere uklar karakter, idet opgaveområdet synes at være sammenfaldende med dele af socialrådgivernes område.

Socialrådgivernes rolle

I forløbsbeskrivelserne beskrives socialrådgivernes primære funktion som varetagelse af myndighedsopgaven i forhold til en kræftpatients sygedagpengesag. Det være sig fx indhentelse af oplysningsskema, opfølgningssamtaler, indhentning af lægeligt materiale og kontakt med virksomheder. I forbindelse med sygedagpengesagen skulle socialrådgiverne udarbejde en opfølgningsplan, hvor, som før nævnt, forløbskoordinatorernes rehabiliteringsplan skulle inkorporeres.

I forløbsbeskrivelsen gøres der opmærksom på, at projektet som et væsentligt formål havde at udvikle og afprøve metoder og indsatser, der bl.a. kunne kvalitetssikre rehabiliteringsindsatsen i forhold til borgerens tilbagevenden til arbejdsmarkedet. For at indfri dette formål lagde man vægt på, at socialrådgiverne skulle bidrage til at afprøve nye metoder under hensynstagen til deres myndighedsfunktion. Det være sig fx deltagelse i "Livssamtale værksted" eller "Familielivssamtaler" hvor arbejde, børn, familie, parforhold, seksualitet, venner, angst/frygt og især psykiske påvirkninger og forhold kunne tages op.

Herudover pointeres det i forløbsbeskrivelserne, at socialrådgiverne ville få ekstraopgaver, der vedrører opbygning og koordinering af samarbejde med de andre faggrupper i teamet. Ydermere skulle socialrådgiveren varetage alle de opgaver, der havde med arbejdsfastholdelse at gøre; opgaver der sædvanligvis varetages af rene jobkonsulenter i et jobcenter. Endelig var der lagt op til, at socialrådgiverne skulle varetage undervisning i form af at lave oplæg til temadage for kræfttramte.

Socialrådgiverrollen i praksis

I store træk varetager socialrådgiverne de opgaver, der fremgår af forløbsbeskrivelserne.

Socialrådgivernes funktion i teamet går ud på at varetage myndighedsopgaven i forhold til den enkelte kræftpatients sygedagepengesag. Endvidere består deres funktion også i at påse, at de betingelser for udbetaling, der yderligere skal være opfyldt, er til stede. I forbindelse hermed laver socialrådgiverne en opfølgningsplan, der indeholder en samlet vurdering af borgerens situation og

behov på længere sigt. Opfølgingsplanen har bl.a. det formål at synliggøre hvilke foranstaltninger, der skal iværksættes for at bringe den sygemeldte tilbage på arbejdsmarkedet. I forbindelse med den samlede vurdering har socialrådgiverne en samtale med borgeren om helbred, arbejdsmarkedstilknytning, den syges egen vurdering af arbejdsevne og sociale forhold der kan have betydning for den syges situation (familieforhold, psykologisk situation m.m.)

I praksis orienteres og henvises borgerne til projektet ved mødet omkring udarbejdelsen af denne opfølgingsplan. De fleste sygemeldte stifter således bekendtskab med projektet ved deres første kontakt til socialrådgiverne, og derved kommer rådgivernes arbejde til at overlappe forløbskoordinatorernes, selv om de grundlæggende vurderer, at deres funktion er veldefineret qua deres myndighedsfunktion. Dette fænomen bliver mere udtalt efter ændringer i lovgivningen pr. oktober 2009, som indebærer, at der skal føres personlige samtaler med alle, hvis de ikke er delvist i arbejde eller er forhindret pga. sygdom.

SR: Rollen er måske sådan lidt flosset i kanterne synes jeg måske. Den lever sig sådan lidt ind med forløbskoordinatorerne, fordi vi snakker meget om, hvem der har den primære kontakt i forhold til den her person, så det er jo ikke klart og tydeligt, at det er forløbskoordinatorerne, der er primærpersoner igennem alle forløbene. Det er det ikke.

Dog understøtter de to faggruppers arbejde også hinanden.

SR: Nej, nærmere omvendt vil jeg sige, fordi det forløbskoordinatorerne skriver indgår i det, vi laver. Altså, fordi vi bruger dem jo, hvis en af koordinatorerne har snakket med én af dem, for uanset om de følger op, så skal vi jo også følge op..... så kan jeg bruge den opfølgning til at skrive ind i sygedagpengejournalen, så på den måde bruger vi det jo.

SR: Det er mit indtryk, at arbejdsdelingen fremstår tydeligt nok for borgerne og at det ikke er et misk-mask for dem

SR: Også fordi koordinatorerne er gode til at sige, at når det er noget med arbejde, så skal vi have fat i socialrådgiveren, så der er de gode til at koble os på

Som nævnt i forløbsbeskrivelsen har socialrådgiverne også til opgave at varetage alle opgaver med arbejdsfastholdelse bl.a i form af ”rundbordssamtaler” mellem borgeren, socialrådgiveren og arbejdspladsen. Intentionen er at støtte borgeren og skabe rammer for klare og realistiske aftaler om tilbagevenden med arbejdsgiveren men også at give arbejdsgiveren og kollegaerne indsigt i pågældendes kræftforløb. I den nye lovgivning bliver det ifølge socialrådgiverne mere legitimt at tage kontakt til arbejdspladsen:

SR: Jeg synes jo at det er en fordel, at det lovgivningsmæssigt bliver mere legitimt at man ringer til arbejdspladsen og siger: Prøv lige at hør her, vi skal lige have snakket. Det synes jeg er en fordel for alle der har et arbejde og er sygemeldte er det klart et skridt fremad.

I dag er det mest almindeligt, at borgerne selv har kontakten til arbejdspladsen ifølge socialrådgiverne, men det er altid et tilbud, at socialrådgiverne tager med, hvis det ønskes.

SR:... altså folk de har jo primært selv kontakten til arbejdspladsen, og langt de fleste vil også gerne selv have den. Det er sådan et eller andet med, at man ikke vil have en barnepige med sig, og der kan man sige, at der rådgiver vi dem jo i at have kontakten og i at lave aftalerne, men hele tiden lader vi det været et tilbud til dem om at komme ud på en arbejdsplads. Det kan også være for at fortælle arbejdsgiveren noget om, hvordan det er at få en medarbejder, der har kræft og skal vende tilbage.

I praksis klarer de fleste tilsyneladende selv kontakten til arbejdspladsen, og der er ikke så mange af de såkaldte rundbordssamtaler med deltagelse af socialrådgiverne. I stedet giver yder de primært rådgivning om, hvorledes den enkelte kan håndtere forholdet til arbejdspladsen.

Som tidligere nævnt overlapper socialrådgiverne og forløbskoordinatorernes roller i nogle tilfælde hinanden, men socialrådgiverne giver også udtryk for, at der er tilfælde, hvor deres og forløbskoordinatorernes funktioner bliver koordineret uformelt:

SR: Ja, jeg vil sige, at f.eks. hvis vi tager sådan et meget typisk brystkræft tilfælde, som går seks ugers kemobehandling med tre ugers mellemrum og efterfølgende de der 24-30 strålebehandlinger, for langt de fleste af dem, de magter ikke at arbejde, der er nogle enkelte der gør, men man sige i den periode, der spiller vi ikke så stor en rolle og vi... det tror jeg vi alle sammen kan sige, der trækker vi os lidt ud og siger, at hér er det så forløbskoordinatoren, der har den primære rolle og følger dem gennem den her behandling, og når vi så begynder at nærme os dér, hvor vi begynder at tænke på arbejde, bare sådan i det små, så begynder vi at komme i spil,..... Men vi vurderer hvert enkelt tilfælde, altså hvor er de henne, og hvor langt er de fra arbejde osv. Sådan at vi forsøger at skabe noget logik i det.

Samlet set ser det ud til, at socialrådgiverne og forløbskoordinatorernes funktion har tendens til at overlappe hinanden i opstarten og afslutningen af rehabiliteringstilbuddet. Blandt andet foretager forløbskoordinatorer og socialrådgivere tilsyneladende temmelig ensartede samtaler med borgerne i opstartsfasen, dog med udgangspunkt i hvert sit formål. Socialrådgiverne taler med borgeren med henblik på at foretage en samlet vurdering af borgerens situation i forhold til at komme tilbage på arbejdsmarkedet. Forløbskoordinatoren taler med borgeren ud fra den begrundelse, at foretage en samlet vurdering i forhold til at koordinere det særlige rehabiliteringstilbud til borgeren.

Derimod er der tale om større arbejdsdeling i perioder med intensiv behandling, hvor en borger kan være for svag til at have tilknytning til arbejdsmarkedet. Her ”overlader” socialrådgiverne i store træk kontakten med borgerne til forløbskoordinatorerne. I disse situationer foregår der dog en uformel koordination mellem parterne.

I tilfælde hvor borgeren raskmeldes og genoptager arbejdet fuldt ud, kan borgeren stadig være tilknyttet tilbuddet gennem rehabiliteringsplanen og dermed forløbskoordinatorerne. I tilfælde hvor borgeren ikke har brug for teamets rehabiliteringstilbud længere, men stadig ikke er raskmeldt, vil borgeren derimod være knyttet til socialrådgiveren via sygedagpengesagen i en lang periode og i disse tilfælde, er de to funktioner klart adskilte.

Udvidelse af socialrådgivernes opgaveområde

Som nævnt i ovenstående blev der i forløbsbeskrivelserne lagt op til, at socialrådgiverne skulle varetage opgaver, der rakte udover myndighedsfunktionen og omfatte "livssamtaler" og "familiesamtaler", undervisningsseancer, samt teamaktiviteter, samt ugentlige møder med de andre faggrupper i teamet. Det har også været den udvikling, som er sket i praksis, men balancen mellem myndighedsopgaven og de øvrige opgaver har ikke været helt let at administrere og har også ændret sig undervejs.

Psykologen fra Kræftens Bekæmpelse gav i den første periode af projektet teamet supervision i bl.a. teamsamarbejde og sagsbehandling, og det ser ud til at have påvirket socialrådgivernes engagement i metodeudviklingen af projektet. Teamet har ifølge socialrådgiverne udviklet en fælles "filosofi", der handler om at få bragt livet og håbet ind i de samtaler, medarbejderne i teamet har med borgerne, således borgerne får en "tilbage til livet" gnist. Socialrådgiverne har taget ideen om denne filosofi og de tilhørende livssamtaler/familiesamtaler til sig med stor interesse, og giver udtryk for, at de har haft en tæt kontakt til psykologen, hvilket på både det faglige og personlige plan har været betydningsfuldt og vigtigt for dem. Ifølge socialrådgiverne har forløbskoordinatorerne derimod mere eller mindre trukket sig fra at beskæftige sig med livssamtaler.

SR: Ja, man kan jo sige, at de der samtaler breder sig ud i kraft af vores supervision, fordi det er jo hele tiden den måde, vi bliver superviseret på, og hvordan får vi lige bragt livet og håbet ind i alle samtaler ...

Myndighedsfunktionen udgør stadig grundlaget for socialrådgivernes tilstedeværelse i teamet, men over tid har de fået et mere kritisk syn på denne del af deres arbejde. Flere socialrådgivere beskriver myndighedsfunktionen som forstyrrende og tidskrævende i forhold til de opgaver, der supplerer myndighedsfunktionen, men kan godt se, at den udøves fornuftigt i forhold til borgerne. Alligevel

tænkes der i en socialrådgiverfunktion uden myndighedsfunktion, med livssamtaler og med en mere udadgående funktion i forhold til arbejdspladserne:

SR: ...Den har sin fordel den myndighedsfunktion. Blandt andet, at folk ikke kommer på kommunen, nogle spørger: "Behøver jeg så ikke at snakke med kommunen?" Og den er jo lige her, men de oplever det ikke som kommunalt. Men jeg synes, den er forstyrrende, og jeg synes vi bruger rigtig meget tid på den, men vi har snakket om, at det kan være en idé, at vi fungerede mere som på projekterne [i jobcentret], vi har samtalerne og går med ud på arbejdspladserne, fordi der synes jeg, at vi har en stor funktion og snakke med arbejdsgiveren og den sygemeldte i forhold til det med at vende tilbage, men at vi ikke har selv myndighedsdelen, og så må det jo være noget med at skrive notater, det ved jeg ikke rent praktisk.

SR: Jeg vil dele det op sådan, at jeg tror borgerne er glade for, at vi har myndighedsdelen, men set i forhold til et teamsamarbejde og holde ud til i bund og grund at være her på sigt.... så tror jeg, at det ville være en god ide ikke at have myndighedsdelen.

Forløbskoordinatoren siger, om det at have socialrådgivere placeret i sundhedscentret:

FK: Det jeg kan sige, det er, at socialrådgiverne får en meget større indsigt i, hvad det vil sige at være kræftpatient, og kan bruge de regler, der er i videst mulig forstand, sådan så de kan hjælpe borgeren tilbage på den måde de bedst kan til deres arbejde. Eller hvad det nu bliver til... .. Det er i hvert fald det jeg kan høre på borgerne, at det, synes de, er rart. At der sidder en rådgiver her som ved, hvad det er jeg har brug for, og at jeg ikke bare skal på arbejde med det samme. Og det kan man jo godt forstå. Sidder de ude på jobcenteret, så sidder de måske hver især med fem kræftpatienter og fem af noget andet og fem af noget tredje.

Der er i projektforløbet sket en udvikling i socialrådgivernes funktion og rolle, gående fra primært fokus på myndighedsopgaven, til også at have stort engagement og fokus på livssamtaler, familiesamtaler og samarbejde med arbejdspladser. I forbindelse hermed er teamet blevet udvidet med en ekstra socialrådgiver, så socialrådgiverne har fået bedre kapacitet til både at varetage myndighedsfunktionen, samt de ovenfor nævnte opgaver.

Socialrådgivernes opfattelse af forløbskoordinatorfunktionen

Socialrådgiverne har i de fleste tilfælde haft den første kontakt med borgeren, og dermed varetager de i realiteten en god del af den primære funktion forløbskoordinatorerne var tiltænkt. I forlængelse heraf vurderer socialrådgiverne, at forløbskoordinatorfunktionen er blevet mere eller mindre overflødig:

SR: Nu er det faktisk os, der oftest har den primære rolle, og os der tænker, hvad er det nu vi skal bruge de her forløbskoordinatorer til? For vi har jo egentlig kontakten, og vi er jo vant til at koordinere og alt det der, så bliver de sådan et ekstra appendiks, hvor man sådan ligesom hvor man sidder og skal fortælle, at man også er forløbskoordinator og vi tænker, hvordan er det nu lige man

sælger den, fordi der er også salgsarbejde i at forstå, hvad man skal med den her ekstraperson, som ikke kan byde ind med kostvejledning eller træning, men hvor de ligesom er lidt mere abstrakte.

SR: Altså, vi trækker os med vilje, fordi det er det vi har fået besked på, også fordi vi skal kunne se det logiske ud fra et ressourcemæssigt perspektiv.

Socialrådgiverne nævner på den anden side, at forløbskoordinatorerne varetager koordinerende opgaver, der understøtter samarbejdet i teamet, - opgaver som ingen andre faggrupper varetager:

SR: Altså, jeg vil sige, at inde hos mig, har der nogle gange været brug for nogle hjælpemidler og noget, så kontakter de visitatorerne ude i bevillingsenhederne, og sådan en opgave er jeg da glad for at slippe for, men internt i projektet er det en opgave, som vi godt kunne varetage alene.

SR: Altså, de holder trådene sammen tænker jeg også.

SR: De har en finger med på pulsen i alle de tilbud, som de nu er med i.

SR: Jamen det er f.eks. planlægning af vores undervisningsforløb og det er jo dem, der planlægger dem og står for dem og er her og har haft gang i noget netværksgruppe.

Diætistens rolle

Ifølge forløbsbeskrivelserne var intentionen med at have en klinisk diætist i teamet at hjælpe den enkelte borger med at finde frem til en acceptabel næringsrig kost, der kunne styrke den enkeltes restitution og sætte fokus på kostens betydning. Både som forebyggelse af væggtab og som restitution efter behandling. Dette skulle ske ved hjælp af individuelle kostplaner og kostvejledning.

Diætistens rolle i praksis

I praksis har den kliniske diætist, der er på halv tid i teamet, den funktion at vejlede, men også undervise borgere i kost, hvilket gøres gennem individuelle samtaler eller via undervisning på hold. Der udarbejdes ikke nogen kostplan. Borgerne henvises af forløbskoordinatoren til diætisten, hvis forløbskoordinatoren i samråd med borgeren vurderer, at borgeren har behov herfor. Undervisning i kost er således en udvidelse af diætistens oprindelige tiltænkte funktion.

Diætisten giver udtryk for, at borgere i et kræftrehabiliteringsforløb er en svær "kategori" at undervise i, fordi borgere med kræft ofte har brug for individuel kostvejledning afhængig af, hvor de har kræft henne og hvilken behandling, de gennemgår.

Diætistens funktion i teamet har ikke udviklet sig væsentligt over tid. Hele perioden har diætisten, som ovenfor nævnt, foretaget individuelle vejledninger samt udøvet holdundervisning, men ikke udformet kostplaner. Dog skal det nævnes, at der er sket en udvikling i samarbejdet med fysioterapeuterne. Fx har der været afholdt en undervisningsseance, der hed ”Mad og motion”, hvor både diætisten, men også fysioterapeuterne, har undervist. Det ser således ud til, at fysioterapeuterne og diætisten har fundet nye måder at samarbejde på i løbet af projektet.

Fysioterapeuternes rolle

Ifølge forløbsbeskrivelserne var fysioterapeuternes funktion i teamet at tilbyde deltagere i rehabiliteringsforløbet fysisk træning, sideløbende med efterbehandlingen og efter endt behandling. Træningen skulle foregå på hold efter forudgående undersøgelse ved fysioterapeuten. Denne forudgående undersøgelse skulle ifølge forløbsbeskrivelsen afdække borgerens funktions- og træningsniveau, borgerens ønsker og behov samt mål for rehabilitering. Der kunne også blive tale om kortere individuelle forløb, hvis borgeren havde et særligt behov eller problemer.

Fysioterapeuternes rolle i praksis

I praksis består fysioterapeuternes funktion i teamet i at stå for den fysiske træning, hvilket primært foregår på hold, men også i enkelte tilfælde individuelt. Indledningsvist har fysioterapeuterne en samtale med borgeren, hvor vedkommendes aktuelle funktionsniveau undersøges.

F: ...det vi gør, det er at vi spørger ind til borgerens aktuelle funktion og funktionsniveau. Eventuelle smerter, problemer andre steder i bevægeapparatet. Hvad de har trænet og gjort tidligere, og hvad de kunne forestille sig at træne nu. Hvad deres problemer de er her og nu. Og det viser sig meget tit, at det er noget ret generelt med nedsat kondition og nedsat muskelstyrke, bredt pga. inaktiviteter og sygdom som sådan.

Fysioterapeuterne udøver således den praksis, der er lagt op til i forløbsbeskrivelserne og vurderer samtidig, at deres funktion er betydningsfuld i teamet:

F: Altså, jeg vurderer at den vigtigste rolle i det her projekt, det er fysioterapeuternes. Fordi det er det alle borgerne de efterlyser. Og det er det der rykker. Det var meget firkantet sagt. Det er vigtigt.

F: Det er ikke uvæsentligt. Nej, det er det bestemt ikke.

Fysioterapeuterne giver udtryk for, at der i forbindelse med holdtræningen er tid til, at borgerne kan erfaringsudveksle med hinanden. Fysioterapeuterne er således opmærksomme på at give rum til den mere psykiske del af rehabiliteringen.

F: Men jeg synes heller ikke kun, at vi er fikseret på træning. Det er også, hvordan det er at være på holdet. Altså, at der er tid til at snakke, og at de kan erfaringsudveksle med hinanden.

Jeg synes vi giver tid og rum til den mere sådan psykiske del af det også. Det er ikke kun fysisk, at vi fokuserer.

Fysioterapeutens funktion ikke har ændret sig meget over tid, men er dog blevet tilpasset den særlige målgruppe, så der f.eks. bliver tid til samtale. Det skal nævnes, at der er tidligt i forløbet blev ansat en fysioterapeut, så de to fysioterapeuter kunne sparre med hinanden om den konkrete fysioterapi. Derudover har fysioterapeuterne involveret sig i undervisning om træningsaktiviteter, samt udvidet deres træningsfaciliteter til også at omfatte bassintræning samt afspænding. De to ansatte har delt den fysioterapi-stilling som teamet besad og samarbejder nu med andre teams i Sundhedscenteret, således at de begge besidder fuldtidsstillinger. De er således koblet på kræftteamet, men også på det borgerrettede team og KOL-teamet.

F: Så skulle vi så være halvt i kræftteamet og halvt i et andet team begge to. Og altså en del af begrundelsen for at vi skulle være to, det var at jeg efterlyste meget en sparringspartner det første år, fordi jeg synes det er svært at sidde alene som fysioterapeut i teamet her.Men vi har haft dårlig tid til at sparre med hinanden pga. de omstændigheder vi arbejder under.

Den delte opgave giver anledning til følgende kommentar fra forløbskoordinatoren:

F: Nu har vi en fysioterapeutstilling, hvor de har en halv stilling hver, og det giver nogle problemer synes jeg, at vi kan se. For det første at skulle involvere sig i to team, og det giver flere møder, og de har egentlig travlt i forvejen.

Kræftens Bekæmpelse og psykologens rolle i projektet

I projektbeskrivelse/forløbsbeskrivelserne er patientforeningen Kræftens Bekæmpelse (KB) tænkt at skulle indgå i projektet på to måder. For det første skulle KB konkret indgå i teamet med en kvart psykolog, der skulle yde borgere med kræft og deres pårørende individuel psykologisk rådgivning, herunder føre samtaler, der benævnes som ”afklarende samtaler”, ”livssamtaler og familiesamtaler” For det andet skulle rådgivere fra kræftrådgivningen i Aalborg tilbyde både individuelle og familiesamtaler til borgere med kræft og pårørende. Udover at have en medarbejder til at indgå i teamet har Kræftens Bekæmpelse som patientforening også en anden funktion i forhold til projektet, idet Kræftens Bekæmpelses kræftrådgivning i Aalborg også har tilbudt borgere med kræft rådgivning og støtte uden for projektets regi.

Kræftens Bekæmpelse rolle i praksis

I praksis har der udspillet sig et lidt andet scenarium end tiltænkt i projektbeskrivelse/forløbsbeskrivelse. I projektperioden har Kræftens Bekæmpelse haft en psykolog og siden hen en socialrådgiver til at indgå i kræftrehabiliteringsteamet i sundhedscenteret. I en periode anvendte teamet den kvarte psykologstilling til supervision af teamet en gang om måneden. Ifølge lederen af sundhedscenteret omhandlede supervisionsmøderne i starten det tværfaglige arbejde i teamet. Senere blev supervisionsmøderne også anvendt på sager i teamet. Den individuelle psykologiske rådgivning til borgere med kræft af en psykolog fra Kræftens Bekæmpelse har således kun i begrænset omfang været en realitet i projektperioden. Efter ansættelsen af socialrådgiveren fra Kræftens Bekæmpelse, har KB overvejende haft den funktion at udøve livssamtaler og familiesamtaler sammen med de to socialrådgivere fra teamet/ beskæftigelsesforvaltningen. I sidste del af projektperioden har der således ikke i nævneværdigt omfang været tilknyttet nogen professionel psykolog til teamet til at varetage individuel psykologisk rådgivning af borgere, der indgår i projektet.

I interviewet beskrives filosofien og rollen for psykologen således:

PS: Jeg synes altså mennesker skal tilbage til livet, ikke nødvendigvis arbejdsmarked, som det jo er i Aalborg specifikt. Men det er jo, det at have fokus på livet, frem for de der mere skræmmende ting, som det er når man får en kræftdiagnose. Det er mere sådan med fokus på noget som kan blomstre, frem for det negative.

Den opfattelse har især vundet genklang hos socialrådgiverne, som har meldt sig til den nye rolle, hvor der er vægt på at komme bort fra patientrollen og at gøre borgerne til: ”de mennesker de er igen”, som det formuleres af psykologen. Psykologen mener også, at teamets og især socialrådgivernes involvering i livssamtaler med borgerne netop har givet dem viden om og indblik i kræftområdets forskellige problematikker, bl.a. i forhold til tilbagevenden til arbejdsmarkedet:

PS: De var de første der meldte ind, da vi havde supervision. Vi vil gerne lære den måde at arbejde på. De var de eneste to der sagde: ”Vi vil gerne lære at se mennesket og supplere med det vi også kan, så vi ikke bare er dem der sidder. Vi vil rigtig gerne. Og de er dybt interesseret.

PS: Ja, og den der nænsomhed i forhold til ikke at sende dem for tidligt ud så de får et skridt frem og tre tilbage. Den der forståelse af, hvad det vil sige at have senfølger og træthed, alle de der ting, samtidig med de har kontinuitet, de har også en anden type samtaler. Nu har vi jo så lært de to socialrådgivere op i den måde, vi arbejder på med livssamtaler og familielivssamtaler, og det er så de to, der har været særlig interesseret i det. Så det der samarbejde vi har haft i forhold til at tage ud på arbejdspladsen, hvordan man kan forestille sig at de skal ud igen når jeg har haft samtaler med dem. Det synes jeg har været særlig godt.

Ja, så ville jeg ønske jeg kunne sige tværfaglighed, men den synes jeg ikke, vi har udnyttet optimalt.

*PS: Jeg tænker nok sådan mere ned på individplan og, ... et ønske om at bryde nogle fordomme omkring kræft. Kræft sker ikke kun for naboen. Det sker for dig og mig...
...Jeg synes det der med at kunne få lov at rive kontorerne ned og arbejde med de der mennesker, give dem noget magt tilbage i deres liv. Præge den tankegang, den filosofi derude, i måden at tænke om de her mennesker på. Væk med klientliggørelsen og patientliggørelsen, det er der rigeligt med,... Men at gøre dem til de mennesker, de er igen... Altså, fokus på deres livsværk, det de var stolte af i deres liv. Måske deres arbejdsplads.*

Et interessant aspekt omkring KB og psykologens rolle er endvidere, hvorvidt der i psykologens og teamets fokus på ”tilbage til livet” og ”frem med mennesket” også er et fokus på borgerens tilbagevenden til arbejdsmarkedet og arbejdsfastholdelse, idet projektet jo har en dobbelt modsætning med både at komme tilbage til livet og tilbage på arbejdsmarkedet. Psykologen giver udtryk for, at der ikke er en modsætning mellem ”livet” og ”arbejdslivet”, og at det i mange tilfælde betyder meget for borgeren at fastholde kontakten til arbejdsmarkedet:

PS: Nej, det er der ikke for mig. Fordi jeg tænker de mennesker oftest, størstedelen vil egentlig gerne tilbage i et vist omfang til arbejdslivet også, og der er en stor del af deres identitet også... Og det kan godt være det er i 8 timer om ugen, men bare det at få lov til at være der. Selvfølgelig er der nogle få der ikke kan af forskellige årsager, men størstedelen vil faktisk gerne tilbage til arbejdsmarkedet, og det skal de hjælpes til og støttes til, og det tror vi på du kan, vel vidende, at du aldrig bliver den samme, når du har været truet på livet, så er du et andet menneske, når du skal ud. Og du er bange, og du er bange for tilbagefald osv. osv. Det er det, vi er der for. Så kan vi være krykker og støtter undervejs og så til sidst, så kan mennesket faktisk selv.

Der er således et helhedsorienteret fokus på borgeren fra psykologens side af, hvor fokus på arbejdslivet er en naturlig og integreret del.

Opsummering om Kræftens Bekæmpelse

Det er tydeligt, at Kræftens Bekæmpelse, og nærmere bestemt psykologen i teamet, har været med til at forme, hvorledes teamsamarbejdet omkring borgerne ideelt kunne se ud og har haft indflydelse på graden af tværfaglig udvikling. Man kan formulere det på den måde, at KB har anset det for vigtigt, at chancen for at arbejde på tværs af organisationer, sektorer og faggruppe blev udnyttet til fulde og at de har via supervision satset på, at denne ideale fordring slår igennem i teamet. Deres synspunkter har især haft genklang hos socialrådgiverne, men også i et vist omfang hos de øvrige i teamet.

2.2 Sundhedscentret: Teamet som helhed

Indledning

Kræftrehabiliteringsteamet kan betragtes som en specifik struktureret enhed, et team, bestående af personer med forskellig faglig baggrund, som i fællesskab er engageret i at løse de problemer, som borgere med kræft har i forhold til rehabilitering. At arbejde sammen i et team, er dog ikke nødvendigvis det samme som at samarbejde tværfagligt. I udgangspunktet er der, via samlingen af involverede på et bestemt fysisk sted, skabt en arena for samarbejde. Hvis der opstår tværfagligt samarbejde, kan det bevæge sig mellem to yderpunkter. I det ene yderpunkt kan tværfagligt samarbejde beskrives som en gradvis udvikling mod opløsning af faglige skillelinjer, således at det tværfaglige samarbejde udvikles til et samarbejde mellem fagpersoner, som efterhånden besidder stort set samme viden og erfaring, - en *fusion af fagligheder*. I det andet yderpunkt kan tværfagligt samarbejde beskrives som en mere distanceret arbejdsform, hvor de enkelte fagpersoner arbejder relativt selvstændigt inden for hvert deres fagområde og hvor samarbejdet er reduceret til informationsudveksling og koordinering på tværs. Denne form for tværfaglighed kan kaldes *flerfaglighed*.

I projektbeskrivelsen er det beskrevet hvilke fagpersoner, der skal indgå i teamet samt hvilken funktion, de er tiltænkt. Der er dog ikke reflekteret yderligere over, hvordan teamet skal samarbejde, og der har således ikke fra begyndelsen været en bestemt ambition om hvilken type af tværfagligt samarbejde, der skulle tilstræbes i løbet af projektet. Det har derfor i betydeligt omfang været op til den daglige praksis i teamet at udvikle det tværfaglige element.

Tværfagligheden i praksis

I forhold til ovenstående beskrivelser af teammedlemmernes funktioner og roller i teamet, ser det ud til, at teamet som helhed mest er præget af flerfagligt samarbejde, hvor de enkelte fagpersoner arbejder relativt selvstændigt inden for hver deres fagområde, og hvor samarbejdet i teamet i praksis er præget af gensidig informationsudveksling og praktisk koordinering. I enkelte tilfælde er der dog også tale om, at enkeltfagligheden udvides, så fagpersoner udvider og supplerer deres oprindelige faglighed. Dette vil blive uddybet i nedenstående.

I praksis udfører fysioterapeuterne, diætisten og socialrådgiverne deres fagspecifikke arbejde, mens forløbskoordinatorerne fremstår som det led, der koordinerer indsatsen i forhold til borgeren jf.

forløbskoordinatorens rolle. Der afholdes regelmæssige møder mellem parterne i teamet, hvor der selvfølgelig er lejlighed til at drøfte arbejds måder og –traditioner samt konkrete sager, men ud fra respondenternes udsagn om status for tværfagligheden, kan der være behov for en mere systematisk indsats, hvor tværfagligheden og dens udvikling var i centrum. Det billede, vi har fået, er således, at man i betydelig udstrækning arbejder med hver sin faglighed. Som forklaring gives der udtryk for, at teammedlemmerne har en travl hverdag, hvor det er svært at få tid til at have uformelle møder, hvor man kan erfaringsudveksle og dele viden:

SR: *Nej, det er en udfordring at skulle lære at arbejde tværfagligt, vil jeg sige. Altså, det er svært at finde ud af, hvad tværfaglighed egentlig er, og man kan sige, at det har taget os lang tid, og det er noget, som vi stadigvæk arbejder på, hvordan er det man deler viden, og hvordan er det man får alting til at spille sammen.*

FK: *Altså, det jeg har set som vigtigt for mig, det er jo at teamet også kan samarbejde omkring borgeren, ikke også. Og at vi har tiden til det. Men vi har faktisk rigtig travlt alle sammen, og nogle gange så kniber det faktisk med koordinationen. At få tid til og snakke sammen med fysioterapeuterne, som jo træner, og som faktisk ser borgerne mere end vi gør. Og deres indtryk af hvordan går det. Fordi hvor tit kontakter vi, det er selvfølgelig meget individuelt alt efter hvordan folk har det og så videre, men det er lige så vigtigt også at få tilbagemeldinger fra fysioterapeuter og diætisten.*

Specielt socialrådgiverne har svært ved at nå og deltage i teamets aktiviteter og få delt deres viden med andre, hvilket betyder, at de oplever mindre faglig udvikling end ønsket.

FK: *Det kan vi godt gøre til tider... Ja, rådgiverne sidder med flere end der egentlig er i projektet..... Så for dem så er der rigtig mange borgere. Og nogle gange så kan det være rigtig svært det der med at få koordineret og snakket om den enkelte borger. Men vi prøver da. Det bliver sådan meget med at rende inde hos hinanden, fordi det der med de store møder, det kan være lidt svært at samle.*

SR: *Ja, altså jeg synes måske nok lidt at vi er i fasen, hvor der ikke er så meget mere udvikling i det, og det er ikke fordi der ikke er behov for det, men vi har travlt og jeg synes, og jeg synes at vi arbejder sådan lidt hver for sig i øjeblikket, altså faggruppevis.*

At socialrådgiverne ikke kan finde tid til at deltage i det tværfaglige samarbejde begrundes blandt andet i, at deres myndighedsfunktion tager pusten fra dem, og at det som følge heraf i perioder er svært at få mulighed for og overskud til at deltage i teamets udvikling:

SR: *Jeg synes i hvert fald, at det, der er det afgørende og ulempen for os og det er nok primært os som faggruppe, det er at vi har myndighedsdelen. Den kommer til at være en ulempe for os på nogle punkter, men den kommer også til at være en ulempe for teamet generelt.*

SPM: *Prøv at sætte lidt flere ord på det...*

SR: *Jamen, det vil f.eks. sige, at inden [X] blev ansat og der forinden, hvor [X] blev ansat, som vi havde før [X], der havde [X] og jeg over 70 sager hver og det betød at håret stod ud til alle sider, og det var totalt stresset op, og vi kunne ikke byde ind med noget som helst i temaet, og hver gang der kom en arbejdsopgave sagde vi, at det kan vi ikke nå, fordi vi skal lave vores opfølgning.... Så på den måde, at vi hele tiden skal tage*

sager, uden at der er et loft på, hvor mange sager, så væltes vi i perioder, og det går ud over det samlede team. Altså, de kan mærke på os, når vi begynder at vælge

SR: Men det er også det I fortæller fra start af, fordi der var processen nemmere ved at opretholde det tværfaglige samarbejde, fordi der var ikke så mange sager, så tilgangen af sager gør det også, altså mere og mere besværligt at have det her tværfaglige samarbejde, fordi man så passer sin egen...

SR: Ja, og det er jo fuldstændig ufleksibelt, altså man kan jo ikke sige, at det gider vi ikke at lave.

Der kan dog også peges på, at der i projektperioden er sket en udvidelse af faglighederne i teamet, specielt hvad angår socialrådgivernes faglighed. Fx vurderer socialrådgiverne, at de får et dybere kendskab til kræftsygdomme, behandlingsformer og senfølger, hvilket betyder, at de stiller mere relevante og vedkommende spørgsmål i forbindelse med samtaler med borgeren. I forlængelse heraf vurderer de også, at der skabes en god balance i deres funktion mellem ”kontrol” og råd og vejledning, netop på grund af kendskabet til kræft:

SR: Altså, jeg synes egentligt, at det er da klart at styrken også er, at man udelukkende sidder med det her område. Det vil sige, at man kender meget mere til kræft og ikke bare kræft som et overordnet emne, men at man kender kræft ned i dens sygdomme og man kender noget til behandling og man kender noget til følger, bivirkninger og behandlinger osv. så det gør at når vi snakker med folk, så kan vi stille dem relevante spørgsmål og ikke bare spørgsmål fordi vi skal følge op med standardspørgsmål og måske også, tænker jeg, det der også er forskellen er også, at her kombinerer vi kontrol og råd og vejledning, som fylder rigtig meget, sammen med information og viden omkring området i én klump.

FK: Det jeg kan sige, det er, at socialrådgiverne får en meget større indsigt i, hvad det vil sige at være kræftpatient, og kan bruge de regler der er i videst mulig forstand, sådan så de kan hjælpe borgeren tilbage på den måde de bedst kan på til deres arbejde.

F: De har fået en erfaring, socialrådgiverne, med kræftborgerne, borgere med kræft, og kan advare folk imod at gå tilbage på fuld tid sådan lige fra dag et ikke. For det har vi oplevet et par gange borgere har gjort og så er gået ned med flaget psykisk. De er rigtig gode.

Dette kendskab til kræft fås gennem mødet med borgeren, men også gennem den løbende videns- og erfaringsudveksling med de andre fagpersoner i teamet:

SR: Ja, og så måske også det der med, at vi kender hinandens områder tænker jeg, for det betyder rigtig meget, tror jeg også. Det der med, at jeg har mine fornemmelser for, hvad diætisten giver rådgivning om og jeg ved lidt omkring, hvad fysioterapeuten vil sige, så på den måde kan jeg også blive mere alsidig, synes jeg og lidt mere indsigtsfuld og lidt mere... altså vi kan lidt bedre hjælpe folk, fordi vi ved hvad vi skal stille spørgsmål om.... På den måde har man noget indsigt, så man kan bare sådan skyde af fra hoften, kan man sige, fordi man har viden fra de andre faggrupper. Så det er en klar styrke, og den får vi ikke, hvis vi er spredte.

Man kan således argumentere for, at socialrådgiverfunktion i teamet har udvidet deres faglige område gennem socialrådgivernes interaktion med teammedlemmerne, hvilket tilsyneladende

har givet dem mere sikkerhed i deres eget arbejde. I teamet forefindes der også en form for flerfagligt samarbejde mellem fysioterapeuterne og diætisten, idet de holder fællesundervisning om ”Mad og motion”. Her er dog stadig tale om selvstændig faglig undervisning.

Psykologen fra KB, der har været stærkt med i skabelsen af den fælles filosofi i projektet har også set det tværfaglige som meget væsentligt i Aalborg projektet:

PS: Og så tænker jeg i det specifikke Aalborg projekt, altså jeg synes det var en enorm gave at få lov til at skulle udvikle sådan et tilbud i forhold til tværfagligheden, altså det at vi var et tværfagligt team og fik lov og brudt nogle af vores fagidentiteter ned. Og bruge tværfagligheden. Jeg synes det var en kæmpe mulighed. En vifte af ting i forhold til, at vi arbejder på de mennesker, der skal ud.

Opfattelsen deles af de øvrige teammedlemmer som også lægger vægt på helheden og den fælles filosofi:

D: Jeg synes stadigvæk det tværfaglige.....Altså at man hele tiden taler om det sammenhængende patientforløb og det tror jeg måske de mere oplever her end de oplever nogle andre steder... altså vi informere hinanden, de behøver ikke fortælle den sammen historie, hver eneste gang de møde en ny behandler.

F: Altså borgerne de har jo brug for både den fysiske del og den psykiske del og sociale del og fællesskabet. Altså, de har brug for hele pakken. Det hele menneske og fokus på livet.

SR: Ja, man kan jo sige, at de der samtaler breder sig ud i kraft af vores supervision fordi det er jo hele tiden den måde vi bliver superviseret på og hvordan får vi lige bragt livet og håbet ind i alle samtaler.

SR: Hvis man ser på målet, det overordnede mål, så skulle vi få folk hurtigere tilbage på arbejdsmarkedet, og det har vi næsten sagt gennem hele forløbet, at det tror vi ikke på er realistisk, at vi kan bringe folk hurtigere i arbejde, men vi kan bringe folk bedre tilbage på arbejdet, så vi kan måske undgå nogle senere sygemeldinger og vi kan undgå at folk starter op på 37 timer og bliver sygemeldt, fordi det klarede de så ikke, så hvis man skal måle vores indsats økonomisk set, så kan du ikke gøre det over to år, så skal du gøre det over mange år.

Men den arbejdsmæssige praksis, som har udviklet sig netop med hensyn til det tværfaglige, er Kræftens Bekæmpelse relativt kritiske over for og karakteriserer den, som præget af ”kontortænkning”, frem for en samling af teamets indsats overfor den enkelte borger med kræft og dennes familie.

PS: Og så synes jeg selvfølgelig hele den der unikke gave, det var at skulle arbejde tværfagligt.Den synes jeg også, den er også fløjet væk ud i luften. Hvor jeg forsøgte at sige: Kom ind og vær' et team på det. Og lad os være sammen om det her menneske. Det er ligesom så går man ind på sygedagpengekontoet, så kan man gå ind på et andet kontor... Jeg

har lige snakket med vores rådgiver i dag, der er derude nu. Hun siger det samme. Der bliver skrevet samtaler på til hende, og så kommer de ind til hende. Så er hun på sit kontor og har sine samtaler og så er de andre en gang imellem med. Så kunne man lige så godt ligge rundt om i kommunerne. Altså, hvor er den der rehabiliteringstanke ”menneske vi arbejder sammen om dig, og din familie” ...du skal videre på bedst mulig måde?

SPM: Sådan som jeg hører dig så beskriver du egentlig en arbejdsdelt organisering.

PS: Ja, og jeg synes den er blevet forstærket, altså vi forsøgte at holde noget teambuilding, vi forsøgte at lave noget, hvad er det vi gør og hvad vil det sige at være forløbskoordinator, skal de overhovedet være der, hvad er socialrådgiverrollen... og jeg har været med derude til et par super visioner, fordi jeg har, der er nogen af de komplicerede, dem har de så henvist en til mig....

SPM: Fordi det var nemlig det næste jeg vil spørge dig til - det var udvikling over tid?

PS: Jeg synes faktisk det er gået tilbage i forhold til den tanke. Ja selvfølgelig de har taget meget den til sig, hvor vi talte meget om det at lave en livsfilosofi. Altså, at have fokus på livet. Hvordan kan vi udvikle den tanke, og den synes jeg meget sådan de har. Og det kan jeg selvfølgelig med lidt stolthed sige whauw, det har de da taget til sig. Men det er inden for hver deres små kontorer.

SPM: Så hvad savner du?

PS: Jeg savner egentlig en... jeg savner hvem er vi her for? Hvad er fokus? Altså er det patientens tilbage til livet, livsfilosofien? Og hvordan arbejder vi sammen, de mennesker der har noget med det menneske at gøre?

En af bevæggrundene for at tværfagligheden, ifølge dette synspunkt, ikke synes at blomstre, vurderes ifølge psykologen at være, at teammedlemmerne ikke har tilstrækkelig erfaring med at arbejde med kræftramte, og derfor føler sig skræmte af at skulle gennemføre tætte samtaler. Men rent faktisk har flere af teammedlemmerne haft forudgående erfaring med kræftramte og har arbejdet med kræftpatienter.

PS: Jeg synes det har været katastrofe derude, at der ikke har været et eneste af de mennesker der har været ansat, der overhovedet har haft nogen form for erfaring inden for kræft. Så de er faktisk, rent faktisk og stadigvæk til dels bange for at tale med meget syge mennesker en gang imellem og derfor har de haft en psykologsamtale og en psykologsamtale og nu vores rådgiver... og jeg tænker, det er det de er ansat til, og det må de efterhånden blive oplært i og sige at det gør noget ved os som mennesker at tale med andre mennesker på samme alder eller måske, som har en livstruende diagnose. Det synes jeg er... Det er en undren over, hvor bliver det ønske om at lære det i hvert fald..

Den fysiske placeringens betydning

I praksis vurderer samtlige teammedlemmer, at det er en klar styrke, at teamet er fysisk samlet, ud fra to begrundelser, nemlig at samling af teamet er med til at opkvalificere teammedlemmernes faglighed, men også at samling af teamet giver borgerne en lettere tilgang til projektet:

FK: Så det, de synes også er rart her, det er, at man er et team og man er de samme mennesker, og de kan kigge ind til os når de er her til træning alligevel.

FK: så giver de udtryk for, borgerne, at det er rart at vi sidder her sammen og at ja, at deres sag er samlet et sted.

Det, at der er et fysisk sted ”kun” for borgere, der skal deltage i kræftrehabiliteringsprojektet, betyder også noget for borgerne:

SR: Ja, plus at for borgerne, så giver det også muligheden for at møde nogle andre kræftpatienter og skabe et netværk eller i hvert fald muligheden for at kunne tale om nogen om de samme problemstillinger, for rigtig mange af dem kan kun snakke med folk, som også har kræft.

SR: det er i hvert fald det, som borgerne siger, har betydning for dem, at de kommer et sted, hvor de møder ligestillede, og de har tilbuddet om noget genoptræning, og de oplever nogle forskellige tilbud også i stedet for, at man står selv og tænker, at jeg vil godt bruge mere genoptræning, end det jeg har fået på sygehuset, hvor skal jeg søge det henne, så at man har det samlet er rart er, hvad jeg hører borgerne sige, at de er glade for.

Ifølge projektbeskrivelsen er det af afgørende betydning for projektets gennemførelse, at projektmedarbejderne fysisk er placeret samme sted, ud fra den begrundelse at: ”patienterne får en ”nemmere” adgang og mere kvalificeret sagsbehandling, ligesom medarbejderne vil kunne koordinere og kvalificere den samlede indsats bedre.” I praksis synes den fysiske placering især at have betydet, at der sker en uformel informationsudveksling og koordinering mellem teammedlemmerne, hvilket ser ud til at have en positiv effekt på borgernes møde med tilbuddet samt en betydning for teammedarbejdernes kendskab til hinandens fagligheder.

Det hensigtsmæssige i teamets fysiske placering i Sundhedscenter Aalborg kan dog diskuteres ifølge flere teammedlemmer, men der er ikke enighed om fordele og ulemper:

FK: Jeg synes jo på den måde, at det er et hus, som er meget aktivt og som har syn på sundhedsfremme også. Så synes jeg på den måde hører det egentlig meget godt ind under, fordi det også er det, vi har. Vi har også lidt fokus på livet og sundhedsfremme i forhold til det. Og selv om borgeren føler, at det også er lidt trygt, at de også kommer i de her grupper med kræftpatienter, så tror jeg egentlig også, de føler, det er rart, at det er et levende hus, de kommer i. At der sker andre ting. Måske tror jeg også, at det er lidt lettere at komme her, hvis det er, at det hedder Sundhedscenter frem for at der stod kræftrehabilitering uden for.

Modsat plæderer socialrådgiverne for, at teamet flyttes sammen med Kræftens Bekæmpelse ud fra den betragtning, at de kræfttramte borgere vil have et fællesskab om at have været i det, som Kræftens Bekæmpelse kalder ”kræftland”. Samhørighedsfølelsen mellem socialrådgiverne og den tidligere ansatte psykolog og den nu ansatte socialrådgiver fra Kræftens Bekæmpelse, er blevet tættere gennem supervisionsmøderne, samt oplæring og deltagelse i livssamtalerne med borgerne. Socialrådgiverne kunne således godt se for sig, at teamet fysisk blev placeret sammen med

Kræftens Bekæmpelse, i stedet for på Sundhedscenter Aalborg. En bevæggrund herfor skal også findes i, at socialrådgiverne vurderer, at de borgere, der er en del af kræftrehabiliteringstilbuddet, dvs. de erhvervsaktive mellem 18 og 60 år, føler, at Sundhedscenteret er aldersagtigt ”med håndtag på væggene og lugten af surkål.” Endvidere vurderer socialrådgiverne, at sundhedscentret har et kapacitetsproblem. Det er således svært for fysioterapeuterne at finde et sent træningstidspunkt til borgere, der er påbegyndt arbejde, og det problem kan blive større, hvis antallet af borgere vokser.

Opsummering om udviklingen i teamet

Opsummerende kan det, med baggrund i respondenternes udtalelser, siges, at teamets medlemmer og psykologen fra Kræftens Bekæmpelse med supervisionsindsatsen har gjort et arbejde med at udvikle teamet som helhed, og det fremgår tydeligt, at psykologen har haft en betydelig indflydelse på teamets fælles forståelse af rehabilitering af borgere med kræft. Der er gennem supervisionsmøderne givet et bidrag til at skabe en ”teamånd”, - en fælles ”filosofi”, og der er således på det overordnede plan skabt en fælles forståelse/opfattelse af arbejdet med borgerne på tværs af teammedlemmerne. Uanset dette udfører de fleste teammedlemmer stadig deres traditionelle faglige funktion, dog med ”forståelsen” in mente.

Teamet er i praksis karakteriseret af, at selv om der har været en vis bevægelse i retning af øget tværfaglighed, så arbejder medlemmerne fortsat relativt selvstændigt inden for hver deres fagområde, og de intentioner, der måtte have været om udvikling af en høj grad af fælles faglighed er ikke eller i hvert fald kun delvist indfriet. Socialrådgiverne har både formelt og i praksis fået udvidet deres sædvanlige rolle som sygedagpengesagsbehandlere og trækker på viden fra de andre faggrupper, men deres muligheder for at udvikle rollen begrænses af tidspresset fra myndighedsfunktionen. De øvrige faggrupper arbejder i store træk, som de hele tiden har gjort, men har dog fået en vis udvidelse af deres arbejdsområder f.eks. gennem inddragelse i samtaler. Men det ser ikke ud til, at teamet som helhed gennemgår en udvikling mod gradvis opløsning af faglige skillelinjer, på trods af teammedlemmernes fysiske nærhed, der af alle vurderes som positiv. Den uformelle udveksling af viden og informationer fungerer i et vist omfang supplerende og sikrer en koordineret indsats og en vis tilnærmelse mellem grupperne, først og fremmest fordi de alle får en større viden om borgere med kræft.

2.3 Sygehuset og ideen om tidligt tilbud

Indledning

I forhold til projektet har Aalborg Sygehus, udover selve behandlingen og pleje af kræfttramte borgere, haft til opgave at fungere som det sted, hvor borgerne skulle have tilbuddet om at deltage i AAKs projekt. Det er en gennemgående vurdering, at denne tanke ikke, eller kun i meget begrænset omfang, er blevet realiseret i projektperioden, og denne vurdering deles også af repræsentanterne for sygehuset. I det følgende fremstilles først den rolle, som sygehuset var tiltænkt i projektet, dernæst den faktiske udvikling og nogle af de årsager til manglende succes, som respondenterne selv peger på, eller som kan identificeres i udtalelserne. Dernæst kommer synspunkter på, hvad der kunne ændre på situationen og herunder nogle af de tanker, aktørerne har om fremtiden, hvis projektet skal gøres permanent.

Sygehuset rolle ifølge forløbsbeskrivelsen

I projektansøgningen og forløbsbeskrivelserne er det et centralt led, at sygehusets rolle i projektet er at fungere som det sted, hvor borgerne skal orienteres om projektet og gerne påbegynde rehabiliteringen sideløbende med behandling og efterbehandling. I forløbsbeskrivelsen forudsættes det at: *”Umiddelbart efter at diagnosen er stillet, vil patienten blive kontaktet af en forløbskoordinator. Sygehusafdelingen er ansvarlig herfor”. ”Sygehuset tilstræber og er ansvarlig for at patienten bliver kontaktet af en forløbskoordinator umiddelbart efter at diagnosen er stillet. Borgeren får derfor udleveret pjece om tilbuddet på sygehuset, straks de har fået en kræftdiagnose. Indledningsvis har sygehuset sørget for borgerens accept af henvendelsen. Der kan også udleveres et postkort af sygehuset, hvorpå borgeren kan takke ja til at blive kontaktet af en forløbskoordinator”*. Det er altså forudsætningen, at sygehusafdelingerne skal sørge for at orientere borgerne om tilbuddet og kontakte en af forløbskoordinatorerne, der derefter skal stå for den første kontakt til borgerne. Men hvis borgerne udskrives fra sygehuset, kan de også henvises til rehabiliteringstilbuddet via en genoptræningsplan, idet der senest ved udskrivningstidspunktet skal være taget lægelig stilling til behovet for genoptræning. Som der står i forløbsbeskrivelsen *”Da der er klar evidens for nytten af fysisk træning af kræftpatienter bør mange patienter blive udskrevet med en genoptræningsplan”*. Det er ligeledes forudsat, at forløbskoordinatorerne derefter foretager samtaler med borgerne mhp at orientere om tilbuddet og at få fastlagt en rehabiliteringsplan. Disse samtaler forudsættes at foregå på sygehuset, i borgerens hjem eller på sundhedscentret.

Den tidlige opsporing på diagnosetidspunktet er ikke lykkedes.

Tallene for henvisninger taler deres eget sprog, idet 7% er henvist fra sygehuspersonale 18% via sygedagpengerådgiver, 44% via forløbskoordinator, hvor borgeren i de fleste tilfælde først har haft kontakt med en socialrådgiver, 0 fra den praktiserende læge og 18 % kommet ind i projektet via andre kanaler. Det betyder, at de fleste har fået tilbuddet efter opholdet på sygehuset.

Procentangivelserne er usikre, idet der kun er 45, der har besvaret skemaet i de tal, vi har haft adgang til, og vi ved ikke, hvor mange der har fået tilsendt skemaet.

Sygehusets rolle i det samlede projekt beskrives således af en sygehusrepræsentant:

***SH:** Vores rolle umiddelbart har været rimelig begrænset, vi skulle rekruttere, og det er jo så lykkedes i middelmådigt omfang*

Sygehuset er også blevet kritiseret i styregruppen for ikke at kunne løse opgaven, og det giver anledning til følgende reaktion fra et af medlemmerne:

***SH:** Og det har faktisk været et stort problem for os i styregruppen at få accept af det her sygehusvæsen .. At der ikke kunne komme flere patienter. Og det har næsten været sådan, at de syntes at vi ikke arbejdede for det, fordi vi ikke kunne fremtrylle flere patienter. Og det er bestemt ikke sådan. Men for det første har vi jo ikke kompetence over alle afdelinger til det. Vi kan kun udsprede viden.*

De øvrige respondenter er enige i hvordan resultatet er, men deler ikke nødvendigvis forklaringen.

En kommunal repræsentant udtrykker det således:

***SBU:** Det, sygehuset siger, er, at der kan være noget i pt'ens psykologi, men når vi ikke lige tror på den og hopper med på den, hænger det sammen med, at det faktisk er lykkedes i nogle af de andre kommunale projekter med en indsats på sygehuset. Og det har ikke haft de negative effekter, som sygehuset ellers siger, at det vil have, og vi er ikke blevet afkræftet i at det er en god ide.*

Og fra Kræftens Bekæmpelse lyder det således:

***KB:** Men du reelt spørger til, det er det tværsektorielle samarbejde i det. Hvordan vi får det fra hospitalet og hvordan Aalborg Kommunes borgere så kommer ud i projektet. Og der går for lang tid. Der går jo uger, ofte bliver de jo ikke fanget, før de skal have den første lovpligtige samtale. Hvor det er der, kommunen fanger dem....*

***KB:** Hvis der nu ikke var en sygedagpengesag... Hvor mange var der så kommet?*

***KB:** Ja, det er jo så det.*

***KB:** Det er det som er det uhyggelige synes jeg.*

***KB:** Og det kan vi jo undre os heroppe over at, altså jeg må jo sige, at jeg undrer mig over at man ikke på hospitalet kan se, at her har vi en, der bor i Aalborg Kommune, og så må I lige på en eller anden måde via forløbskoordinatoren, nogle af de folk der også er ansatte i projektet, kunne få en lidt bedre sammenhængskraft. Der er der i hvert fald potentiale i noget udvikling her.*

Fra selve teamet siger en af forløbskoordinatorerne:

***FK:** Sygehuset har også meget svært ved at komme i gang. Det er nogle enkelte afdelinger, som vi kan se, har mulighed for det, fordi de har korte indlæggelser på sygehusene i dag, og der er meget de skal igennem. Det er sådan det, jeg fornemmer. Så derfor, så synes de nogle gange, plejepersonalet, at det er for meget også at komme med det her tilbud. Og så synes de også det er svært, fordi det kun er Aalborg borgere, at de kan tilbyde det.*

Spørgsmålet om, hvad der ville være sket, hvis man ikke havde fået borgerne med ind i projektet via socialrådgiveren, er relevant, men kan ikke besvares ud fra materialet. Det ligger dog klart, at nogle borgere blandt de erhvervsaktive ikke får tilbuddet, f.eks. fordi de ikke sygemelder sig, og at andre erhvervsaktive mellem 18 og 60 heller ikke får det. Det gælder f.eks. gruppen af kontanthjælpsmodtagere, som ikke fanges op via en dagpengesag, selv om de har været erhvervsaktive før de blev kontanthjælpsmodtagere.

Socialrådgiverne i teamet, der fanger mange borgere via sygedagpengesagerne, observerer naturligvis også, at sygehuset ikke fungerer, som det var tiltænkt, og de peger yderligere på, at det har haft nogle følgevirkninger for teamet og arbejdsdelingen i teamet:

***SR:** Vi får dem ikke fra sygehuset, desværre, eller det er i hvert fald meget få, som vi får fra sygehuset, og det gør jo også noget ved rollen som rådgiver eller koordinator. Det er jo egentlig det, man havde håbet, at vi fik dem fra sygehuset, og så havde koordinatorerne allerede kontakten, og så lå der ligesom en anden rollefordeling i det.*

Alle aktører har næsten enslydende opfattelser af, hvordan ideen om tidlig henvisning via sygehuset har fungeret, og det svarer godt til de faktiske antal, der er blevet henvist via sygehuset. Der er noget større usikkerhed om i hvilket omfang, der faktisk bliver informeret fra sygehuspersonalets side.

Årsager til manglende henvisninger fra Sygehuset

En af de årsager, der nævnes af respondenterne fra sygehuset, er, at sygehusets interne organisering ikke er gearret til at behandle nogle borgere anderledes end andre.

***SH:** Noget af det som er vanskeligt er, at vi har skullet tilgodese et segment af patienterne. At medarbejderne har skullet kontrollere, om de var bosat i AAK, er de i erhvervsaktiv alder og kan de i det hele taget komme ind. Det er sådan noget, som vi på sygehuset ikke kan finde ud af. Så enkelt er det. Hvis vi skal gøre det ift. alle patienter så kan vi, men ellers går det meget nemt dårligt.*

***Sundhedscenterleder:** Jeg kan godt forstå det, men altså vi har jo så den anden praktiserende læge, er praksiskonsulent i forhold til onkologisk afdeling, og han arbejder så ligesom på, at den her del med rehabiliteringstilbud bliver et led i deres tjekliste. Og jeg tror simpelthen, at det er det, det skal være. Så kommer man omkring det, ellers så gør man måske ikke. De siger jo også på den kirurgiske afdeling, der siger de jo, at de har dem lynhurtigt, altså lige så snart man har fået den her diagnose, så bliver man jo sat til at skulle opereres, og så er man jo egentlig også lynhurtigt væk fra den afdeling. Så derfor kan det være, de heller ikke når det.*

Og så kan det være, at når de først kommer på onkologisk afdeling, så er de for længst samlet op af os.

Men det handler ikke alene om vanskeligheder med at få etableret og implementeret sikre rutiner, men også om holdninger og forskellige faglige synspunkter hos faggrupperne på sygehuset. Det ser således ud til, at sygehusets ansatte gennemgående vurderer, at diagnosetidspunktet ikke altid er det rigtige tidspunkt at give informationen på. Synspunktet afspejles i følgende dialog:

SPM: *Har I mødt synspunktet i sygehuset at man ikke kan byde en patient at få et så tidligt tilbud?*

SH: *Ja vi har hørt det fra starten og fra mange afdelinger at patienterne ikke kan forholde sig til det, når de f.eks. lige har fået fjernet et bryst. De bliver fyldt med så megen information, at de ikke kan forholde sig til det på det tidspunkt*

SPM: *Og faktisk skal man jo helt frem til diagnosetidspunktet iflg projektet ?*

SH: *Det var vi også noget uenige om fra starten af. Personligt mener jeg, at det nok var lige tidligt nok.*

SH: *Det har vi diskuteret, og der var da også noget, der mere end strittede på mig. Der er altså grænser for, hvad man kan forholde sig til, og det eneste der står i hovedet med en ny kræftdiagnose er at få den fjernet den kræft, og det at komme i arbejde det bliver en biting... Og man har måske ikke haft lyst til at udlevere den pjece. Der er så meget andet.*

Det spiller tilsyneladende også en rolle, at projektet er blevet defineret overvejende som et "plejeprojekt". Det er sygeplejersker, der har siddet i styregruppen, og det er også sygeplejersker, der har haft opgaven med at informere og vejlede borgerne som kontaktpersoner og forløbskoordinatorer, mens lægerne har spillet en mere tilbagetrukket rolle ifølge sygehusrepræsentanterne:

SH: *Jeg tænker lidt på, at selv om der er missioneret for projektet, så vil jeg sige, at vores lægegruppe har haft svært ved at forholde sig til det, og de har ikke rigtig herinde været på banen og promoveret det. Det er meget blevet noget sygeplejefagligt...lægenes faglige kompetence gør, at det er lidt mere værd, end hvis det er en sygeplejerske. Det er jeg overbevist om.*

Denne opfattelse understøttes af en praktiserende læge og sundhedscenterlederen, der har følgende synspunkter om visitering til tilbuddet:

Praksislæge: *Den læge, der udskriver dem, skal give dem informationen. Og sygeplejerskerne skal spørge, når de så går hjem, har du fået informationen, så de ved det altså der oppe fra. De skal ikke have det bagefter. De skal vide, at det er en del af behandlingen at blive rehabiliteret.*

Sundhedscenterleder: *Jamen, altså det er jo en vældig stor maskine kan man sige. Altså, at få udbredt kendskabet til vores tilbud. Jeg har jo forklaret, hvad vi har gjort. Det er jo et kæmpe arbejde, og alligevel er der stadigvæk filtre, fordi den enkelte sygeplejerske alligevel går rundt og vurderer, om hun synes at det er tilbud, hun egentlig tror kunne være noget. Altså, på den måde, så er det altså godt nok meget svært.*

Endelig peges der på fra flere af de sygehuseksterne, at der er mange forskellige afdelinger med forskellig praksis, og at der er lang vej fra at informere og til at sikre, at noget trænger igennem i den daglige praksis.

FK: *Jeg vil også sige, at det er meget forskelligt fra afdeling til afdeling. Vi har nogle afdelinger som ... det er ikke sikkert at de henviser nogen, men så informerer de i hvert fald om vores projekt, så når vi ringer og fortæller om projektet, så siger de, at det har jeg hørt om, så der er nogle af afdelingerne, xx afdeling blandt andet og yy afdeling, som fungerer bedre, eller hvor det tilsyneladende ikke virker så kaotisk, og der er lidt mere struktur på tingene og nogle er ansvarlige for pjecer, og på den måde er det lettere at komme igennem.*

KB: *Det finder vi så ud ad hen vejen, at mange af sygehusledelserne kender slet ikke til det her projekt. Det gør de forhåbentlig nu, men jeg synes det er svært, for jeg er overbevist om, at de par stykker, de har gjort, hvad de kunne. Men der er et eller andet med en kæmpe kolos på lerfodder, eller noget med informationer i sygehusverdenen, som er meget vanskelig at gennemskue. Men der er i hvert fald et eller andet der, som er gået galt. På en eller anden måde, for informationerne kommer ikke ud til dem, der skal levere, der skal have kontakten.*

FK: *Når vi er der, så synes de, at det er vældigt tilbud, og de kan da også godt se flere af deres patienter kunne være potentielle kunder her, var jeg ved at sige. Men alligevel sker der ikke så meget. Og alligevel siger de fra også derinde. Der er rigtig mange der siger, jamen det er nok for tidligt. Det er for tidligt på det tidspunkt at sige det til dem. Og det er ikke det borgerne siger. Det er jo derfor vi bliver ved med at skubbe på.*

Der peges også på ledelsen som en forklaring på det manglende gennemslag af de oprindelige intentioner om tidlig henvisning via sygehuset.

SR: *Jeg synes, at det er rent ledelsesmæssigt, at problemet er. Det er simpelthen det, at man skulle sige, at det er det, man vil på sygehuset, og så kanaliserer man det ud til medarbejderne. Det er der, den hænger. Vi ved også godt selv, hvordan det er at være medarbejder. Jeg synes ikke, at man kan hænge sin hat på medarbejderne.*

Billedet er dog ikke entydigt, idet nogle afdelinger roses for en klar ledelsesmæssig opbakning:

KB: *Jeg ved i hvert fald på xx afdeling, der gør de et kæmpe stykke arbejde med simpelthen at følge den samme person igen og igen..... overlægen deroppe, han siger faktisk at noget at det aller aller vigtigste for ham, det er at det er det samme menneske så vidt muligt, der følger patienten.*

Opsummering

Hvis man skal samle op på de årsager, som angives af respondenterne, peges der altså på følgende:

- Sygehusets struktur med mange specialiserede afdelinger, mange kontaktpersoner og koordinatore
- Professionskulturer med forskelle mellem læger og sygeplejersker
- Manglende rutinisering af patientinformationen
- Ledelsesopbakningen varierer

Det er ikke set med organisationsteoretiske briller overraskende, at et stort sygehus som Aalborg Sygehus, med en udbredt specialeopdelt struktur og med kræftpatienter fordelt på mange forskellige afdelinger, har svært ved hurtigt at finde en bestemt måde at håndtere projektet på. Der er store forskelle på forløbet for kræftpatienter, og der er temmelig forskellige prognoser for forskellige kræfttyper. Hver afdeling har sine egne erfaringer og traditioner og agerer derefter i betydeligt omfang. Hertil kommer, at en række patienter har kontakt med flere afdelinger og mange veksler mellem ambulante behandlinger og indlæggelser. Det er derfor ikke enkelt at finde en standardmodel, og der er da heller ikke udviklet en sådan i projektet. Man kan også, i betragtning af kræftområdets karakter med mange forskellige former og mange forskellige forløb, rejse spørgsmålet om, hvorvidt en standardmodel er hensigtsmæssig, eller om man snarere skulle udvikle forskellige modeller på de enkelte afdelinger.

Men det handler ikke alene om sygehusets struktur. Samstemmende peges der på, at sygehusansatte har haft en vis skepsis eller i hvert fald usikkerhed om, hvorvidt det er optimalt at give borgerne tilbuddet om rehabilitering så tidligt som på diagnosetidspunktet. Begrundelsen, er at patienterne ikke er klare til at modtage information om rehabilitering på dette tidspunkt, men de øvrige aktører anerkender ikke denne opfattelse, mener ikke der er noget fagligt belæg for det og henviser til, at det har kunnet lade sig gøre andre steder. Man kan konstatere, at de to synspunkter står over for hinanden, og at der ikke i projektperioden har været nogen registrerbar ændring i opfattelserne og heller ikke forsøg på systematisk at afprøve, om opfattelsen er korrekt. Det kunne man f.eks. have gjort ved at give nogle patienter informationen på eller lige efter diagnosetidspunktet og lade en kontrolgruppe få informationen i forbindelse med dagpengesagen. Brugerundersøgelsen kan ikke hverken be- eller afkræfte opfattelsen hos de sygehusansatte, men i spørgeskemaundersøgelsen er der ingen borgere, der angiver, at de har fået informationen for tidligt, hvorimod 27% angiver, at de mener at have fået informationen for sent.

De professionelle kulturer gør sig også gældende på flere måder. For det første kan man i flere udtalelser registrere, at sygehuslægenes opmærksomhed er koncentreret om patientbehandlingen og ikke i så høj grad om det samlede patientforløb. Det har efter udtalelserne at dømme ført til, at projektet er blevet et ”plejeprojekt”. Vi har ikke opgørelser over, hvor mange patienter, der i forbindelse med udskrivningen faktisk får udarbejdet en genoptræningsplan, men Kræftens

Bekæmpelse mener, at det er få, og at der er en sammenhæng med lægernes vægt på evidens. Hvis der ikke kan påvises en klar evidens for rehabilitering, er lægerne tilsyneladende tilbageholdende med at udarbejde genoptræningsplaner. Hvis det er rigtigt, at lægernes grundholdninger om evidens spiller ind, vil det sandsynligvis være vanskeligt at engagere dem yderligere i rehabiliteringsprojekter, medmindre der kan påvises en evidens for effekten af rehabilitering sammenlignet med ikke-intervention. For sygeplejerskernes vedkommende kan vi ikke identificere en tilsvarende skeptisk grundholdning til rehabiliteringsindsats, og der er ikke grundlag for at tro, at sygeplejerskerne ikke har bakket projektet op rent holdningsmæssigt (med undtagelser af spørgsmålet om det rette tidspunkt for information), eller at der ikke er gjort en stor indsats for at udbrede kendskabet til det. Den eneste skepsis, vi har kunnet spore i udtalelserne, går på, at det ikke er let at skulle forskelsbehandle patienter fra Aalborg kommune og patienter fra andre kommuner.

Derimod er der belæg for at sige, at den manglende fastlæggelse af rutiner om patientinformationen har været uheldig for projektets realisering. Oprindeligt var tanken, at informationen skulle give så tidligt som muligt, og at teamets forløbskoordinatorer skulle være aktive i at opsøge og informere patienterne. De har søgt at få træffetid på sygehuset, men det har ikke kunnet lade sig gøre, uden at det af vores materiale fremgår præcist hvorfor. Sygehusets repræsentanter argumenterer for, at det vil være svært at dække så mange afdelinger og at finde patienter, der ikke er indlagt, men det forklarer ikke, hvorfor man ikke har iværksat en forsøgsordning med henblik på at afprøve denne løsning.

Det er heller ikke lykkedes i alle afdelinger at få fastlagt andre rutiner, som sikrer, at alle patienter får informationen. Det kan betyde, at der er patienter, der falder igennem "nettet" og ikke bliver fanget via dagpengesagen. Det gælder for det første borgere, der raskmeldes, samt borgere der ikke eller kun i korte perioder er sygemeldte, og for det andet kontanthjælpsmodtagere. Konsekvensen har været, at der kun nogle steder findes faste rutiner, og en af sygehusrepræsentanterne siger meget klart, at sygehuset ikke kan finde ud af ikke-rutiniserede arbejdsopgaver, som ikke let kan kontrolleres fra ledelsens side. Her kan det spille ind, at der er tale om et projekt, hvor man muligvis ikke fra sygehusets side har villet ofre alt for mange ressourcer på at indføre faste rutiner, så længe man ikke ved, om der bliver tale om en permanent ordning.

Det sidste element er betydningen af ledelsesmæssig opbakning. Der er ikke tvivl om, at sygehuset som organisation har bakket op om projektet alene ved at deltage og udpege repræsentanter til styregruppen. Repræsentanterne i styregruppen har gjort et betydeligt arbejde for at informere og bakke op, men de erkender, at det kan være svært at trænge igennem i forhold til afdelingerne bl.a fordi de ikke har nogen kompetence i forhold til afdelingerne. Der er derfor stor afhængighed af de enkelte afdelingsleders opfattelser og holdninger. Repræsentanterne kan stort set alene informere, og det er sket via forskellige fora som forsamlingen af oversygeplejersker, via indsats fra forløbskoordinatorerne og ved skriftligt materiale. Der er tilsyneladende sket en forbedring, efter at der er blevet ansat forløbskoordinatorer på kræftområdet i tilknytning til kræftpakkerne, og her ser det ud til at opgaven er landet, så den ikke længere er et ansvar hos alle. Men om dette vil føre til flere tidlige henvisninger vides endnu ikke.

2.4 De praktiserende lægers rolle

Projektbeskrivelsens omtale af de praktiserende læger

De praktiserende lægers rolle ifølge forløbsbeskrivelsen indebærer en mulighed for, at de kan henvise til tilbuddet. De har også fået materiale om projektet og dets særlige indhold samt tilbud om orientering på Sundhedscenter Aalborg.

De bliver informeret, når en patient påbegynder rehabiliteringstilbuddet og de kan efter behov inddrages løbende og i de såkaldte 3 (4) partsamtaler, hvis formål det er at følge op på rehabiliteringsplanen og forberede patientens udslusning. Det nævnes, at disse samtaler kan foregå hos lægen. Lægelig rådgivning indhentes i forbindelse med risikofaktorer og fjernelse af angst som barriere i forhold til at kunne arbejde.

Det forudsættes i forløbsbeskrivelsen at ” *Der skal være et tæt samarbejde med den behandlende afdeling og egen læge, da rehabiliterings-indsatsen sker sideløbende med behandling og efterbehandling*”

De praktiserende lægers rolle ifølge respondenterne

Ser vi først på de to praktiserende lægers egen opfattelse af de praktiserende lægers rolle, er den for det første karakteriseret ved, at rollen opfattes som meget mindre omfattende, end der lægges op til i forløbsbeskrivelsen. På spørgsmålet om, hvorfor der gennem hele projektperioden kun er henvist to patienter via de praktiserende læger, svares der eksempelvis sådan:

L: Ja, sådan en entydig forklaring på det synes jeg ikke, at jeg kan pege på, men når man nu tænker på, hvordan vi så det derude, så er jeg ikke sikker på, at alle 120 læger i Aalborg vidste, hvordan det foregik... .. Selvom man nu laver et specielt forløb, eller hvad man nu vil kalde det omkring kræftrehabilitering, så er det dog stadigvæk den samme underliggende rådgivning som gælder, men det er nok også rigtigt, at kræftpatienter som sådan fylder mindre i vores hverdag både antalsmæssigt, men også i forhold til folk med sukkersyge eller...

L: Fordi når kræftdiagnosen er stillet, så hører vi ikke noget til patient før vi skriver dødsattesten, det er nu overdrevet. Altså før de ringer og siger de har brug for noget mere smertestillende og at teamet, altså onkologisk afdelings læge, af en eller anden årsag ikke har været til at få fat på. Men ellers så kører det fuldstændig uden om os. Det har jeg i princippet ikke noget imod, fordi patienterne ville jo ringe til mig, hvis de følte, at de havde behov for at tale med mig..... men de ringer jo aldrig til os alligevel..... De føler jo indirekte, at de har stor tillid til at kirurgen, der har fjernet den syge del af tarmen, også kan hjælpe dem fremover. De opfatter ikke os som eksperter eller noget som helst andet. Men de vil gerne have vi er orienteret om det, hvad de får af medicin og de vil gerne have, vi får orientering om det, men de vil jo aldrig ringe og spørge mig til råds om en speciel sygdom. De føler de vil have eksperthjælp.

Men det spiller også en rolle, at de praktiserende læger løbende modtager rigtig mange informationer om mange forskellige projekter og indsatser og nye tilbud, og i den sammenhæng er dette blot ét blandt mange andre, og tilmed er det sådan, at kræftpatienter antalsmæssigt ikke fylder meget hos de enkelte læge. En af de praktiserende vurderer således hvor mange kræftpatienter i målgruppen, han normalt vil få i en periode på halvandet år:

L: Så fylder de stadigvæk mindre fordi jeg vil kun have en patient eller måske to i den periode. Altså, så er det svært at opretholde rutine på sådan et felt når det er så sjælden en tilstand.

Samlet vurderer denne læge, at rollen kan karakteriseres således:

L: Rollen er lille i forhold til rehabiliteringen. Vi har det nok mere i forhold til den palliative indsats.

På spørgsmålet om muligheden for yderligere involvering af de praktiserende læger svares der således:

L: Ja, man må jo spørge patienterne, om de synes det var bedre, at de praktiserende læger var mere med i det, men jeg har ikke indtryk af, at der bliver tabt ret mange på gulvet, hvis de i forbindelse med genoptræningsplanen, eller udskrivelsen fra sygehuset gav dem besked om, at der var en mulighed for rehabilitering. Men vi får udskrivningskortene sent fra sygehuset, og hvis det så ikke er omtalt i udskrivningskortet, at der er rehabilitering eller mangel på samme, så kan vi jo ikke reagere på det. Jeg har svært ved at se, at den praktiserende læges rolle er særlig stor i den her sammenhæng fordi det bliver dækket så godt fra sygehusets side. Der er ingen grund til at involvere os også, fordi hvis patienterne føler behov for det, så vil de jo ringe, men det gør de ikke.

Ingen af de interviewede læger omtaler et løbende samarbejde eller 3(4) partsamtaler med sundhedscentret i tilknytning til rehabiliteringsforløb, men det kan skyldes, at ingen af dem selv omtaler patienter, som har været gennem tilbuddet.

Men det samlede indtryk er, at de praktiserende lægers rolle i relation til projektet er begrænset, og at de heller ikke har noget ønske om, at det skal ændres.

Denne opfattelse af de praktiserende lægers rolle bekræftes af de øvrige respondenter. Således fortæller lederen af sundhedscentret om relationen til de praktiserende læger:

Sundhedscenterleder: Ja, i styregruppen har der siddet min egen lægekonsulent. Og så har der siddet en til praktiserende læge. Og så har der i øvrigt også siddet nogen fra socialmedicinsk enhed. De var meget interesseret i... Socialrådgiverne benytter jo social medicinsk enhed som lægekonsulent, men ellers har vi jo ikke har meget samarbejde med de praktiserende læger sådan konkret i projektet. Fordi der er lagt op til at de tre parts samtaler indledningsvist med socialrådgiverne og forløbskoordinatorer og borgere. De kunne udvides til også at omfatte den praktiserende læge og blive fire-parts samtaler. Det har bare været. Det er ikke sådan at de har sagt nej til det, men det har heller ikke været relevant. Altså fordi de har slet ikke borgeren på det tidspunkt

Og socialrådgiverne giver udtryk for en lignende opfattelse:

SPM: Det er fint, vi springer videre til det næste. Hvordan vi I karakteriserer de praktiserende lægers rolle som samarbejdspart i det her projekt?

SR: De har været usynlige.

SR: De fleste borgere siger også jamen de har stort set ikke kontakt med deres egen læge.

SR: Nej, for når de er i behandling så er det ofte sygehuset.

SR: Altså, der bliver sendt besked til de praktiserende læger om, at de deltager i projektet, men det er sådan set også det.

2.5 Jobcenter og beskæftigelsesforvaltning

Projektbeskrivelsens omtale af jobcenterfunktioner

I projektbeskrivelsen er det en bærende idé, at jobcenterfunktionen og dermed varetagelsen af myndighedsopgaverne i forbindelse med sygedagpengesagen indgår som en integreret del af det samlede rehabiliteringstilbud. Det sker med udgangspunkt i en konstatering om at: ”der er tæt sammenhæng mellem rehabiliteringsindsats og mulighederne for arbejdsfastholdelse. Desuden er der tæt sammenhæng mellem fysisk aktivitet og kost og effekten af rehabiliteringen – og dermed mulighederne for arbejdsfastholdelse”. Det har derfor fra begyndelsen af projektet været væsentligt, at socialrådgiverne fra jobcentret har været fysisk placeret sammen med medlemmerne af rehabiliteringsteamet på Sundhedscentret. Socialrådgiverne har derved fået mulighed for at opnå et indgående kendskab til kræftpatienters særlige problemer i forhold til tilbagevenden til

arbejdsmarkedet, og sigtet med dette har været, at de herigennem skulle blive ” i stand til at give en individuel og målrettet støtte i forhold til arbejdsfastholdelse. I forbindelse med opfølgning af sygedagpengesagen, skal der udarbejdes en opfølgningsplan, og rehabiliteringsplanen vil være en del af denne”. Socialrådgiverne modtager alle patienter med kræftsygdomme bosiddende i Aalborg Kommune, hvis de falder inden for målgruppen, og fungerer således som det sted, hvor jobcentrets myndighedsopgaver i forhold til kræftframte i målgruppen håndteres. Socialrådgiverne modtager dagpengesagen fra socialområderne eller jobcentrene, hvorefter pjecebrev, pjece og postkort, oplysningsskemaer og/eller opfølgningsbrev sendes ud til borgeren. Alle instruktioner, der er lavet på pensionsområdet, dagpengeområdet mm. følges.

I forbindelse med opfølgning af sygedagpengesagen, skal der udarbejdes en opfølgningsplan, og rehabiliteringsplanen vil være en del af denne. Socialrådgiveren i teamet skal påse, at betingelserne for udbetaling af sygedagpenge er til stede, nemlig at modtageren kan betragtes som værende helt eller delvis uarbejdsdygtig pga. sygdom, deltager i foreskrevet behandling og ikke forhaler helbredelsen. Såfremt disse betingelser ikke er opfyldt, vil bortfald af dagpengene kunne ske. Den første opfølgning skal senest ske ved udløbet af 8 ugers sygdom. Der skal udarbejdes en opfølgningsplan - dvs. en plan for hvilke foranstaltninger, der skal iværksættes for at bringe den sygemeldte tilbage til arbejdsmarkedet. Hvis der ikke er tilstrækkeligt grundlag for en sådan plan på opfølgningstidspunktet, kan udarbejdelsen udskydes, dog ikke længere end 6 mdr. Denne opfølgningsplan indgår som en del af den samlede rehabiliteringsplan. Som grundlag for opfølgningsplanen spørges der ind til følgende:

- helbredsforhold, herunder sygdomsforløb og behandling.
- arbejdsmarkedsforhold, herunder profession, konkret arbejdsfunktion, nuværende ansættelseslængde, evt. arbejdsløshedsperioder, medlemskab af a-kasse
- den sygemeldtes egen opfattelse af, om hans arbejdsevne er truet ift. a-kasse / arbejde, sociale forhold, der i øvrigt kan have betydning for den sygemeldtes situation, fx børn, familie, parforhold, seksualitet, venner, angst/frygt og især psykiske påvirkninger og forhold.

Jobcentrets og beskæftigelsesforvaltningens rolle ifølge respondenterne

I det følgende beskrives hvilken rolle jobcenteret og beskæftigelsesforvaltningen har fået i projektet. Den omfatter ikke socialrådgivernes daglige rolle, der i stedet beskrives som en del af

rehabiliteringsteamet jf. afsnit 2.1. Denne fremgangsmåde er valgt for dels at respektere projektets ide om et samlet team inkluderende dagpengesagsbehandlere og samtidig vise, at socialrådgiverne også er ansatte tilknyttet et jobcenter (Jobcenter Centrum) og en beskæftigelsesforvaltning, der derved direkte og indirekte bliver aktør i projektet og dets udvikling.

Hvis man ser på projektet med beskæftigelsesforvaltningens og jobcentrets øjne, er det centrale i høj grad, hvordan man i kommunen skal forholde sig til den del af arbejdskraften, der udover at være ledig, også er syg. Det stiller nye krav til samarbejde internt i kommunen:

Jobcenterchef: *Der vil vi gerne have en dialog med Sundhed og Bæredygtig Udvikling, det vil vores politikere, om hvor kan de gøre mere i forhold til at få sat de nye rammer på dagsordenen. internt i Aalborg Kommune som arbejdsgiver, hvordan kan de bidrage til at gå ud og tænke kampagnevirksomhed i forhold til eksterne arbejdsgivere. Hvordan kan vi i højere grad samarbejde om at lave forebyggende initiativer i forhold til nogle udsatte grupper på ungeområdet, på integrationsområdet osv.*

Så på den måde så tænker jeg, at strukturreformen og også den måde, den er håndteret i Aalborg Kommune, der er der ikke tvivl om at der er blevet sat spot på nogle sammenhænge vi skal dyrke meget mere. Vi er slet ikke i land endnu, men der er heller ingen tvivl om, at det bredere opgavekompleks vi får, også er vanskeligt i en kommune af den størrelse..... Og der er også et element af, at vi er så stor en kommune nu, at vi nogle gange kommer til at søjleoptimere på en eller anden led. Og der er behov for at tænke i, hvordan får vi mere koncerntankegang ind i det her fra oven, som vi også formår at udmønte i nogle helheder i dagligdagen for vores brugere.

Projektet kan netop ses som et forsøg på at finde en helhedsorienteret indsats for målgruppens rehabilitering, men det er, set med beskæftigelsesforvaltningens øjne, ikke let at gå ind i den slags samarbejdsprojekter, og specielt kan styringen fra beskæftigelsesministeriet være en hæmsko:

Jobcenterchef: *Det er jo fuldstændig forrykt, hvad vi oplever af central styring på beskæftigelsesområdet. Jeg kommer lige fra et møde i forvaltningsledelsen hvor vi netop..... lavet sådan en oversigt over hvad har vi fået af ny lovgivning over de sidste par måneder, og vi kan producere et skema med 40 -50 punkter på ting og sager, vi bliver reguleret på. Og bliver styret ud i nogle detaljeniveauer, som er helt ekstreme. Det er en hæmsko i forhold til at kunne tænke helhedsorienterede løsninger.*

Men til trods for denne detailregulering var det således i god overensstemmelse med forvaltningens overordnede holdning at deltage i projektet:

Jobcenterchef: *Jamen som jeg husker det, så har vi møderækker og løbende kommunikation med Sundhed og Bæredygtig Udvikling, som også har øje på, at her er der måske nogle projektmidler, som der kan laves noget udvikling på. De tog bolden op til en drøftelse med Ældre- Handicap og os, Hasseris Have lå på det tidspunkt i Ældre Handicap. Og så er ideen så at sige vokset mellem de faglige ressourcepersoner, de har på det område. Og de har så i fællesskab skrevet på ideen. Da jeg kom ind over den, da synes jeg, det var en glimrende, og vi har så i takt med at der blev skrevet på projektbeskrivelse også få den vinkel med, at vi søgte det lokale beskæftigelsesråd om midler til at prøve at udvikle på det her.*

Denne pragmatiske holdning til forsøg og udvikling på området er karakteristisk for forvaltningens tilgang til sygedagpengeområdet i det hele taget. Forvaltningen har flere forskellige forsøg kørende, hvor man flytter socialrådgiverne ud på forskellige områder i tæt kontakt med de syge. På spørgsmålet om tankegangen fra kræftrehabiliteringen kunne overføres til andre faggrupper svares der:

Jobcenterchef: *Det kunne man godt. Vi har sådan set forsøgsvirksomhed kørende på andre område, hvor vi gør noget tilsvarende. Vi har i dag et tilbud for folk med ryg og nakkeproblemer på optræningscenter solsiden, hvor vi har flyttet en rådgiver med ud i det. Og det er sådan noget vi samlet set skal evaluere på. Vi har haft et forsøg kørende, det her aktiv-hurtigt-tilbage, hvor vi har flyttet rådgiverressourcerne med ud omkring det tilbud om aktivering, vi giver. På medarbejdersiden kunne jeg forestille mig, at de var meget positive overfor det. Og det er også det vi har oplevet i de andre tiltag, fordi man får en anden mulighed for at arbejde på tværs på en anden måde. Og får en mere umiddelbar sparring med hinanden..... Men jeg ved ikke om vi sådan tænker i, at det er et princip, som vi siger, vi har fundet og nu vil tilstræbe. Det tror jeg vil være fra gang til gang, man skal vurdere det i forhold til de ideer, der måtte komme op.*

På det mere konkrete plan er der ikke megen usikkerhed om jobcentrets opgave i forhold til projektet set med centerlederens øjne:

Jobcenterleder: *Jamen, altså vi skal udføre vores myndighedsopgaver. Det er jo nødvendigvis førstprioritet. Det kan jo ikke være anderledes, men altså, så synes jeg selvfølgelig, at opgaven ellers er at sørge for, at den sygemeldte får adgang til de tilbud og får en vejledning. Altså, de rådgivere, der kun arbejder med det her, de får jo også en ekspertise i at arbejde med det her, som er flot at have, så selvfølgelig er det også vores opgave at sørge for formidling til de andre ting, og at det fungerer osv. og at der bliver taget bedst muligt hånd om dem, men det er selvfølgelig klart at, hvis der skal prioriteres i, hvad der skal laves, så kan myndighedsopgaven jo ikke flyttes.*

Et af de forhold, som mange respondenter kommenterer på, er om kræft er noget særligt i relation til rehabilitering og jobcenterindsats. Men det er ikke indlysende set fra centerchefens stol, at kræftpatienter skal have en særlig behandling, fordi det kan fjerne fokus fra myndighedsopgaven:

Jobcenterchef: *Socialrådgiverne sidder i et hus med et fællesskab med folk der ved en frygtelig masse om det her område, og får en ekspertise og en viden om problemstillingerne som er, tænker jeg, meget vigtig i forhold til de svære sager, man sidder i. Bagsiden er, at de også sidder i et andet miljø, end de er vant til i den forstand, at de ikke sidder med folk, der arbejder med sygedagpengesager bredt ... Altså der er en fare for i alt fald at vi ikke kan holde det fokus på de sådan myndighedsmæssige opgaver som man vil kunne, hvis man sidder sammen med 15 eller 20 andre, der sidder med sygedagpengesager og deltager i den mødevirksomhed, som de gør.*

Samtidig spores der i beskæftigelsesforvaltningen også en særlig holdning til kræftramte borgere, som gør balancegangen mellem myndighedsopgave og øvrige opgaver særlig vigtig og følsom:

Jobcenterchef: *Det er jo lige nøjagtig tanken om, at det kan være fatalt i forhold til så mange andre sygdomsbilleder..... At her må vi have en særlig tilgang. Det tror jeg så også nogle gange kan være en fare i et projekt, som det her. At hvis ikke vi formår at balancere i forhold til det der med dels at have en rummelighed og en imødekommenhed, men også stille krav i forhold til det fokus, vi har med tilbagevenden til arbejde. Det kunne godt blive et problem for projektet, altså hvis det bliver en puppe det her, i forhold til de opgaver som det her er sammenstykket af og det fokusområde, som vi skal have i et sagsforløb. Det tror jeg nu ikke det er her.*

Af samme grund er det ikke uden problemer at flytte medarbejdere ud fra jobcentre til forskellige målrettede projekter. Det bliver sværere at sikre sig, at man hele tiden er ajour med fagligheden på sygedagpengeområdet.

Jobcenterleder: *Ja og så selvfølgelig det faglige..... altså at kunne være med til at lave faglig sparring sammen, det er sværere. Altså nogle gange så ringer de om et eller andet eller mailer eller sender en sag om noget, som vi selvfølgelig snakker om, men altså jeg har jo slet ikke den samme fornemmelse som jeg har her, og det er jo en af problemstillingerne ved at have sådan en satellit. Altså, hvis det var permanent, hvis man skulle det, hvordan kan man sikre, at de fagligt er med på vognen. Altså, selvfølgelig får de den undervisning der er, hvis der er noget nyt, det er ikke det. Men altså, jeg har jo jævnligt møder med de rådgivere, jeg har her [på jobcentret], hvor vi snakker om generelle arbejdsgange og metoder...*

Hertil kommer, at medarbejderne i det konkrete forsøg bliver tæt koblet til et andet fagligt miljø, hvor tankegang og arbejdsmåder kan være meget anderledes, og hvor evnen til at balancere mellem myndighedsopgave og andre opgaver bliver tilsvarende vigtig:

Jobcenterleder: *Men altså, de[teamet] er bare i en anden verden, hvor det nogle gange ikke helt kan passe ind, at rådgiverne har... det kan være svært at finde forståelse for, at deres opgaver er bundet op på, at de skal lave noget opfølgning og den måde, som de arbejder på.*

Jobcenterleder: *Nogle gange er man jo også nødt til at sige til rådgiveren, at du må rydde kalenderen, for det er jo en afvejning af, hvad man tror der er mest vigtig.... men altså de andre arbejder jo ikke med lovgivningskrav og deadlines, så på den måde er deres arbejde lidt mere frit på en eller anden måde.*

Arbejdsopgaverne for sagsbehandlere er meget bundet til bestemte procedurer og tidsfrister, som ikke uden videre harmonerer med de kulturer og arbejdsmåder, der i øvrigt findes på sundhedscentret. Det kræver dels en betydelig tilpasningsevne hos de konkrete sagsbehandlere, og den har tilsyneladende været til stede i dette tilfælde, men det kræver også et ledelsesmæssigt samarbejde, som ikke har været helt let.

På den anden side mener rådgiverne selv, at der kan være fordele forbundet med at udbrede den model, man har anvendt på kræftområdet til andre grupper af syge. På spørgsmålet om, hvorvidt erfaringerne fra projektet kan udbredes til andre grupper, svares der:

SR: Helt klart

SR: Jeg tænker også på en udbygning i forhold til folk med stress, folk med depression. Altså, have et team omkring de personer, som har erfaringer og viden omkring det her. Fordi jeg synes, at det, som meget gør sig gældende i forvaltningen, det er sådan meget, nå så er vi inde og høre et eller andet foredrag om en eller anden der mener dét. Så er vi inde og høre et andet foredrag, der mener lidt noget andet, kan man sætte folk i aktivitet eller kan man ikke sætte folk i aktivitet, hvor det kunne være godt ligesom at have et team, der ved noget om det, og ligesom kunne lave nogle aktiviteter omkring de her borgere.

KAPITEL 3: RELATIONERNE MELLEM AKTØRERNE I PROJEKTET

3.1 Relationerne mellem hovedaktørerne

I den reviderede projektansøgning fra november 2006 er ideerne bag projektet beskrevet som et samarbejde mellem Aalborg Sygehus (Onkologisk afdeling), Kræftens Bekæmpelse og Aalborg Kommune, hvor der lægges vægt på at målgruppen skal gives et tilbud, som ikke eksisterer i forvejen. I projektet skal der indsamles erfaringer og viden, der kan bidrage til at kvalitetssikre rehabiliteringsindsatsen i forhold til kræftpatienters tilbagevenden til arbejdsmarkedet. I ansøgningen angives følgende:

”Det nye påtænkte rehabiliteringstilbud består af følgende sammenhængende elementer:

- *Rehabiliteringsindsatsen starter når diagnosen er givet.*
- *Kommunal forløbskoordinator tilknyttes patienten når diagnosen er givet.*
- *Tilbud om udarbejdelse af individuel rehabiliteringsplan og plan for tilbagevenden til arbejdsmarkedet.*
- *Tilbud om individuel plan for fysisk aktivitet og kostvejledning*
- *Tilbud om samvær med ligestillede*
- *Tilbud om patientuddannelse og ”pårørendeuddannelse”.*
- *Tilbud om individuel psykologisk og social rådgivning*
- *Tilbud om løbende opfølgning og evt. justering af rehabiliteringsplan*
- *Udslusning fra rehabiliteringsprogrammet”*

Det bærende i projektet har altså været den koordinerede og sammenhængende indsats for de kræftpatienter, der er omfattet af tilbuddet, og at de praktiserende læger skulle inddrages.

Primærkommunerne har efter strukturreformen fået nye og udvidede opgaver i forbindelse med rehabilitering og havde i projektperioden desuden et fælles ansvar med staten for jobcenteropgaverne. Internt i Aalborg Kommune er rehabiliteringsopgaverne blevet samlet i den nye forvaltning for Sundhed og Bæredygtig Udvikling og jobcentrets opgaver styres af Beskæftigelsesforvaltningen, hvortil kommer at Socialforvaltningen også kan blive inddraget i visse tilfælde. Den primærkommunale indsats er reguleret af en række love, hvoraf de vigtigste er sundhedsloven og (pr efterår 2009) Lov om ansvaret for og styringen af den aktive

beskæftigelsesindsats. I øvrigt er den kommunale indsats i vidt omfang budgetstyret og baseret på visitation til ydelser.

På Aalborg Sygehus har man ansvaret for specialiseret behandling og specialiseret genoptræning og skal i forbindelse med udskrivning tage stilling til, om der skal udarbejdes en genoptræningsplan for den enkelte kræftpatient. Sygehuset er opdelt i en lang række specialafdelinger, hvoraf kræftpatienter udgør en mindre del af deres patienter, mens onkologisk afdeling alene beskæftiger sig med cancerpatienter. Sygehusets afdelinger ledes af afdelingsledelser med en ledende læge og en oversygeplejerske, der sammen er ansvarlige for afdelingsledelsen. Sygehusets virksomhed er budgetstyret, mens beslutninger om ydelser til patienterne er styret af faglige vurderinger hos det sundhedsfaglige personale først og fremmest lægerne.

Kræftens Bekæmpelse er en privat forening, som har mange medlemmer og råder over betydelige midler. Kræftens Bekæmpelse er regionalt organiseret og har via deres region Nordjylland deltaget i projektet. Kræftens Bekæmpelse driver desuden RehabiliteringsCenter Dallund, som tilbyder rehabilitering til kræftramte og fungerer som videns- og forskningscenter om rehabilitering af kræftramte. Kræftens Bekæmpelse har en række frivillige, der kan deltage i forskellige grupper og projekter.

De praktiserende læger er private erhvervsdrivende, hvis arbejde reguleres af overenskomsten med Danske Regioner (og i et vist omfang Kommunernes Landsforening). Beslutninger om ydelser fra praktiserende læger træffes af lægen ud fra en sundhedsfaglig vurdering.

Samlet set, er der altså tale om parter, der skal varetage forskellige hensyn og som arbejder med forskellige styringsmåder og traditioner. Der er tale om tre(fire) ret forskellige organisationer med hver sine prioriteringer, traditioner og arbejdsmåder, hvilket på forhånd må antages at skabe udfordringer for realiseringen af projektets intentioner. Det er ikke på forhånd nogen let opgave at etablere et sammenhængende og koordineret rehabiliteringsforløb på tværs af så relativt forskellige organisatoriske enheder.

Vi har derfor interesseret os for, hvordan parterne har opfattet hinanden undervejs i projektet, og for om der har været nogen udvikling i samarbejdsrelationerne og herunder især, om man er kommet hinanden nærmere undervejs. Vi ser her primært på forholdet mellem de tre centrale parter i projektet, idet forholdet til de praktiserende læger er behandlet i afsnittet om deres rolle og idet

forholdet mellem delforvaltningerne er behandlet i afsnit 2.5 og de interne relationer i teamet er behandlet i afsnit 2.1 og 2.2.

3.2 Relationen mellem Aalborg Sygehus, Aalborg Kommune og Kræftens Bekæmpelse

I praksis har sygehuset oplevet samarbejdet med kommunen på to måder. Dels direkte til sundhedscentret og de ansatte der og dels i styregruppen, hvor det har været forvaltningen for Sundhed og Bæredygtig udvikling, der har repræsenteret kommunen. Samarbejdet med sundhedscentret opleves på sygehuset som værende konstruktivt, men der spores også en vis usikkerhed om formålet med projektet:

SPM: Har de haft behov for at trække på Jer med hensyn til viden?

SH: De har fået en helt, helt anden viden, og de har været til undervisning hos os og har fået en helt anden viden.

SH: Ja i forhold til nogle behandlingsforløb, hvor de har spurgt ind, men ellers har de haft meget fokus på genoptagelse af arbejdet.

SH: Det er jo et projekt med det indhold, hvor man skal kigge på at komme i arbejde, så der er ikke noget at sige til, at de haft det fokus på arbejdet, men det kan jo godt være, at man i fremtiden skal se mere på de to vinkler både det med arbejde og rehabilitering til livet, men med den målgruppe, der har været, så må det jo være sådan.

SH: Socialrådgiverne har nok meget fokus på det med arbejdet, ja det har de, men de har også fået en helt, helt anden forståelse for patienterne, og jeg har så også hørt lidt i baggrunden fra deres folk, at de måske involverer sig lidt for meget og tager sig af for mange andre opgaver end de direkte med at få folk i arbejde. De har fået mere omsorgsvinklen med ind, og det synes jeg er rigtig godt, men jeg tror ikke, at deres ledere synes, at det er helt så godt.

SH: Vi har talt lidt om her, om man måske har fastholdt nogle i sygdomsrollen mere end de egentlig er blevet rehabiliteret, altså kommet i arbejde. Man kan jo spørge efter, hvem man har sat på opgaven. Og det har også været debatteret. Er målet at komme hurtigt i arbejde eller blive rehabiliteret til livet?

SPM: Siger du at der har været for meget vægt på arbejdssiden?

SH: Det kan jeg være i tvivl om, for jeg kender jo ikke de mennesker, der haft den direkte kontakt med patienterne, men det har været et hot emne også omkring bordet. Hvad er egentlig det primære mål med det her?

Med hensyn til udviklingen i samarbejds mønstret registreres der ikke de store ændringer i løbet af projektets levetid.

SPM: Har der været nogen udvikling i samarbejds mønstret?

SH: Det ved jeg egentlig ikke om jeg synes. Vi har alle sammen kunnet kommet til orde. Jeg ved ikke, om der er blevet mere accept af det vi hver især laver. Det kan jeg godt have mine tvivl om, men vi har fået en indsigt i hinandens arbejde men der har altid været en åben og fri dialog.

De sygehusansatte giver udtryk for, at der ikke er sket de store ændringer i arbejdsmåderne hos de respektive parter som følge af projektet:

SPM: *Har det været nyttigt med denne udenomssnak?*

SH: *Nej Det har været alt muligt andet og specielt i starten, vidste jeg slet ikke hvad de snakkede om. Jeg vidste jo ikke noget om det interne i kommunen, og jeg var sådan set også ligeglad, for det blev meget internt og noget sniksnak.*

SPM: *Så I har fået større indsigt men ikke ændringer i hinandens måde at arbejde på?*

SH: *Nej det synes jeg ikke.*

SH: *Nej men vi har dog hele tiden ændret på f.eks. inklusionen i projekt og justeret i det, hvis det ene ikke har virket, er man sprunget videre til det næste osv. og det har været væsentligt, men ikke i forhold til at ændre praksis.*

Set fra Aalborg Kommunes side vurderes samarbejdsrelationen til sygehuset således:

SBU: *Man har fået en større forståelse for hinanden, men det betyder ikke, at tingene kan ændres i praksis. Det har ikke ført til reelle ændringer. Sygehuset har haft en position som sygehus i starten. De ved nu, at det ville være en god ide med ændringer, men de kan alligevel ikke få tingene ændret i deres system i praksis. De tager stilling til forslag, men de byder ikke selv ind med egne forslag til, hvad der kunne gøres.*

SPM: *Men har sygehuset fået et bedre indtryk af en kommune og omvendt. Ved de respektive parter mere om, hvad sygehuset indeholder, og hvad en kommune er?*

SBU: *Jamen sygehuset vil altid sige, vi skal jo i første omgang se at få de syge væk, men de siger samtidig, at den allerstørste gevinst er, at de har oplevet med deres patienter, at de her sygedagpengerrådgiveres indsats giver gevinst. Det er jo sådan set meget positivt.*

De interviewede fra Kræftens Bekæmpelse har grundlæggende den vurdering, at det er vigtigt at patienterne får tilbuddet om rehabilitering så tidligt i forløbet som muligt, og at det bliver givet af en person, som patienten også vil møde senere under rehabiliteringen. I den forbindelse undrer nogle sig over, at det har været så vanskeligt at få idéen realiseret, mens andre godt kan forestille sig, hvorfor det er svært:

KB: *Jeg undrer mig over, at man ikke på hospitalet kan se, at her har vi en der bor i Aalborg Kommune, og så må man via forløbskoordinatoren, nogle af de folk der også er ansatte i projektet, kunne få en lidt bedre sammenhængskraft.*

KB: *Hvis jeg sad med en kræftpatient..... Det der med, at du får jo simpelthen kræftpatienter fra hele Region Nordjylland, og så skal du hele tiden huske, og det synes jeg selv er svært heroppe... Nå du er ikke fra Aalborg, desværre. Altså så gør man ikke noget ved det. Der tænker jeg, der skal dem fra teamet op og decideret holde i hånd. Sige "hvem er fra Aalborg Kommune? Goddavn, jeg hører du har fået kræft, nu skal du høre sådan og sådan". Fordi som fagperson, der tænker jeg, du får en liste af pjecer og skidt, du skal give videre. Og så det der med, at man kommer til at give en pjece til en....nej det kan du alligevel ikke få lov til.... så tror jeg så lader man være.*

Det sidste synspunkt svarer godt til oplevelsen hos de sygehusansatte, som vurderer, at informationen er givet, men at det kan være vanskeligt at få de yderste led med. Men hertil kommer vanskelighederne med at sikre reel opbakning fra ledelser og andre faggrupper end sygeplejersker

og uklarheden om, hvorvidt kommunalt ansatte kan og skal være opsøgende i forhold til en bestemt patientgruppe fra Aalborg kommune. Problemet med at sikre opbakning fra specielt lægegruppen bekræftes af en praktiserende læge, der udtaler:

L: Nu har jeg været til nogle overlægsmøder, hvor vi har fortalt lidt om projektet, og det virkede ikke som om det var kommet ud i alle gelederne. De havde ikke hørt tilstrækkeligt om det. Det er en stor maskine at påvirke, og det er sådan at klinikerne måske mangler det at følge op.... Når de har fjernet kræften føler de, at så er deres opgave slut.

Det generelle forhold mellem parterne i projektet vurderes således af repræsentanterne for KB:

SPM: Nej, men hvis du skulle beskrive, er det sådan at man har fået større indsigt i hinandens verdener eller virkelighed? Tror du det?

KB: Jaah, ikke så meget som man måske kunne have fået måske... Det tror jeg egentlig ikke, nej.

Set med de sygehusansattes øjne er Kræftens Bekæmpelse en organisation, der først og fremmest taler på patienternes vegne både i forhold til kommunen og i forhold til sygehuset:

SH: Det har været lidt besynderligt at sidde fra sygehuset og opleve den spænding, der er mellem KB og primærsektoren. De kan let blive uenige, jeg vil ikke sige skændes, men diskussioner over bordet om, hvad der er rigtigt eller forkert. Om en socialrådgivers anskuelser er god nok osv..

SH: Vi sidder jo med rigtig mange kasketter om det bord (i styregruppen) og KB har også leveret en til at være med til at koordinere på tværs og deltage i opstarten, og det har været meget godt, for vedkommende havde en del erfaring. Men ellers har det mest været spændinger i forhold til sygehuset, hvor vi er en prügelnabe. Det må man sige.

SPM: Så de optræder som advokater for patienterne?

SH: Ja det må man sige. Ja det gør de

I Kræftens Bekæmpelse har man også en vurdering af egen rolle i forhold til kommunen og teamet, som en part der er med til at prøve nye ting af evt. for senere at udbrede dem til andre kommuner:

KB: Vi har gerne villet være med til at fremme det her tværsektorielle samarbejde, hvor sygehusniveauet og det kommunale niveau er med, og hvor at der også er samarbejde omkring sygedagpengeområdet.... og se hvordan kunne det blive i et rehabiliteringsøjemed. I forhold til om en fx tidlig indsats var med til at give mere evidens på området. Så de ting her, de er også en spydspids, som vi kan bruge som et sigtekorn for andre kommuner.

Sammenfatning

Opsummerende er der enighed om, at projektet og arbejdet i styregruppen har givet en større viden om hinanden, men samtidig at der ikke er sket mærkbare ændringer i de måder, man arbejder på internt i de respektive moderorganisationer. Der har været gode muligheder for dialog, men styregruppen har kun i begrænset omfang fungeret integrerende i forhold til projektet. Dog har parterne opnået et vist større kendskab til hinanden. Det er dog stadig tydeligt, at parterne har svært ved at sætte sig ind i hinandens virkelighed og især at anerkende, at man arbejder med

udgangspunkt i forskellige styringstraditioner og med forskellige kulturer. Det er eksempelvis svært for de øvrige parter at forstå, hvorfor det er svært og i bedste fald tager lang tid at ændre på sygehusets rutiner. Det har også været specielt vanskeligt, at få etableret et egentligt samarbejde om de planlagte nye arbejdsgange i sygehuset. Det har været drøftet flere gange i styregruppen, men det er ikke lykkedes som oprindeligt planlagt, at få de kommunalt ansatte koordinører til at indtage rollen som dem, der skal opsøge og orientere patienterne på sygehuset. I stedet er det blevet de sygehusansatte (sygeplejersker), der har skullet varetage opgaven, hvilket ikke har været effektivt.

KAPITEL 4: PROJEKTORGANISERING OG LEDELSE

4.1 Projekter som arbejdsform

Vi har interesseret os for projektets tilblivelse for at illustrere de fordele og eventuelle ulemper, der kan være forbundet med at arbejde med projektformen som supplement til egen udvikling og ordinær drift. Projektarbejdsformen foretrækkes i stigende grad af centrale myndigheder, og aftaleparterne på det kommunale område har i de årlige økonomiforhandlinger flere gange afsat betydelige øremærkede midler til bestemte formål ikke mindst på det sociale og sundhedsmæssige område. Det har derfor en betydelig almen interesse at undersøge, hvilke erfaringer der findes med denne måde at arbejde på og hertil kommer, at det kan have direkte interesse for kommunerne at opsamle erfaringer og kompetencer til at formulere, gennemføre og evaluere projekter, ikke mindst når projektet, som i dette tilfælde, går på tværs af flere forskellige organisationer. Hvad er afgørende for, at denne type projekter kan etableres og lykkes, og er der særlige udfordringer, som skal håndteres? Det er nogle af de spørgsmål, som vi vil rejse i det følgende.

4.2 Projektets tilblivelse

Som nævnt i indledningen bliver projektet til da Indenrigs- og Sundhedsministeriet indkalder ansøgninger til: ”Pulje til kommunale projekter på kræftrehabiliteringsområdet”. Når indkaldet sker på det tidspunkt, skyldes det, at Regeringen og Dansk Folkeparti i juni 2005 indgik et forlig på kræftområdet. Baggrunden for dette forlig var angiveligt en række anbefalinger i den såkaldte kræftpakke II, hvor rehabilitering blev fremhævet som en væsentlig opgave for sundhedsvæsenet i de kommende år med henblik på, at patienterne kan opnå et ”selvstændigt og meningsfuldt liv med så få fysiske og psykiske begrænsninger som muligt.”

(http://www.im.dk/artikler_im_dk/Files/Fil4/3720.pdf). Desuden pegede ministeriet på, at det kommunale ansvar for genoptræning og rehabilitering blev udvidet med kommunalreformen og den nye sundhedslov. Det blev samtidig aftalt, at midlerne skulle udmøntes i 2006 og 2007 af et partnerskab om kræftrehabilitering mellem Kræftens Bekæmpelse, Kommunernes Landsforening og de centrale sundhedsmyndigheder. Det blev angivet, at man ville støtte nogle få gode projekter med beløb fra 2-4 mio.kr. og der ville blive lagt vægt på følgende indsatsområder:

1. Fysisk aktivitet
2. Koordination af og samarbejde om en sammenhængende indsats fra sygehus til kommunalt regi.
3. ”Tilbage til livet”, herunder - mestring af ændrede vilkår- tilbagevenden til arbejdsmarkedet

Kommunerne havde således ca. 1 år fra indgåelsen af forliget til ansøgningerne rent faktisk blev indkaldt til at forberede eventuelle ansøgninger. Alligevel ser det ud til, at indkaldelsen gav anledning til en hurtig mobilisering og ansøgningskrivning. Det var den daværende Ældre- og handicapforvaltning ved Vibeke Olesen, der tog initiativ til at formulere en ansøgning. Processen beskrives således af de ansatte i Forvaltningen for Sundhed og bæredygtig udvikling:

***SBU:** Indenrigs og sundhedsministeriet indkaldte ansøgninger til disse puljemidler og det gik utroligt hurtigt vil jeg sige, lige efter sommerferien, og der var frist sidst i august og det var i 06, og da gik vi i gang med at søge disse midler. Og vi mødtes i Kræftens bekæmpelses hus, og jeg kan huske lokalet endnu, og der var repræsentanter for Kræftens Bekæmpelse og sygehuset og regionen, Kronikerenheden og lederen fra sundhedscentret var med.*

Vibeke Olesen ”havde pennen” ift. ansøgningen, og arbejdet med at udarbejde ansøgningen bliver beskrevet således:

***SBU:** Ja men der bliver jo så skrevet ansøgning, og vi kommenterer på den, og alle havde læst, hvad de kunne støve op om kræftrehabilitering og kræftpatientens verden. Og den blev så sendt af sted*

***SBU:** Dden kom så retur i første omgang og evalueringsdelen skulle jo styrkes, og så måtte vi i gang med at skrive på den, og så blev den indsendt igen og gik egentlig igennem, som den nu var.*

***SPM:** Men der var jo også en tredje forvaltning med? Beskæftigelsesforvaltningen?*

***SBU:** Og de var også med i at lave ansøgningen faktisk og da fik vi jo den geniale tanke at få sygedagpengemedarbejderne med i projektet, vi havde en forestilling om, at det jo var en opgave de lavede i forvejen..... og så kunne de komme ud i projektet og sidde derude. Og så har de efterfølgende søgt det lokale beskæftigelsesråd om midler til to dagpengerådgivere og de kommer jo så oven i de 4 mill, fra Indenrigs- og Sundhed.*

Beskæftigelsesforvaltningen deltog altså i projektets tilblivelse og bidrog især med midlerne til de to dagpengesagsbehandlere i alt ca. 2 mill. kr., som blev finansieret af det lokale beskæftigelsesråd. Idéen hertil kom fra den daværende Ældre- og handicapforvaltning forvaltning, men blev støttet af beskæftigelsesforvaltningen.

***Jobcenterchef:** Vi har møderækker og løbende kommunikation med Sundhed og Bæredygtig Udvikling, som også har øje på, at her er der måske nogle projektmidler, som der kan laves noget udvikling på og tog bolden op til en drøftelse med Ældre- Handicap og os, der lå Hasseris Have på det tidspunkt i Ældre Handicap. Og så er ideen så at sige vokset mellem de faglige ressourcepersoner de har på det område. Og de har så i fællesskab skrevet på ideen. Da jeg kom ind over den, da synes jeg det var en glimrende idé, og vi har så, i takt med at der*

blev skrevet på projektbeskrivelsen, også fået den vinkel med, at vi søgte det lokale beskæftigelsesråd om midler til at prøve at udvikle det her.

Den centrale nye idé med inddragelse af dagpengerådgiverne i selve rehabiliteringsteamet blev egentlig heller ikke undfanget i den korte intensive periode, hvor projektet blev formuleret. Den har været tænkt længe og har baggrund i tidligere erfaringer med genoptræning på sundhedsområdet.

Det beskrives således af idémageren:

SPM: *Hvem fik egentlig den ide om kobling til beskæftigelsesforvaltningen?*

SBU: *Jeg tror faktisk det var mig, jeg var i hvert fald med til det. Jeg har i mange år været i genoptræningen på sundhedsområdet, det har været min hjertesag i mange år. I den aldersgruppe som var sygemeldt med dagpenge havde vi arbejdet med samarbejdsaftaler med familie og beskæftigelsesforvaltningen omkring, hvordan man kunne arbejde sammen om fælles mål og handleplaner, hvor de skulle være inddraget mhp målfastsættelse i fællesskab*

SPM: *Ja men hvordan har de tænkt i f.eks. beskæftigelsesforvaltningen? I har puslet med det et antal år men hvordan har de tænkt?*

SBU: *Meget forskellige ting. De tænker meget i at de er en myndighed og at det er dem der har kompetencen egentlig ift. alle de andre indsatser. Vi havde en øvelse indledningsvist i genoptræningscentret allerede i 90'erne, hvor vi havde en socialrådgiver i huset, vi kunne sende dem til samtale med. Men beskæftigelsesforvaltningen havde problemer med det, også ift sygehusets socialrådgivere de havde jo ikke nogen kompetence og det gav konflikter. Man må jo ikke love noget, man ikke har myndighed til. Vi havde ordningen i ganske lang tid men den kunne ikke videreføres.*

SBU: *Andre kommuner har også tænkt på det, de er bare ikke kommet så langt, og nogle steder ligger det i beskæftigelsesafdelingen med kræftrehabilitering. Andre steder ligger det begge steder. Det ligger i ansøgningen, at det skal tænkes sammen på en eller anden måde, og vi er bare gået så langt, at vi har samlet det fysiske og koblet det i et team. De tre ting: Fysisk aktivitet, tilbage til arbejdet og koordinering af forløbet skulle være med ift. puljemidlerne.*

Disse citater viser meget godt, at projektet i virkeligheden har en lang forhistorie, hvor man gennem flere år har arbejdet på at etablere hensigtsmæssige løsninger i grænsefladen mellem Ældre og handicapforvaltningen og Beskæftigelsesforvaltningen, men også at lovgivningen i stigende grad har vanskeliggjort den slags "selvgroede" arrangementer. Den centrale pulje fungerer her som en anledning til at søge løsninger på allerede kendte problemer, og midlerne gør det muligt, at få etableret løsninger, som det ellers kunne være svært at få stablet på benene. Hvad det imidlertid også viser er, at tidligere eksperimenter og erfaringer kan være afgørende for, om man overhovedet er i stand til at byde ind på de puljer, der etableres. Et beredskab med erfarne personer og selvgroede udviklingsprojekter kan være af stor betydning den dag, hvor puljen udbydes.

SPM: *Det her med projekter vil I foretrække det eller hellere have det hele ud via bloktilskud?*

SBU: *Her hvor vi sidder, kan vi godt synes, at vi render efter projektmidler, men sådan noget som dette var aldrig blevet sat i gang, eller fået den form det har nu, hvis der ikke havde været nogle projektmidler at få. Der havde ikke været noget til at initiere det. Der kan siges meget godt og skidt om det.*

SBU: *Hvis det du spørger om er, om man kan slippe af sted med noget, som man ellers ikke kunne, så er svaret ja. Det kan man. Vi var ikke sluppet af sted med det som fuldskalaprojekt.*

SBU: Man kan bedre gå efter drømmene, hvis du har et projekt, du kan tillade dig noget mere, men naturligvis skal det ikke være så urealistisk, at det ikke kan driftes bagefter, men der er mere, der bliver accepteret i første hug, fordi det er et projekt. Når man så ser, hvor man lander henne, kan det bedre driftes bagefter.

På spørgsmålet om hvad der skal til, for at få tværgående projekter til at fungere, svarer jobcenterchefen:

***Jobcenterchef:** Noget af det, der er vores udfordring, det er vores størrelse. Der er jo på ledelsesplan nogen, der går foran og siger, det vil vi i fællesskab det her, og som evner at tænke på tværs. Og når vi snakker ledelse i vores system, så er man både på politisk niveau, men selvfølgelig også på direktør og afdelingsniveau og nedefter. Og hvis ikke der var en vilje til imellem min direktør og jeg og SBU direktøren om at få noget til at fungere her..... Så kommer det ikke til at fungere, og så kommer det hele ikke til at fungere ned i forhold til det operationelle niveau. Så der skal tænkes, i så stor en organisation som vores, så skal der tænkes god og ordentlig proces..... Det med at lave et projekt, et pilotprojekt og få noget i gang og få det op og køre og spille rigtigt og få lavet gode resultater. Det kan være det, vi skal bruge til siden hen at sælge det i organisationen på den gode måde. Og den gode måde at sælge det på har jo også været, at der har været nogle ekstra midler.*

Det er således vurderingen blandt de fleste af deltagerne, at det har været godt med projektmidlerne, som har den funktion, at de kan være med til at skabe mulighed for nyudvikling på områder, der ellers ikke ville være blevet udviklet. Der peges også på, at man får mulighed for at afprøve nogle drømme, som ville være vanskelige at få tilslutning i en løbende drift, og at man netop, fordi der sker en afprøvning også kan være mere realistiske, når projektet eventuelt skal ”driftes”, som det udtrykkes.

Det er tilsammen gode begrundelser for at søge projektmidler hjem, men alternativt kunne de samme fordele måske opnås, hvis der lokalt var afsat udviklingsmidler, som kunne anvendes til løbende projektgenerering, og hvor der måske kunne være bedre tid til projektforberedelsen. Den styring, som etableres fra ministerier, koster tid og arbejdskraft i kommunerne og hos samarbejdspartnerne både i projektformuleringsfasen, i den løbende drift af et projekt og i forbindelse med formaliserede evalueringer. Denne problematik er man helt opmærksom på i beskæftigelsesforvaltningen:

***Jobcenterchef:** Hvis du spørger mig sådan i al almindelighed så synes jeg, at det måden man også fra centralt holdt også er begyndt at styre os alt for meget på. Man fodre os med vores egen hale. De tager vores penge og lægger i nogle puljer, fordi det er selvfølgelig tænker jeg også sådan en politisk finte, så kan vi sige, her har vi et særligt indsatsområde. Men vi bruger rigtig mange kræfter på at tænke i projekter, søge penge, evaluerer på dem og det kan i mange sammenhænge have sin værdi. Men jeg tænker at det er kammet over. Selvfølgelig er det besværligt, men det er også spændende og få nogle muligheder for at lave noget udviklingsarbejde. Det her det er noget af det vi i ledergruppen har snakket en del om, også i opstartsfasen. Det kan have sin værdi at få prøvet nogle ting af inden vi prøver at kaste det ud*

i igen en stor organisation som vi. Det kan være godt at have tænkt i proces og få de gode argumenter på plads inden vi skal ud og implementere i den store sammenhæng. Vi kan jo rekruttere nogle folk her som brænder for sagen og kan være med til at gå ud og sælge det i organisationen efterfølgende.

Vi kan, hvad vi gør mere og mere, evaluere på den gode måde. Vi har, det har vi ikke her, men nu nævnte jeg i sammenhænge projekter kørende hvor vi prøver og lave gedigen evaluering med kontrolgrupper osv., og det er ikke til at komme uden om, at vores medarbejdere uanset om der er bøvl i det osv. kan ikke komme uden om, at hvis vi her kan lave resultater, som også kommer tilbage til os i form af at vi kan optimere vores ressourcer. Det er jo ikke til at komme uden også i en implementeringsmæssig sammenhæng. Så ja, det er bøvlet og besværligt, men det er også udviklende, når det ikke kammer over, når vi ikke skal bruge alle vores kræfter på at sidde og søge og samle op på de her forskellige tiltag.

4.3 Styregruppe og projektledelse

Der er nedsat en styregruppe for projektet, som består af repræsentanter for alle parter i projektet.

Konkret har styregruppen været sammensat af følgende:

2 Repræsentanter fra Kræftens Bekæmpelse:

1 Repræsentant fra Rehabiliteringscenter Dallund

4-5 Repræsentanter fra Aalborg Sygehus og Region Nordjylland:

5 Repræsentanter fra Aalborg Kommune:

1 fra Jobcenter, Familie- og Beskæftigelsesforvaltningen

1 Læge/praksiskonsulent

1 leder Sundhedscenter Aalborg

2 fra Forvaltningen for Sundhed og Bæredygtig Udvikling

Forvaltningen for Sundhed og Bæredygtig Udvikling har haft formandskab og sekretariatsfunktion.

Den almindeligste vurdering af arbejdet i styregruppen er, at den, efter en relativ aktiv rolle i forbindelse med opstart af projektet i den efterfølgende driftsfase, har ført en mere tilbagetrukket tilværelse, hvor dialogen har været mindre meningsfuld for en god del af deltagerne. Der har været kritiske vurderinger fra repræsentanterne for sygehus, Kræftens Bekæmpelse og fra de praktiserende læger. Kritikken har været rettet mod manglende struktur og ikke målrettede møder samt manglende opfølgning på beslutninger, men omvendt har alle kunnet komme til orde og har haft mulighed for at deltage i dialogen, og nogen mener også, at der er sket en vis udvikling i standpunkterne over tid:

SH: Vi har alle sammen kunnet kommet til orde. Jeg ved ikke, om der er blevet mere accept af det, vi hver især laver, det kan jeg godt have mine tvivl om, men vi har fået en indsigt i hinandens arbejde, men der har altid været en åben og fri dialog.

SH: Næsten for fri. Det har været nogle af de mest ustrukturerede møder jeg har deltaget i tror jeg. Altså, det har været lidt en besynderlig opgave at sidde der.

SH: Vi bruger først ca. to tredjedel af tiden til udenomssnak. Og så skal vi i gang med dagsordenen, og så overskrider vi tiden.

L: De skulle nok have været mere struktureret for at man ikke får for meget tomgangssnak og fortællinger om, hvordan der var på Dallund eller lignende. Det er nok sådan, at det kan være medvirkende til at måske at sygehuset, har sagt at den tid kunne vi bruge bedre. Jeg synes ikke styregruppemøderne har været struktureret nok..... Der er ikke nogen mål med det. Jeg kan godt lide, at når man har et møde, at der et eller andet formål med det.

KB:... Jeg synes det var spændende at være med og alt sådan noget men ... Jeg synes det har været trægt nogle gange. Det har været nogle enormt lange diskussioner frem og tilbage, og nogle af de beslutninger der er truffet, har taget et halvt år at få effektueret og sådan noget. Det var sådan meget langsomt. Men der har også været utrolig mange mennesker, som alle sammen har deres mening, så det er ikke sådan, jeg lige sidder sådan og lige ved, hvordan man skulle have gjort det vel, men.....

Sundhedscenterleder: Altså, jeg synes jo egentlig ikke... man kan ikke sige vi har talt os væk fra hinanden..... styregruppen følger løbende projektet, og på den måde er der sådan en vis grad af ejerskab hele vejen rundt. Det synes jeg. Man kommer til de her møder, og man er engageret.

I forvaltningen for Sundhed og Bæredygtig Udvikling er vurderingen således:

SPM: Men I har også valgt at arbejde med en styregruppe. Hvilken funktion har den haft i projektet?

SBU: Reelt er det relativt begrænset hvad der er sket i styregruppen, men noget af det vi havde håbet har været meget meget svært, og sådan er det nok med kommune, sygehuse og praktiserende. Det er godt at have en styregruppe fordi der er så mange parter. Det er nødvendig at have den mhp diskussion og debat, funktionen skal være der. Det bedste eksempel på dens begrænsede funktion er, at vi har været enige om en tidlig opsporing, men det er ikke lykkedes trods mange debatter og diskussioner.

SBU: Nu følger styregruppen projektet, men tidligt i forløbet havde vi styregruppemøder mhp hvordan det skulle implementeres med henvisningspraksis m.m.og vi havde ansættelsessamtaler med koordinatorene osv. så i den fase, havde de rigtig stor betydning for, hvordan det hele blev organiseret.

SBU: Men det er meget tit svært mht. styregrupper. Hvad er den konkrete værdi af en styregruppe? Det er meget svært og denne ligner så mange andre.

SBU: Men set fra min stol så er der en serie af folk at komme i kontakt med, og det har været nødvendigt i forhold til enkelte parter.

SBU: Ja det er altid godt. at de har set hinanden i øjnene og kender hinanden, men i praksis har de mest haft betydning i starten.

4.4 Projektledelse i dagligdagen

Hvis vi dernæst vender os til projektledelsen, forstået som den daglige ledelse af projektet, er det tydeligt, at der på dette punkt hersker en vis usikkerhed, og at flere efterlyser en mere synlig ledelse af hele projektet. Det gælder faktisk alle involverede inklusive repræsentanterne for Sundhed og Bæredygtig udvikling:

SBU: Det kunne også have været godt med en projektleder. Hvis jeg skulle forestille at have titlen som projektleder, er jeg meget langt væk den daglige udførelse. Vi har haft nogle få møder sammen med medarbejderne og medarbejderne har også været i styregruppen to gange, men det daglige. Hvad var ideen og diskursen, det deltager jeg ikke i. Der har det været forfærdelig langt væk.

SBU: Og samtidig er teamet jo ikke en isoleret ø i sundhedscentret. De er også en del af et rehabiliteringsteam udadtil, så det har været svært, at skabe meget klare rammer. Der er også en problemstilling i forhold til at være flere forvaltninger om ledelse, kollegasammenfald og uddannelse og det har vi ikke lige sådan en model der bare klarer. Der opstår diskussioner, og der skal laves aftaler.

Fra medarbejdersiden gives der ligeledes udtryk for, at der dels er langt til SBU men også, at man ikke altid oplever sig som hørt og forstået:

SR: Ja, jeg vil gerne have en projektleder, som måske kunne sparke lidt mere til processen.

SR: Som kunne være et bedre bindeled til den styregruppe, der har været fordi man kan sige, at vi burde have været tættere på den styregruppe. Det har vi jo manglet enormt. Hvad tænker de overhovedet om det her? Har de styr på... de kan være i tvivl nogle gange om, hvordan vores dagligdag ser ud, men de har heller ikke nogen forudsætning for at vide det fordi de kommer her ikke.

SPM: Altså, det er så Sundhed og Bæredygtig... altså SBU som part, der er helt usynlig for jer?

SR: Ja, det er de meget.

SR: Og vi snakker i hver sin retning omkring det. Vi er faktisk fra hver vores univers tror jeg. Det er f.eks. de gange, hvor vi har skullet lave noget skriftligt omkring projektet, hvor i hvert fald bare det at forstå begreber som mestringsstrategier... jamen hvad er det, man har tænkt fra starten af og hvordan er det blevet vores definition, og hvordan har vi udmøntet det her. Altså, så er det sådanne nogle honnørord, der bliver ved med at gå igen i alle de der beskrivelser, hvor vi ikke nødvendigvis tænker det samme om det.

Der sker rent faktisk en praksisudvikling i teamet som beskrevet i afsnit 2.2, og i praksis sker der herigennem en projektstyring/udvikling, som ikke reguleres af styregruppen, men altså heller ikke af en daglig projektleder. I stedet bliver det et samspil mellem teammedlemmerne, den udefrakommende fra Kræftens Bekæmpelse og lederen af Sundhedscentret. Denne ledelsesmodel har ikke været let for lederen af sundhedscentret:

Sundhedscenterleder: ... Vi er jo SBU. Vi vil jo det samme, kan man sige. Der kan så være noget med, at der alligevel er langt fra en projektleder, der sidder på et kontor og holder fast i sin projektansøgning og en hverdag, hvor tingene de udvikler sig og begreber som egenomsorg egentlig bliver sat lidt til side i forhold til fokus på livet.

SPM: Så der kan være noget praksisudvikling der flytter verden og så et projekt. Som ikke er så let at justere?

Sundhedscenterleder: For eksempel kan vi ikke leve op til intentionen om at nå dem lige så straks diagnosen er givet. Svagheden er altså, at der er nogle gråzoner mellem forløbskoordinator og så socialrådgiverne. Det er der altså. Det er det her med at være daglig leder for et team, hvor hende fra Kræftens Bekæmpelse, referer til Kræftens Bekæmpelse, og de tre socialrådgivere refererer til deres leder. Og vi havde et kæmpe problem med de to socialrådgivere. De kunne simpelthen ikke nå det de skulle, og de skulle jo også være med i teamet..... men sådan et projekt er jo et skrivebordsarbejde, og i det skrivebordsarbejde, der

var der ligesom ikke lagt tid ind til at være med i teamet. Der var simpelthen afsat det normale. Og det gav jo et vældigt problem. Og det er jo svært at løse sådan et problem, når jeg ikke er deres leder reelt. Det er også svært, når man prøver at lave noget arbejdsmiljø arbejde, og de så skriver nogle ting, de er utilfredse med. Men det kan jeg ikke gøre noget ved vel, for det har jeg ikke nogen indflydelse på. Så jeg synes, hvis jeg nu skal være helt firkantet, så synes jeg at opgaven som daglig leder i den konstruktion, den er umulig. Altså, det er ikke få gange jeg har ønsket mig hen, hvor peberet det gror vel, for jeg kan stå der og have ansvaret for noget jeg ikke har kompetencen til. Og det synes jeg altså slet ikke er tilfredsstillende, det synes jeg altså ikke.

Tilsvarende er det også vanskeligt ledelsesmæssigt at være jobcenterleder og skulle lede på afstand:

Jobcenterleder: Ja, altså, hvis jeg skal se på det, som er min egen opgave, så er det klart, at det at have to-tre medarbejdere, der sidder et andet sted er besværligt, og der er nogle ulemper ved det. Det er klart.....men sådan er der jo mange ledere, der må have det, men de er en del af en anden organisation, og det er sådan lidt svært, synes jeg også fra min side, fordi de er jo sammen med kollegaer, som er ansat i en anden forvaltning og sundhedscenterlederen, som også er ansat i en anden forvaltning, som jo ikke har meget kendskab til, hvad sådan nogle rådgivere går og foretager sig, og det er ligesom der, de har deres dagligdag, og dem de er sammen med og snakker med osv., og så er det alligevel mig, der er deres leder, men jeg er jo meget mere perifer.

Men heller ikke set med medarbejdernes øjne er det særligt hensigtsmæssigt, at ledelsesopgaven er delt på flere ledere:

SR: Centerlederen er jo projektets daglige leder og f.eks. havde vi en snak om forleden dag at skulle ud til alle praktiserende læger, og det skulle deles ud på teamet, men det er ikke en opgave, som vi har tid til at tage, så hun har ikke råderum over vores arbejdstid, og det er jo en kæmpe ulempe, men vi skal jo have en myndighedsleder, og det er jo så jobcenterleder inde fra centrum fordi vi skal have én til at skrive under på sager, som har kompetencen, og hun er jo et andet sted, så hun er jo heller ikke tæt på os på den måde. Så vi er sådan lidt lederløse.....

Den samme problematik registreres også hos eksterne parter, idet repræsentanterne fra Kræftens Bekæmpelse giver udtryk for følgende vurdering:

KB: Der har været mange ledere ind over også, og så er der også konsulenter fra SBU osv. ... De ved ikke altid, hvem er det så, der skal beslutte hvad og sådan. Det er så også en del af processen, at finde ud af det.

KB: Vi både har beskæftigelsesforvaltningsfolk og hvad hedder det SBU folk

KB: Dels det og så sidder der en leder af sundhedscenteret, og så sidder der beskæftigelsesfolkene. Og de har alle sammen været inde og skulle være leder.

Opsamling om projektorganisering og ledelse

Omkring projektorganisering og ledelse peges der fra respondenternes side på en række problemstillinger, som man på forhånd kunne forvente. For det første den generelle problematik om projekter versus udvikling over det almindelige driftsbudget. Projektarbejdsformen giver

muligheder for ”at realisere drømme”, og man får lejlighed til at afprøve og evaluere nye idéer i det små, inden man eventuelt gør dem permanente. Omvendt stiller projekterne ofte store krav til samarbejde på tværs af eksisterende forvaltninger og organisationer. Det kræver igen ledelsesopbakning fra de deltagende organisationer og betydelig fleksibilitet og velvilje fra de, der deltager som styregruppemedlemmer og direkte som projektmedarbejdere. De komplekse arbejdsopgaver, der typisk kendetegner denne type af projekter indebærer også, at det kan være vanskeligt på forhånd at udforme et præcist design for projektet, som kan fastholdes hele vejen igennem. Nogle af disse forhold har også gjort sig gældende i dette projekt. Der har efter alt at dømme været ledelsesopbakning, og der har også været udvist fleksibilitet fra de deltagende parter i styregruppen, men det har tilsyneladende været sværere at få overensstemmelse mellem det formelle projektdesign og virkeligheden. Vi kan i hvert tilfælde registrere en del udtalelser, som peger på, at det formelle projektdesign er fastholdt, selv om praksis har ændret sig, og det giver anledning til kritik og ønsker om direkte dialog mellem styregruppe, SBU og teammedlemmerne.

For det andet har arbejdet i styregruppen været tilrettelagt, så alle har kunnet deltage i dialogen, og især i begyndelsen har gruppen været involveret i udformningen af projektet og truffet en række nødvendige beslutninger om den præcise implementering. Som supplement til styregruppens møder holder SBU's projektansvarlige en slags formøde med de direkte involverede og forbereder her møderne i styregruppen samt udformer dagsordenen. I relation til den senere del af projektforløbet giver flere medlemmer udtryk for, at møderne er for lidt strukturerede, og at der mangler mål og styring. Men medlemmerne har via arbejdet i styregruppen fået et vist øget kendskab til hinandens virkelighed og opfattelser, uden at det har ført til ændringer i deltagernes traditioner og praksis og medlemmerne oplever ikke at være kommet hinandens grundopfattelser nærmere.

Den øvrige ledelse af projektet har været delt mellem flere former for ledelse og flere ledere. Dels opfattes SBU styregruppe medlemmer som en slags ”projektledelse”, men uden at optræde som daglig leder i forhold til praksisudviklingen i teamet, hvilket har medvirket til, at der løbende er sket udvikling og justering i praksis, som ikke nødvendigvis er i overensstemmelse med projekt- og forløbsbeskrivelserne. Men samtidig er lederen af Sundhedscenteret daglig leder for de ansatte i centret, dog med undtagelse af socialrådgiverne, der ledelsesmæssigt hører under jobcenter Centrum. Den delte ledelse opfattes af både styregruppemedlemmer, ansatte og de involverede ledere som mindre hensigtsmæssig, men det må bemærkes, at den delte ledelse delvist skyldes lovgivning, som Aalborg Kommune ikke har indflydelse på.

KAPITEL 5: RESULTATERNE FRA PROJEKTET

5.1 Projektets tilstræbte resultater ifølge projektbeskrivelsen

Projektets formål er ifølge indledningen i forløbsbeskrivelsen: ”at give gruppen af 18 – 60 årige erhvervsaktive kræftpatienter et rehabiliteringstilbud, der ikke tidligere har eksisteret. Projektet skal indsamle erfaringer og bidrage med viden til at kvalitetssikre rehabiliteringsindsatsen i forhold til patienters tilbagevenden til arbejdsmarkedet”. Mere præcist skal der arbejdes med indsatser, der styrker:

- *Kræftpatienters oplevelse af mere **tryghed og støtte** – i forløbet fra sygdommens diagnosticeres til patienten er færdigbehandlet og vender tilbage til arbejdsmarkedet*
- *Kræftpatienters **egenomsorg og sygdomsmestring***
- *Den regionale (sygehus og praktiserende læger) og den kommunale organisations **evne til at sikre en sammenhæng** i patientens rehabiliteringsforløb. Med start fra patienten får diagnosen- gennem behandlingsforløbet og gennem efterbehandlingsforløbet til patientens fremtidige arbejdsmarkedssituation er afklaret*

Senere i projektbeskrivelsen tales der også om rehabilitering af patienter med fokus på livet og med borgeren i centrum. I dette afsnit nævnes der ikke noget om tilbagevenden til arbejde, men der lægges tydeligt vægt på, at det er borgeren, der med støtte fra rehabiliteringsteamet skal finde frem til, hvad der er bedst for den enkelte. Rehabiliteringsplanen, som hver enkelt patient i projektet skal have, vil således både indeholde elementer, som peger på tilbagevenden til arbejdsmarkedet og elementer, der ikke nødvendigvis peger i den retning. Der kan naturligvis godt være overensstemmelse mellem de to typer af formål, men omvendt er der ingen garanti for at det er tilfældet. Man kan derfor med rimelighed sige, at projektets formål ikke har været helt klare for alle deltagere, hvilket også kan ses i en række udtalelser fra respondenterne, der typisk overvurderer vægten på tilbagevenden til arbejde, selv om det f.eks. ikke direkte fremgår af projektbeskrivelsen, at borgerne skal hurtigere eller mere tilbage til arbejdet.

I det følgende afsnit ser vi først på, hvordan de eksterne parter og teammedlemmerne vurderer projektets styrker og svagheder. Dernæst vurderer vi i et særligt afsnit, hvordan respondenterne vurderer et af de centrale mål i projektet, nemlig tilbagevenden til arbejdet, og endelig hvordan respondenterne vurderer afgrænsningen af målgruppen for rehabiliteringsindsatsen.

5.2 Styrker og svagheder ved kræftrehabiliteringsprojektet set ude fra

I dette afsnit beskrives kræftrehabiliterings-projektets styrker og svagheder, ud fra hvad Aalborg Jobcenter, Kræftens Bekæmpelse, praktiserende læger i Aalborg, Aalborg Sygehus og styregrubeledere fra Sundhed og Bæredygtig udvikling udtrykker. Det er altså de "eksterne" parter vurderinger, der her kommer frem.

Styrker

Overordnet peger de nævnte parter på at kræftrehabiliteringsprojektets vigtigste styrker er:

- At teamets socialrådgivere får indsigt og forståelse for kræftpatienters problemstillinger
- At det er positivt, at teamets medlemmer fysisk er placeret samme sted.
- At det er en styrke i sig selv at borgerne omfattet af projektet får tilbuddet

1) Socialrådgivernes forståelse og indsigt i kræftpatienters problemstillinger

SH: At det er de samme socialrådgivere som der patienterne hele vejen igennem. Det er virkelig noget, der har betydet noget, og det er også noget, jeg har kæmpet for fra begyndelsen, så de svage og dårlige som var truet på deres liv ikke skulle udsættes for socialrådgivere af meget forskellig karakter med manglende forståelse og pres. Her er det de samme, som får noget viden om tingene, og det har virkelig været en gevinst, tror jeg

KB: Det er en stor styrke, at dagpengerådgiverne sidder derude. Den viden de får omkring det at være kræftpatient...Det, synes jeg, er unikt for det projekt her i landet, altså på landsplan.....så det, synes jeg, er noget af det, der er helt unikt ved det her.

SBU: Det er helt klart sygedagepengerådgivningens indkorporering sammen med den øvrige indsats, både fagligt set og i forhold til borgerne med kun én indgang.

Jobcenterchef: Set fra jobcenteret af, så er der ingen tvivl om, at der er en stor styrke i det tilbud, vi kan give de kræftramte ved, at vi her får et par... Vi samlet en opgave hos et par rådgivere, der får en kæmpestor indsigt.... De sidder i et hus med sit fællesskab med folk, der ved en frygtelig masse om det her område og får en ekspertise og en viden om problemstillingerne som er, tænker jeg, meget vigtig i forhold til de svære sager, man sidder i.....Altså, og det er der jo også både plusser og minusser i. fordi nogle gange så kan det også være positivt, det med at blive pirret eller udfordret i forhold til det der myndighedsfokus. Det er jo i virkeligheden det, vi gør her. Det er, at vi tvinger dem ind i nogle sammenhænge, hvor de får nogle andre vinkler på den sygeramtes situation, end vi gør, når vi sidder mere specialiseret og laver nogle gange det her lidt "dumpe" opfølgingsarbejde, som vi gør i sygedagepengerollen.

L: Jeg tror det er for sagsbehandlerne, fordi de har ikke tidligere kendt så meget til sygdom og de er blevet lidt mere interesseret i sygdommene og de kan spørge lidt.

Men der er også kritik af, at socialrådgiverne i udgangspunktet ikke har noget viden om kræftbehandling, så der er tale om en viden, de har erhvervet i kraft af projektet

L: Så er problemet lidt derude, altså den faglige viden, den er måske ikke lige på stedet, men så ringer de fx til mig, og spørger lidt om, hvad man kan forvente i forbindelse med nogle bestemte lidelser mht. at sætte krav til genoptræning og lignende. Men der mangler de nok en oprustning af den faglige viden omkring sygdommene.....Jeg taler om sagsbehandlerne, ikke fysioterapeuterne der giver træning og lignende, det er udmærket at de gør det. Jeg taler specifikt om socialrådgiverne, som måske ikke, de har ikke den medicinske baggrund eller sygeplejemæssige baggrund for at kende sygdommen så godt, og det tror jeg bliver en styrke for dem at de sidder sammen med nogle andre de kan spørge der ude. Men der er nogle specielle lidelser hvor jeg må sige der kan det godt være nødvendigt at man altså måske stikker fingeren i jorden og spørger en eller anden sundhedsfaglig person om det er rimeligt at man forlanger en genoptræning af vedkommende.

2) Positivt at teamets medlemmer fysisk er placeret samme sted.

SH: Fordi det har stor betydning for borgerne, med den fælles udvikling af feltet. Det ville ikke være nået det til sokkeholderne hvis det fortsat var fragmenteret. Der kommer til at ske en hel masse med fælles udvikling med fokus på tilbagevenden til arbejde og give folk ressourcer med historiefortællinger osv.

Jobcenterleder: Jamen altså, nu har jeg ikke haft så meget kendskab til, hvilke tilbud, der var til kræftramte før, men altså sådan som jeg ser det, så er det jo et meget flot tilbud med gode muligheder for, at man kan deltage i forskellige træningsaktiviteter og vejledningsting osv. Det synes jeg da er et flot tilbud, og der er jo samlet nogle funktioner. Altså, man kan jo tage ud til Hasseris Have og snakke med den ene eller den anden, så der ligesom er et bestemt sted, der er udgangspunktet for det. Det har der mig bekendt ikke været før, så har det været Kræftens Bekæmpelse måske eller, hvordan det nu har fungeret, men det synes jeg da er et flot tilbud.

Jobcenterleder: Men jeg synes, at når jeg sådan ser, at man kan møde andre, og man kan gå til noget træning, og man kan få en familiesamtale eller hvad det nu er, de kalder det...

L: Det er jo teamet som helhed, der arbejder sammen og patienterne får indtryk af at der en vifte af tilbud de får. De er ikke alene derude. De skal ikke løbe forskellige steder hen for at få hjælp. De kan få det, når de er på stedet.

Selv om der er enighed om det hensigtsmæssige i at teamet er samlet fysisk er der en vis kritik af de fysiske rammer i Sundhedscenter Aalborg:

KB: Jeg synes stadig det bærer meget præg af den der plejehjemsånd.....det minder om et sygehus og der har været rigeligt sygehus i de der menneskers liv når man nu bruger mange penge på at bygge det om så skal man tænke.

3) En styrke at få tilbuddet i sig selv

SH: En styrke er også at alle får tilbuddet, så kan de tage imod det eller ej.

L: Altså, jeg synes jo det er godt at man har taget hånd omkring kræftsygdommen, så det ikke bare er noget der er skåret ned, sådan at man kan leve med det og bevare sin kampgejst og sin iver og tro på tilværelsen.

L: At det er at alle, der opfylder kravene for at indgå i projektet bliver tilbudt, når de kommer forbi sygedagpengesagsbehandleren, for det er det eneste sted, man rigtig har fanget dem, der er de jo fanget 80 pct.Man kan sige alle får i hvert fald tilbudt en rehabilitering, og så kan de sige, takke nej, men sagsbehandlerne de har i hvert fald givet dem tilbuddet. Og det er det nye. Det fik de ikke før. Der fik de lov til at passe sig selv.

Svagheder

Overordnet peger de nævnte parter på, at kræftrehabiliteringsprojektets svagheder er:

- At målgruppen er for afgrænset
- Mangel på ledelse/ dobbelt ledelse
- Fastholdelse af borgeren i patientrollen
- Tidlig opsporing

1) Målgruppen er for snæver

SH: Noget af det som er vanskeligt er, at vi har skullet tilgodese et segment af patienterne. At medarbejderne har skullet kontrollere, om de var bosat i AAK, er de i erhvervsaktiv alder og kan de i det hele taget komme ind. Det er sådan noget, som vi på sygehuset ikke kan finde ud af. Så enkelt er det. Hvis vi skal gøre det ift alle patienter så kan vi, men ellers går det meget nemt dårligt. Det er en svaghed.

SH: Jeg har så hørt fra de praktiserende, at der er en vis utilfredshed blandt patienterne, at det er noget trælst, hvis man er født på den forkerte side af kommunegrænsen

Jobcenterchef: Hvorfor var det nu lige vi landede der? Men det tror jeg i bund og grund var fordi vi har forsøgsmæssigt har haft brug for at have en veldefineret gruppe. Og det er jo til at arbejde med, havde jeg nær sagt. Kræftramte. Punktum. Og så der erhvervsaktive, fordi det jo også er et forsøg gående på, hvad vi kan gøre i forhold til tilbagevenden til arbejde.

2) Mangel på projektledelse/dobbelt ledelsesproblematik

I kapitel 4 om projektorganisering og ledelse har vi allerede sat fokus på de specifikke forhold om ledelsen af projektet, men det er værd at bemærke, at når vi spørger til de generelle svagheder ved projektet som sådan, bliver netop ledelsesproblemer nævnt af flere. Det må derfor nok tillægges en vis vægt i den samlede bedømmelse af projektet.

SBU: Det kunne også have været godt med en projektleder. Hvis jeg skulle forestille at have titlen som projektleder, er jeg meget langt væk den daglige udførelse. Vi har haft nogle få møder sammen med medarbejderne og medarbejderne har også været i styregruppen to gange, men det daglige. hvad var ideen og diskursen, det deltager jeg ikke i.

SBU: Og samtidig er teamet jo ikke en isoleret ø i sundhedscentret. De er også en del af et rehabiliteringsteam udadtil, så det har været svært, at skabe meget klare rammer. Der er også en problemstilling i forhold til at være flere forvaltninger om ledelse, kollegasammenfald og uddannelse, og det har vi ikke lige sådan en model, der bare klarer. Der opstår diskussioner, og der skal laves aftaler.

Jobcenterleder: Ja, altså, hvis jeg skal se på det som er min egen opgave, så er det klart, at det at have to-tre medarbejdere, der sidder et andet sted er besværligt og der er nogle ulemper ved det. Det er klart.

Jobcenterleder: Ja og så selvfølgelig den faglige... sådan styr på, hvad der foregår, altså at kunne være med til at lave faglig sparring sammen, det er sværere. Altså, det er jo ikke sådan, at nogle gange så ringer de om et eller andet eller mailer eller sender en sag om noget, som vi selvfølgelig snakker om, men altså jeg har jo slet ikke den samme fornemmelse, som jeg har hér [på jobcentret] og det er jo en af problemstillingerne ved at have sådan en satellit.

3) Sygeliggørelse og fastholdelse af patienten i sygerollen.

I nogle af respondenternes udtalelser fremkommer det synspunkt, at borgerne via rehabiliteringsforløbet og den individualiserede sagsbehandling løber en risiko for, at borgerne fastholdes i en patientrolle, frem for at komme videre i livet og tilbage til arbejdet. Der er ikke i projektet opsamlet dokumentation, der kan belyse, om det faktisk forholder sig sådan.

L: Ja, det kan være, at man sygeliggør patienter, der i virkeligheden godt føler sig raske, men så siger de, det kan jo ikke passe, at du allerede har lyst til at gå på arbejde nu eller vende tilbage til arbejdsmarkedet. Du er slet ikke kommet igennem hele vores forløb. Så kan man jo holde dem lidt i sygdomsrollen, fordi man altså nu har hele det her team sat i værk. Så at man i virkeligheden forhaler situationen for nogen, der ville være startet noget før. Det kan jeg se som et minus.

SH: Jeg kunne have en mistanke om at men ved at tage dem i et forløb måske har holdt dem for længe i en patientrolle frem for at få dem i arbejde

L: Nogle fagpersoner... de kan også komme i et afhængighedsforhold, sådan at deres klarsyn på patienten i sagsbehandlingssammenhæng ville blive farvet af det, sådan at de ikke overholder sygedagpengereglerne. Men siger, det er også synd og vi kan forlænge det lidt, fordi det er synd for den her stakkels patient.

4) Tidlig opsporing

Ud over ovenstående punkter, er der et par emner, hvor parterne er uenige om, hvorvidt der er tale om en styrke eller svaghed. Det gælder for eksempel temaet om den tidlige opsporing på diagnosetidspunktet:

SH: Ja vi har hørt det fra starten og fra mange afdelinger at patienterne ikke kan forholde sig til det når det f.eks. lige har fået fjernet et bryst. De bliver fyldt med så megen information at de ikke kan forholde sig til det på det tidspunkt (...)Det var vi også nogen uenige om fra starten af. Personligt mener jeg at det nok var lige tidligt nok.

SH: Det har vi diskuteret og der var da også noget der mere end strittede på mig. Der er altså grænser for hvad man kan forholde sig til, og det eneste der står i hovedet med en ny kræftdiagnose er at få den fjernet den kræft, og det at komme i arbejde de bliver en biting. Og uanset om det er styregruppen eller dem der står tæt på patienten så har man måske ikke haft lyst til at udlevere den pjece. Der er så meget andet.

L:..... Men jeg kan på den anden side godt have bekymringer for, at lige når man får at vide at du har lungekræft eller brystkræft eller underlivskræft, så vi skal lige snakke om, hvordan du kommer på arbejde igen. Det tror jeg, at mange har svært ved at klare lige på det tidspunkt. Der skal nok lige gå et par dage, før man skal tage alt det der, og der kan man jo godt have forskellige vinkler på det afhængigt om man er læge eller socialrådgiver, altså, man ser verden ud fra den stol man sidder på. Om det skal være på den første dag eller længere henne i forløbet tror jeg er op til situationen. Det man hører, altså i det øjeblik man bliver tilbudt at komme op på skinnerne igen, kan jo dels tolkes som noget meget positivt, eftersom der er nogen, der kærer sig for én, men der er også andre der kan synes, at de ikke tænker på andet end at få mig ud at slæbe igen, og jeg har det ikke så godt. Så jeg tror man skal være varsom med, hvordan man omgås det.

Overfor disse lidt skeptiske synspunkter står der nogle andre, som fremhæver fordelene ved den tidlige opsporing:

SBU: Det har været en svaghed, at vores tænkning omkring forløbskoordinatorerne er slået fejl ideen med tidlig opsporing ikke har kunnet bringes til at fungere..... Vi er ikke blevet afkræftet i at det er en god idé.

KB: Vi undrer os over heroppe over at man ikke på hospitalet kan se, at her har vi én der bor i Aalborg Kommune, og så må I lige på en eller anden måde via forløbskoordinatoren kunne få en lidt bedre sammenhængskraft

Opsummering

Når vi spørger til projektets samlede styrker og svagheder, tegner respondenterne et billede, som i store træk svarer til det billede, de giver på mere detaljerede spørgsmål. Blandt de eksterne er der stor enighed om, at projektets særkende med placering af socialrådgiverne fra jobcentret på samme fysiske lokalitet rummer store fordele, fordi borgerne oplever større sammenhæng, og fordi de lovbestemte myndighedsopgaver bliver løst med større indsigt i de problemer, som borgere med kræft har undervejs i et rehabiliteringsforløb. Sammenlignet med tidligere er det også de eksterne parters vurdering, at det er en meget stor fordel, at alle borgere i målgruppen rent faktisk får tilbuddet, hvilket ikke var tilfældet før projektet blev sat i gang. Men netop den afgrænsede målgruppe giver også anledning til kritik, fordi der ikke, set med de eksterne parters øjne, er nogen særlig logik i at sætte aldersgrænsen netop ved 60 år. Denne kritik er dels funderet i principielle synspunkter om, at alle bør have tilbuddet uanset alder, men også i praktiske grunde, hvor det især for sygehusansatte kan være svært at skulle forklare, hvorfor ældre, og ikke erhvervsaktive er uden for projektet, uanset at de fortsat kan få det normale rehabiliteringstilbud. Der er også kritik af den

delte ledelsesmodel fra de eksterne deltagere i projektet, og deres synspunkter er ikke meget forskellige fra teammedlemmernes eller de synspunkter, som lederen af sundhedscentret har jf. kapitel 4.3 og det efterfølgende afsnit. Endelig har nogle af de eksterne deltagere haft kritiske synspunkter på balancen i projektet mellem indsats, der sigter mod at komme tilbage til arbejdsmarkedet og indsats, der betoner andre sider af rehabiliteringen, og det nævnes som en risiko, at borgerne fastholdes i en patientrolle via projektet.

5.3 Styrker og svagheder vurderet af teammedlemmerne

Vi har også spurgt de ansatte i rehabiliteringsteamet (inklusive psykologen fra Kræftens Bekæmpelse) i Sundhedscenter Aalborg om de overordnede styrker og svagheder ved projektet som helhed.

Styrker

De styrker som teamet fremhæver handler især om samlingen af forskellige typer af kompetencer og viden på ét sted.

SR: Altså, jeg synes jo meget det der med, at man har et samlet tilbud med tilbud, der består af myndighedsdelen, og vi kan sidde og varetage den opgave med råd og vejledning, og vi har nogle diætister og fysisk træning. Altså, at man har et samlet tilbud til dem, som de ikke tidligere har oplevet. Det ser jeg som en stor fordel, at der er kommet øget opmærksomhed på det, at de ikke bare bliver en sag, der bliver nedprioriteret, men at man kommer herud, hvor man har stor fokus på, hvad betyder det at have en livstruende sygdom

SR: Styrken også er, at man udelukkende sidder med det her område. Det vil sige, at man kender meget mere til kræft og ikke bare kræft som et overordnet emne, men at man kender kræft ned i dens sygdomme og man kender noget til behandling og man kender noget til følger, bivirkninger og behandlinger osv. så det gør at når vi snakker med folk, så kan vi stille dem relevante spørgsmål og ikke bare spørgsmål, fordi vi skal følge op med standardspørgsmål og måske også, tænker jeg, det, der også er forskellen, er også, at her kombinerer vi kontrol og råd og vejledning, som fylder rigtig meget, sammen med information og viden omkring området i én klump. Sammenholdt med at man ikke kan springe fra Herodes til Pilates, som de er vant til, når de kommer fra sygehuset, hvor de møder mange forskellige læger og sygeplejersker, så her der møder de teams, og de får tildelt en forløbskoordinator; hende hører du til, det er din kontaktperson og du får den rådgiver, og der hører du til, så på den måde er det et sammenhængende forløb, de møder.

SR: Nej, men det er i hvert fald det, som borgerne siger, har betydning for dem, at de kommer et sted, hvor de møder ligestillede, og de har tilbuddet om noget genoptræning, og de oplever nogle forskellige tilbud også i stedet for, at man står selv og tænker, at jeg vil godt bruge mere genoptræning end det, jeg har fået på sygehuset, hvor skal jeg søge det henne, så at man har det samlet, er rart. Det er, hvad jeg hører borgerne sige, at de er glade for.

***Sundhedscenterleder:** Altså, nu er jeg i den lykkelige situation, at jeg faktisk synes, at det er meget ideelt det vi har. Det har vi også udviklet på i snart to år. Men vores måde at gøre det på er meget vanskelig. Altså, hvis man skal se det fra en borgers synsvinkel, så tænker jeg at det er meget ideelt.*

Men også teammedarbejderne har synspunkter på målgruppen og fremhæver, at man er kommet længere i populationen af kræftramte i kraft af projektet, så flere end hidtil får tilbuddet, og at de får det i det øjeblik, de kommer fra sygehuset. Denne opfattelse er måske et stykke fra virkeligheden, alene fordi ca halvdelen af de kræftramte, som får tilbuddet, siger nej tak, men også fordi afgrænsningen af målgruppen indebærer, at rigtig mange borgere med kræft (især ældre) ikke får tilbuddet.

***Sundhedscenterleder:** Altså, det er jo en god styrke, at vores dagpengerådgivere griber hver eneste, så vi er sikker på, at alle får tilbuddet. Det ville vi ikke være sikre på ellers. Sådant som det fungerer. Men det er en styrke, at vi har haft opbakning og støtte helt ind i teamet fra Kræftens Bekæmpelse. De har været med til at udvikle den måde, vi gør tingene på. Altså, det er en styrke at satse på at nå folk så tidligt som muligt. Det er det. Vi vil bare gerne nå dem endnu før.*

***FK:** Det bedste det er jo at kunne gøre noget i forhold til at støtte borgerne i det øjeblik de kommer fra sygehuset. Det er i hvert fald der mange synes, at de står og mangler nogen, som kan støtte dem, bakke dem op og fortælle dem, hvad er nu godt for mig. Det bedste det er så at se, at rehabiliteringen fungerer for dem, for mange af dem. Altså, vi har selvfølgelig nogle som får recidiv, tilbagevenden af deres sygdom, men hvor de egentlig har rigtig god virkning af de kan komme sammen med nogle andre ligestillede og de kan komme til os hvis de har nogle spørgsmål hvad enten det gælder arbejde, eller ting i kommunen eller via til sygehuset, kontakter til sygehuset*

Også den fysiske samling tilkendes stor værdi:

***F:** Jamen styrken det er, at vi er mange fagpersoner, der er samlet her på stedet. At der er forløbskoordinatorer, der er sygedagpengerådgiverne, der er diætister, og der er fysioterapeuter. Altså, vi er samlet på et sted. Altså et lille sted. Altså fordelene ved at træne her, det er at sådan, at vi fysioterapeuter vi har ekspertisen, og kan rådgive den enkelte, og det er små grupper, forholdsvis små grupper, individuelt.*

Svagheder

Selv om samlingen af forskellige former for faglighed ses som en styrke peger en del af teammedlemmerne også på, at det er en lang og ikke helt let proces at dele viden og udnytte hinandens faglighed:

***SR:** Nej, det er en udfordring at skulle lære at arbejde tværfagligt vil jeg sige. Altså, det er svært at finde ud af, hvad tværfaglighed egentlig er og man kan sige, at det har taget os lang tid og det er noget som vi stadigvæk arbejder på, hvordan er det man deler viden og hvordan er det man får alting til at spille sammen fordi, hvis jeg skal snakke med nogen om at starte på arbejde, så er det relevant at jeg ved hvordan det går med træningen – skrider det fremad og hvordan har de det og det er ikke bare sådan lige at få delt den viden, men om jeg vil sige om det er en decideret svaghed, det ved jeg ikke fordi det er bare en proces, og det tager lang tid og det er frustrerende og der er mange faser i det*

F: Altså en af svaghederne i vores projekt, det er i hvert fald at vi sidder i flere teams ... Fordi vi skal rende til møder i andre teams og altså vores dag den er delt og splittet. Der er ingen sammenhæng for os i det. Vi bliver nemt, der kommer nemt stress ind over.

Dertil kommer, at den lovgivning, som gælder på beskæftigelsesområdet, konkret griber ind i mulighederne for at arbejde i overensstemmelse med projektets intentioner:

SR: Jeg synes i hvert fald, at det der er det afgørende og ulempe for os og det er nok primært os som faggruppe, det er at vi har myndighedsdelen. Den kommer til at være en ulempe for os på nogle punkter, men den kommer også til at være en ulempe for teamet generelt.

Teammedlemmerne er også opmærksomme på, at projektet har nogle svagheder i relation til ledelsesstrukturen:

SR: Sundhedscenterlederen har ikke råderum over vores arbejdstid og det er jo en kæmpe ulempe, men vi skal jo have en myndighedsleder og det er jo så en jobcenterleder inde fra centrum fordi vi skal have en til at skrive under på sager, som har kompetencen og hun er jo også et andet sted, så hun er jo heller ikke tæt på os på den måde, så vi er sådan lidt lederløse.

Sundhedscenterchef: Men jeg tænker det er ikke så ideelt, for de udøvende, der er jo mange vanskeligheder forbundet ved at køre på den måde vi gør nu. Altså, der er vanskeligheder ved at have socialrådgivere flyttet herud. Som så har mig som daglig leder og så har deres egen jobcenterchef som faglig leder på myndighedsdelen. Og det giver også nogle indviklinger nogle gange.

FK: Jeg synes det er lidt svært ift. SBU. Jeg synes det kan være lidt svært, vi er sådan lidt for langt fra hinanden... Vi sidder med borgerne og de sidder sådan med de mere teoretiske ting, omkring hvad man bør og skal gøre. Og når så tingene viser sig at være lidt anderledes fra vores side, og det vi ser og fortæller, det er ligesom om, det ikke når så langt videre altid

Opsummering

Det er tydeligt og forventeligt, at teammedlemmerne mere vurderer de nære ting, når de bliver bedt om at vurdere projektets styrker og svagheder, og deres billede supplerer herved de eksterne aktørers mere overordnede perspektiv. De lægger vægt på, at det er lykkedes at etablere et team og et samarbejde, selv om de også er opmærksomme på, at det er en lang og til dels besværlig proces. De er ret opmærksomme på borgernes reaktioner og de tilbagemeldinger, som de får fra borgerne, virker tilsyneladende meget motiverende på teammedlemmerne. Men de ydre rammer i form af lovgivningen på beskæftigelsesområdet og den delte ledelse giver vanskeligheder for teamets medlemmer i relation til at realisere projektets intentioner.

5.4 Tilbagevenden til arbejdet: Ikke mere men bedre tilbage?

I dette afsnit vil vi gengive respondenternes opfattelser af resultaterne i relation til patienternes tilbagevenden til arbejde. Som tidligere nævnt, er et af projektets særtræk, at indsatsen fra det samlede team gerne måtte medvirke til, at deltagerne kommer tilbage til arbejdsmarkedet på i højere grad og på en anden og bedre måde end før.

Når det handler om det første, altså muligheden for at relativt flere af deltagerne vender tilbage til arbejdsmarkedet er der ingen egentlig dokumentation for dette. I beskæftigelsesforvaltningen er det en vurdering, at det faktisk ikke er tilfældet:

***Jobcenterchef:** Altså, jeg havde jo håbet på at vi havde en tendens til en hurtigere og mere smidig tilbagevenden til arbejde. Det kan jeg ikke sige vi har. Hvis jeg ser på andelen som, i målgruppen her, som i delvis raskmelding, så ligner den sådan set andelen i øvrigt i forhold til sygedagpengeområdet.*

Men samtidig fremhæves det fra beskæftigelsesforvaltningen, at det er vanskeligt at foretage en sikker evaluering, så man er nødt til at måle på nogle af de eksisterende instrumenter bl.a. delvise raskmeldinger, og det ses som en svaghed ved projektet, at man ikke har en systematisk evaluering af dette. Projektet ville stå stærkere, hvis det var muligt at påvise, at der kommer flere i arbejde, eller at de kommer hurtigere og /eller bedre i arbejde, men det kan man ikke, som forløbet har været. I forvaltningen afvejer man også indsatsen i forhold til kræftramte med indsatsen over for andre sygdomsramte, og her vurderes kræftramte som en relativ ”let” gruppe. Det er derfor ikke indlysende set ud fra en jobcentertankegang, at kræftområdet skal prioriteres frem for andre sygdomsgrupper.

***Jobcenterleder:** Altså en kræftsag herinde er ikke en sag, som vi bruger mange kræfter på, fordi det er en let sag, og det har normalt sin gang, hvorimod hvis man har fået meget opmærksom på det og har tæt sagsbehandling, hvis man er i projektet... jamen altså, det giver den fare, at man falder over i at blive alt for involveret i de her sygeforløb..... og synes det kan være svært at stille krav.*

Det kan jo også betyde, at når man er så tæt på, så kan man også bedre komme ind og hjælpe vedkommende tilbage. Man kan jo se, at der er mange, der vender tilbage til deres arbejde, men altså om det er flere eller færre... men altså det er klart, at når jeg sidder i min ledergruppe, som er forvaltningen, hvis man så tænker på, at vi skulle aflevere en normering til det, så er det jo ikke der, vi gerne bruge vores tid. Vi har så mange andre tunge sager, som vi har fokus på, så man kunne tænke, om man får det for det, som man skal give. Men altså

man under jo de her mennesker den bedste behandling, men der er jo mange andre sygemeldte, som man også gerne vil give en god behandling.

Også fra nogle af de øvrige aktørers side er man opmærksom på den manglende registrering af ”flere i arbejde”. En af de praktiserende læger har følgende observation:

L: Det jeg kunne have tænkt mig, det var måske, at man havde prøvet at gøre lidt op på.....og jeg kunne godt have tænkt mig, at man måske målt og vejlet lidt på diagnoser og lignende fra en lægefaglig del, så man kunne sige, at det kunne batte. Jeg kunne godt tænke mig, at man havde vist, at de vendte hurtigere tilbage til arbejdsmarkedet end ellers.

En anden mulig svaghed i projektets resultater antydes i følgende citater fra sygehusansatte, en praktiserende læge og fra leder af jobcentret

SPM: Der er jo en målsætning med det her projekt. Har man nået det?

SH: Det er jo igen svært, for vi har ikke noget at måle op imod. Og det kom vi til at tænke på senere. Det er jo ikke lavet noget tidligere, og vi kan kun gøre det i en fremtidig undersøgelse.

SH: Jeg kunne have en mistanke om det modsatte, at man ved at tage dem i et forløb måske har holdt dem for længe i en patientrolle frem for at få dem i arbejde.

Jobcenterleder: Man må selvfølgelig tro, at jo bedre man kommer igennem jo hurtigere kommer man tilbage igen, men om det er givet, det er svært at vide. Altså man kan godt forestille sig eller frygte, at man også bliver lidt syltet ind i, at man ved alt muligt om alting og måske kan blive dårligere til at stille krav til borgerne om, at nu må man også se at komme i gang. Det ved jeg jo ikke vel.

Disse udtalelser fra nogle af respondenterne peger på, at det ville have været en stor fordel i forbindelse med projektet, at der forelå en egentlig effektevaluering i forhold til målsætningen om at vende tilbage til arbejde. Patientundersøgelsen og udtalelserne fra teammedlemmerne giver et positivt indtryk af patienternes oplevelser med forløbet, men flere af de eksterne aktører efterlyser mere håndfaste mål for effekten, og det ser ud til, at den manglende effektevaluering giver anledning til vurderinger og opfattelser af indsatsen, som ikke kan dokumenteres og derfor kan antage karakter af fornemmelser og myter, hvilket næppe er hensigtsmæssigt.

Set med sundhedscentrets og Kræftens Bekæmpelses briller er der ikke så megen tvivl om, at man i hvert fald kommer ”bedre” tilbage til arbejde. I Kræftens Bekæmpelse skelnes der ikke så meget mellem ”tilbage til arbejdet” og ”tilbage til livet”. De to fænomener ses i stedet som en helhed, der ikke er i modsætning til hinanden.

SPM: Har I nogen fornemmelse af hvordan det er gået med at få opfyldt fx det at få folk tilbage på arbejdsmarkedet?

F: Der er mange der er kommet tilbage på deltid.

F: Jeg vil sige hvis man ikke kigger på tiden, altså inden for hvilken tidsramme de skal tilbage, så tror jeg at mange kommer tilbage på arbejdet på et eller andet niveau. Der er også nogle der når at blive pensionister eller efterlønnere

F: Men det er et fåtal egentligt. De allerfleste de vil gerne tilbage..

F: Det vil de...

F: Det er sådan tilbage til dagligdagen. Det er det de allerfleste udtrykker, at de gerne vil. Det indebærer også at komme på arbejde igen.

FK: Jeg ved ikke om de kommer før i arbejde, men de kommer på arbejde på en bedre måde, idet at vi netop har vores rådgivere, som kan vejlede dem alle sammen i, at der ikke er ret mange, der kan klare at gå lige fra sin sygdom og så være 37 timer på. Det ser vi jo. Nogen har gjort det, og så må de sygemelde sig igen. Men den måde de bliver hjulpet i arbejde på, er jo via en aftale med arbejdslederen. Hvordan skal de starte ud i forhold til hvordan de har det. Er det to timer om dagen eller er det halve dage eller det er det hver anden dag de skal arbejde eller hvordan skal de arbejde. Og det synes jeg har været rigtig godt.

SR: Hvis man ser på målet, det overordnede mål, så skulle vi få folk hurtigere tilbage på arbejdsmarkedet, og det har vi næsten sagt gennem hele forløbet, at det tror vi ikke på er realistisk, at vi kan bringe folk hurtigere i arbejde, men vi kan bringe folk bedre tilbage på arbejdet, så vi kan måske undgå nogle senere sygemeldinger og vi kan undgå at folk starter op på 37 timer og bliver sygemeldt fordi det klarede de så ikke, så hvis man skal måle vores indsats økonomisk set, så kan du ikke gøre det over to år, så skal du gøre det over mange år.

SPM: Hvis jeg nu spørger lidt mere kontant, har socialrådgiverne fået flere i arbejde end de ville have fået, hvis de sad i beskæftigelsesforvaltningen?

Sundhedscenterleder: Det tror jeg ikke. Det jeg tror, det er, at vores opgave er at få borgerne hurtigst muligt tilbage på arbejdsmarkedet. Den tænker vi nok med fokus på livet som bedst muligt tilbage på arbejdsmarkedet. Og det tror vi også på langt sigt er hurtigst muligt, fordi vi tror, at hvis man kommer bedst muligt tilbage på arbejdsmarkedet, så kommer man der, når man har overskud og mulighed til at kunne fastholde det, og så render man måske ikke ind i depression, eller hvad det ellers kan medføre.

SPM: Så du ser ikke nogen modsætning imellem det og fokuserer på livet og så det at komme i arbejde igen?

Sundhedscenterleder: Nej

KB: Jeg tror i hvert fald, at de er kommet bedre tilbage til arbejdsmarkedet. Det tror jeg. Og mere rustede. Og de der samtaler, hvor jeg engang imellem er blevet spurgt af sygedagpengerrådgiveren... ..Hvor de har sagt. Hende der, hun ligger lidt i dødvande, kan du ikke godt gå ind og holde en samtale, en livssamtale eller hvad vi vælger at kalde de hersens samtaler, og der har vi jo så haft fokus på de der snublestene, der skal gøres til trædesten. Hvad er det, der kan være svært..... Og det har de så varetaget videre, de sygedagpengerrådgivere... Så jeg tror de er blevet sendt mere hele og bedre tilbage.

Bedre tilbage til arbejdet kan også skyldes, at socialrådgiverne får en ekspertise i kræft og dermed en mere præcis fornemmelse for hvornår og hvordan, borgerne kan vende tilbage:

Socialrådgiver: Og så tænker jeg også i forhold til vejledning, når de skal starte på arbejdet igen, altså, igen vi sidder med ene kræftramte. Så vi ser også et mønster i, hvordan det er bedst for dem at starte på arbejdet igen. Vi har den erfaring og kan fortælle dem, at det vi har oplevet ved andre, det er at lad være med at starte med 37 timer fordi..... så man har den viden at bygge på.

Set med SBUs øjne er det lidt mere usikkert, hvilke effekter projektet har haft i relation til tilbagevenden og sygeliggørelse:

SPM: Hvis man ser på effekterne af dette projekt. Er det lykkedes at få kræftramte mere tilbage på arbejdsmarkedet sådan alt i alt?

SBU: Ja det bliver jo interessant at få belyst. Der kan ske to ting. De socialfaglige kan lære så meget af det sundhedsfaglige, at det er med til, grimt sagt, at fastholde patienten i rollen som syg. Man skal hele tiden have for øje at det er skidegodt for patienten at komme i arbejde kræftsyg eller ej, ja det er det jo ikke for alle altså, det kommer an på jobbet.

SPM: Har I nogen viden om hvad der sket før?

SBU: Vi er ikke i stand til at sige noget fornuftigt om det fordi vi ikke kender fortiden. Og det vil nok gælde for alle projekterne. Vi bliver klogere på, hvor mange der kommer tilbage, det ved vi noget om. Om de kommer bedre tilbage kan vi derimod ikke sige noget om med sikkerhed. Vi tror på det, men vi vil ikke kunne sige noget om det. Det ville vi have kunnet, hvis man fra starten havde lavet designet rigtigt.

SBU: Jeg er spændt på, hvad det betyder med disse lange forløb i modsætning til de korte forløb, der er normale inden for rehabilitering typisk 3 mdr. Her er det meget åbent, hvornår det slutter, og er det fremmende eller hæmmende?

Opsamling

Samlet set fokuserer nogle af respondenterne på, at projektet ikke er tilrettelagt sådan, at det lader sig gøre at finde dokumentation for, at deltagerne vender tilbage til arbejdet i større udstrækning i kraft af projektets tilbud og/eller på en bedre måde. Det anses for en væsentlig mangel, som kan skabe vanskeligheder for projektets fremtid. Omvendt fremhæver sundhedscentret og medlemmerne af teamet, at borgerne efter deres opfattelse vender ”bedre” tilbage i betydningen, at deres tilbagevenden til arbejdet er mere holdbar, realistisk og velplanlagt. Repræsentanterne fra Sundhed og Bæredygtig Udvikling er derimod noget mere i tvivl.

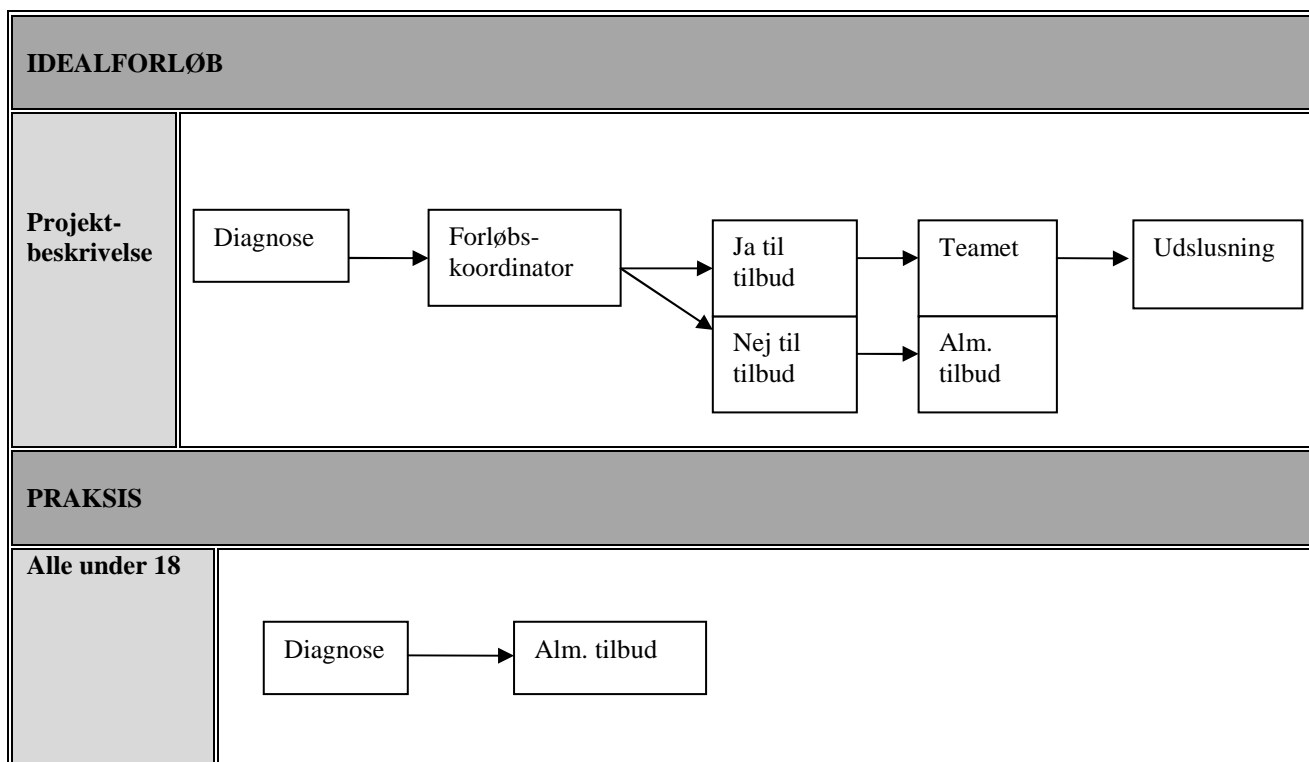
5.5 Hvordan varetages forskellige patientgruppers forhold

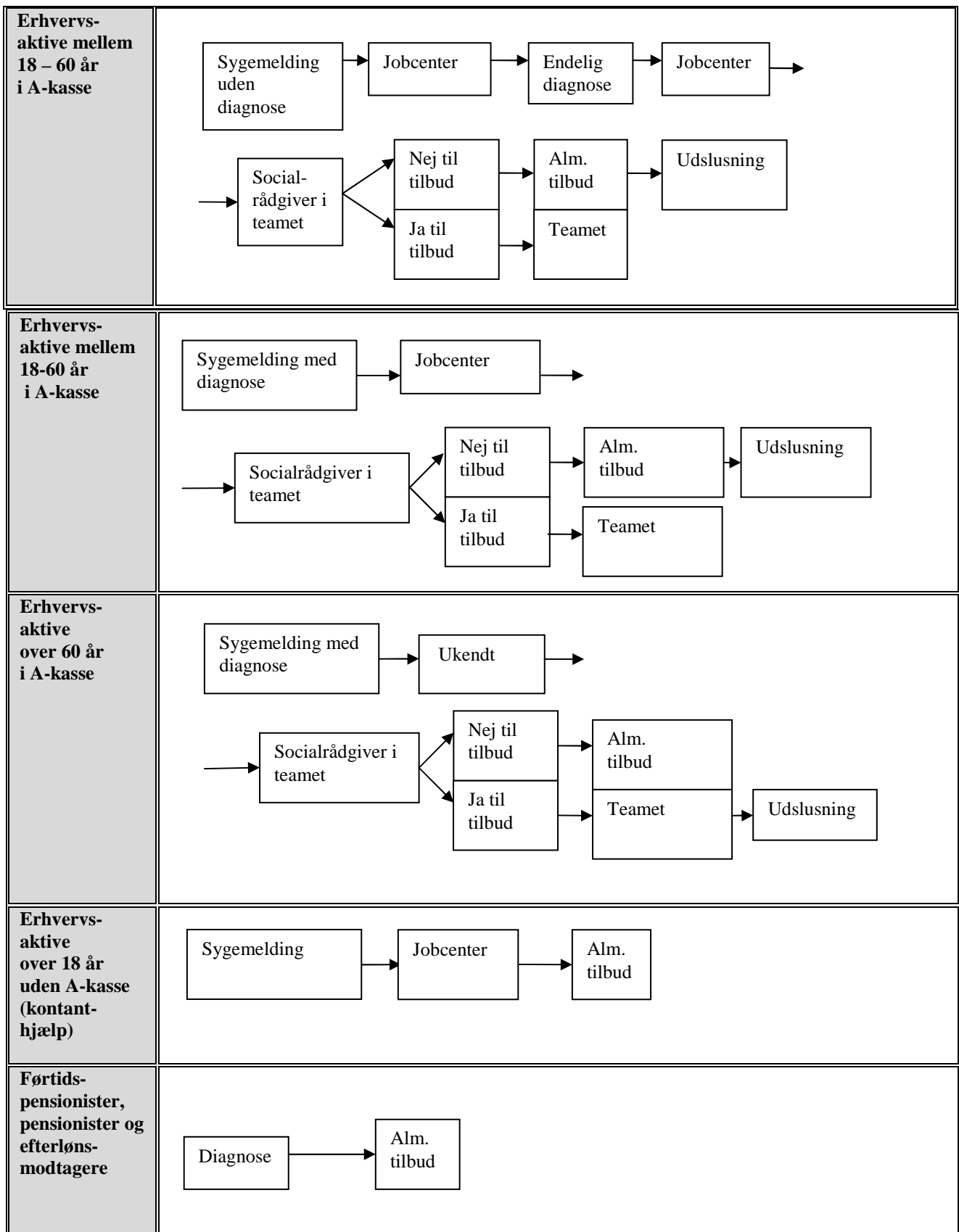
Målgruppen for projektet er erhvervsaktive borgere med kræft i Aalborg Kommune, som er mellem 18 og 60 år. Det er dog ikke udelukket, at andre kræftramte også kan få del i tilbuddet. I forbindelse med projektet er vi stødt på følgende spørgsmål, som vedrører afgrænsningen af målgruppen:

- Kontanthjælpsmodtagere, som tidligere har været erhvervsaktive er ikke omfattet af projektet. Det er der efter respondentudtalelserne ikke nogen faglige grunde til.
- Kræftdiagnosticerede borgere, der ikke er sygemeldte, bliver ikke med sikkerhed fanget op af projektet, fordi de ikke omfattes af en sygedagpengesag. De kan fanges op af information på sygehuset, men som tidligere påvist er det usikkert om informationen gives til alle patienter.

- Erhvervsaktive over 60 år er heller ikke uden videre omfattet, selv om de kunne være interesseret i at vende tilbage til arbejde. Nogle i denne gruppe deltager alligevel i projektet, men det er uklart på hvilket grundlag, de deltager.
- Det er lidt over halvdelen af borgere med kræft, der modtager tilbuddet og der mangler viden om, hvad der karakteriserer de borgere, der ikke modtager tilbuddet. En antagelse kan være, at de fleste af dem er mænd jf. næste punkt.
- Der er en klar kønsmæssig skævhed i den gruppe der modtager tilbuddene ifølge alle respondenter. Noget tyder på, at tilbuddet ikke er attraktivt for mænd i sin nuværende udformning, hvilket også anerkendes af teamets medlemmer, men det kan også hænge sammen med at mænd mindre hyppigt rammes af kræft i målgruppen 18-60 år

Vi har med baggrund i disse observationer søgt at fremstille hvordan forskellige grupper af borgere med kræft har adgang til projektet eller falder uden for og dermed må henvises til det almindelige udbud af rehabilitering i Aalborg Kommune.





Det fremgår af skemaet, at der faktisk er nogle kategorier af borgere, som ikke omfattes af projektet, herunder også en række, der måske kunne og burde omfattes. Vi har udarbejdet bilaget som støtte for de overvejelser, som Aalborg Kommune kan gøre sig i forbindelse med en permanentgørelse af projektet. Det er også tydeligt, at der er flere indgange til projektet, og at ikke alle bliver opfanget via dagpengesager inden for en rimelig tid, selv om de faktisk er omfattet af projektets målgruppe.

At der er borgere der falder uden for tilbuddet, er også registreret af sundhedscentret, hvor lederen, i overensstemmelse med en række medlemmer af teamet, udtaler at:

Sundhedscenterleder: Altså, jeg synes i hvert fald, at hvis man overvejer at gøre projektet permanent, så synes jeg man skal tænke i, hvem er så målgruppen, fordi så synes jeg ikke man kan tillade sig at have en målgruppe, der kun omfatter dem der er tilknyttet arbejdsmarkedet... ..Jamen vi har nogle henvendelser fra folk, vi så må afvise, hvis det er sådan, at de står uden for arbejdsmarkedet. Vi tænker så også, at selvfølgelig har de borgere, der står uden for arbejdsmarkedet mulighed for, at de kan få noget genoptræning efter en genoptræningsplan, men de kan jo ikke få den helhedsløsning, vi kan give dem her, og det synes vi jo også, at de kunne.

Endelig ser det ud til, at der i forhold til de oprindelige intentioner optræder en tidsmæssig forsinkelse, hvis størrelse vi ikke helt kan dokumentere, mellem diagnosetidspunktet og det tidspunkt, hvor borgerne tager imod tilbuddet. Vi kan imidlertid ikke med sikkerhed sige, om denne forsinkelse skyldes mangel på information, eller at borgerne ikke har haft lyst til at deltage på et tidligere tidspunkt. Denne usikkerhed udtrykkes godt af sundhedscentrets leder:

Sundhedscenterleder: De siger jo på sygehuset, at de giver tilbuddet til borgerne og blandt borgerne siger mange, at de har fået tilbuddet, når vi taler med dem. Og andre gange, så siger de, at de ikke har fået det. Det ved jeg ikke... Jeg ved ikke hvad der er rigtigt. Fordi jeg kunne godt forestille mig, at de har fået tilbuddet, men at de på det tidspunkt de fik det, slet ikke har hørt det..... Og altså når jeg sådan tænker på mig selv, så tror jeg også at jeg vil simpelthen blæse det en hatfuld, hvis det var, at jeg skulle have fjernet et bryst. Det var ikke lige det, der stod for. Det kan jeg faktisk levende forestille mig, men det ikke noget, jeg har noget indflydelse på..... Men der kan godt være andre filtre hele vejen igennem. Men så er det den styrke, at vi trods alt møder dem, når de bliver en dagpengesag.

Opsummering

Det er tydeligt, at projektets målgruppe, de 18-60 årige i erhverv hænger godt sammen med ønsket om særligt at undersøge, hvilke muligheder det giver at integrere dagpengerådgivning med øvrig rehabiliteringsindsats. Efter alt at dømmes er det blevet en succes set ud fra de deltagende borgers synspunkt, og denne opfattelse deles jævnt hen af teammedlemmerne og de eksterne aktører om end med visse nuancer, der især handler om afgrænsningen af målgruppen. En nøjere analyse af

målgruppen viser jf. flowchartet, at der er mange veje ind i og ved siden af projektet. Det gode spørgsmål er, om dette har været tilsigtet, eller om det er et uforudset resultat.

KAPITEL 6: PROJEKTETS FREMTID – SYNSPUNKTER OG FORSLAG

6.1 Permanentgørelse?

Vi har systematisk spurgt ind til respondenternes forestillinger om projektets fremtid, hvis det endeligt besluttes, at projektet gøres permanent, og hvilke ændringer, der efter deres opfattelse, skal foretages for at få en optimal løsning i fremtiden. Langt de fleste af respondenterne mener umiddelbart, at projektet bør videreføres, men ikke nødvendigvis i den eksisterende form.

Velvilligheden gælder også, selv om projektet går lidt på tværs af kendte rutiner. Således siger jobcenterlederen:

***Jobcenterleder:** Jamen, altså, jeg har det i hvert fald ikke sådan, at jeg synes, at det er verdens bedste idé, at de sidder derude og skal lave den opgave. Jeg synes der er mange besværligheder i det, men altså det er selvfølgelig... altså, jeg er jo ikke i tvivl om, hvis vi ser på de borgere, vi har med at gøre, det er trods alt det, der er det vigtigste. Så er jeg ikke i tvivl om, at man som borger, ville føle, at der var mere kvalitet i det og det er mere et helhedsorienteret tilbud, at man følte sig bedre behandlet ved, at de sidder derude sammen med de andre og har den ekspertise, som de har. Det er jeg ikke i tvivl om, og hvis det er det man skal prioritere, så er det rigtigt at fortsætte med det.*

Også sygehuset har fokus på egen organisation og behandlingen, men ønsker alligevel projektet videreført:

***SH:** Patienterne vil jo have behandling og behandling. De vil jo være raske. Det er jo det, vi oplever, hver eneste dag, og så kommer det andet jo bagefter. Men jeg synes, at dette er et skridt på vejen til et samarbejde, og jeg håber da bestemt, at Aalborg Kommune vil videreføre i en eller anden form. At de optimerer lidt, og det kan være, at det er andre faggrupper, der skal sidde der.*

Men de mener også, at projektet måske snarere er et skridt på vejen end en endelig løsning:

***SH:** Jeg siger noget, som er modsigelsesfuldt, at standardiseringer kan vi finde ud af, men det er nok ikke det, borgerne har brug for. For eksempel en 40årig patient har jo ikke brug for at blive behandlet som en 75årig. Det her projekt finder man næppe lyset igennem, men måske er det et skridt på vejen. Det er godt, at patienterne er vores fælles fokus, og at indsatsen skal supplere hinanden frem for at hugge det over i bidder, men jeg ser ikke gennembruddet i det her. Det gør jeg ikke.*

***SPM:** Kan man forestille sig en helt anden arbejdsfordeling mellem sygehuset og kommunerne og de andre på rehabiliteringsområdet, end den der nu tegner sig. Kunne sygehuset have en mere aktiv rolle?*

***SH:** Ja det kunne jeg godt, men ikke bare på rehabilitering men også i det behandlingsmæssige, hvor man ikke kiggede så meget på grænserne, men hvor sygehusets ansatte kunne gå ud af huset og levere ekspertviden til andre. Jeg kunne sagtens se et langt, langt bedre samarbejde, end det man oplever med mangel på samarbejde og manglende respekt*

Fra Kræftens Bekæmpelse og Sundhed og Bæredygtig Udvikling lyder det:

KB: *Ja, så synes jeg klart sygedagpengesystemet skal stadigvæk sidde der, og de skal oplæres. ... Fordi de har en rigtig rigtig central rolle i forhold til det her menneske... Jeg synes det er unikt det de, og som sagt det har jeg også sagt før, at det de gør heroppe i Nordjylland, med at de har sygedagpengesagen på kræftområdet.*

SPM: *Det er vel ideen, at det her skal gøres permanent? Hvordan så, hvis I nu skal tænke højt?*

SBU: *Der skal nogle flere medarbejdere til, og så ville det være rigtig godt med én leder på kræftrehabiliteringen. Hvis teamet placeres på sundhedscentret så er det naturligt, at vedkommende refererer til leder af sundhedscentret.*

Der er således bred enighed om at tilbuddet bør videreføres, men der fremkommer samtidig en række synspunkter og kritiske bemærkninger til projektet, som det fungerer i dag.

6.2 Sygehusets rolle

Fra sygehusrepræsentanternes side fremføres der ikke et egentligt behov for at ændre ved den praksis, som har udviklet sig omkring informationstidspunktet. En af repræsentanterne siger således direkte om det forhold, at borgerne kommer ind i projektet via dagpengesagen:

SH: *Personligt synes jeg, det er et passende tidspunkt med de der 4 uger hvor man ved hvad behandlingsplanen er, men jeg ved ikke om det skal være socialrådgiveren, der skal give det.*

Modsat er opfattelsen fra Aalborg kommune, Kræftens Bekæmpelse og de ansatte i teamet, at den oprindelige ide var udmærket, og at forløbskoordinatorerne som kommunalt ansatte godt kunne have deres gang på sygehuset.

SBU: *Men der er ikke nogen faglige grunde, der taler imod en tidlig indsats, der er ikke sådan, at man kan sige, det er meget bedre at vente. Der er ikke nogen faglige grunde mod en tidlig indsats. Det siger de også i styregruppen.*

Hvis man skal se fremad, er der altså to forskellige og umiddelbart modstridende opfattelser, der gør sig gældende. Borgerne selv ser ud til at mene, at information i forbindelse med dagpengesagen er passende eller de efterlyser tidligere information. Ved en permanent ordning kan en mere sikker og tidlig information opnås, hvis der etableres faste og ledelsesstøttede rutiner på alle afdelinger, men samtidig kan dagpengesagerne fungere som back-up system. Problemet kan være, at ikke alle borgere nødvendigvis bliver fanget i sygedagpengesystemet, heller ikke hvis man alene ser på projektets målgruppe.

En anden vej er at lade kommunalt ansatte opsøge patienterne på sygehuset med henblik på at sikre information og vejledning om rehabilitering. Sygehuset og dets ansatte skal acceptere en sådan

ordning, før den har udsigt til succes, og det bør nok overvejes, om en sådan ordning alene skal omfatte kræftpatienter, eller om andre patientgrupper også skal indgå. Der skal også etableres et system som sikrer, at de kommunalt ansatte rent faktisk har realistiske muligheder for at få kontakt med patienterne på sygehuset eller ved direkte henvendelse til patienterne uden for sygehuset. Sygehusets repræsentanter mener ikke, at det uden videre er realistisk, og de støttes af en praktiserende læge som siger:

L: Det tror jeg slet ikke de er i stand til. Det er jo nogle personer, der har vidt forskellige uddannelser. Der er en ergoterapeut og en sygeplejerske, der er dernede i øjeblikket, og de vil slet ikke kunne nå rundt på alle afdelinger. Der er to personer, der er ansat der, og de vil ikke kunne fange dem. Jeg vil også sige, at de vil bruge for meget tid på at løbe rundt til patienterne, og patienterne er jo til undersøgelser, når de er på de kliniske afdelinger. De er der så kortvarigt med de der fortættede forløb, der er, så det vil ikke være farbart.

Et andet tema, som kommer op i forbindelse med en permanentgørelse, er arbejdsdelingen mellem sygehusbaseret og kommunal genoptræning, hvor en praktiserende læge peger på, at det kan være vigtigt, at der bliver etableret en vis rotation mellem sygehusansatte og kommunalt ansatte, eller at man arbejder med delte stillinger i hvert fald på lægesiden.

L: Ja, der vil jeg sige, der er det også vigtigt tror jeg, at man har en rotation mellem sygehus og team, sådan at de får faglig kunnen, så de lever op til de normer, der er. Også for at sygehuset ikke skal sige på sigt, at der skal være specialtræning, men at de ved, at den træning de giver derude, er lige så god som den, de selv vil have givet. Det betyder noget for at henvise, noget før, tror jeg. Så altså man, enten dele stillingerne, det kunne jeg godt tænke mig. Det taler man jo om ... i alle de andre teams vi har derude. Det er meget vigtigt at man har det, at man søger penge fra kronikerenheden til og få lov til det. Så jeg tror, at tendensen vil være, at man skal være begge steder i virkeligheden og have en stor mulighed for rotation.

6.3 Målgruppe

En del af respondenterne peger på, at målgruppen kan være problematisk, hvis man skal gøre projektet permanent. Det drejer sig dels om visse mindre problemer ift de erhvervsaktive jf. kapitel 5 men ellers primært spørgsmålet om, hvorvidt tilbuddet bør udvides til at omfatte alle cancerpatienter. Hvis det skulle blive beslutningen, rejser det en række problemstillinger om organisering og ledelse af kræftrehabiliteringsindsatsen. I forhold til målgruppen er der ingen, der taler for en mere snæver målgruppe. Alle udsagn går i retning af en bredere målgruppe:

Jobcenterleder: Altså, jeg synes i hvert fald, at hvis man overvejer at gøre projektet permanent, så synes jeg man skal tænke i, hvem er så målgruppen, fordi så synes jeg ikke man kan tillade sig at have en målgruppe, der kun omfatter dem der er tilknyttet arbejdsmarkedet. Dernæst så tænker jeg at man skal stille sig til om socialrådgiverne så skal være flyttet herud og bo her, eller om de eventuelt skulle være et kræftteam for sig selv på jobcenteret. Derved kunne de også have et stort kendskab til kræftområdet. Og vi kunne eventuelt have en

socialrådgiver ansat som rådgiver her, der kunne bygge bro til jobcentrene evt. og så tænker jeg i hvert fald også den der med ledelsen. Den skal være klar.

Jobcenterleder: Vi har også stillet nogle spørgsmål til styregruppen. Og der stillede vi blandt andet det her spørgsmål om, hvordan man forestillede sig målgruppen, hvis nu projektet bliver permanent. Og det blev taget meget ilde op fra beskæftigelsesforvaltningens side, for det var slet ikke noget vi skulle gå og bekymre os om. Det var der aldrig nogen, der nogensinde havde nævnt noget om, så hvorfor fandt vi på at tænke på det. Hvor det er en naturlig del af teamets virkelighed og hverdag, at vi går her og tænker på, skal det fortsætte og hvis det skal, hvordan skal det så fortsætte... Jeg kan da i hvert fald ikke holde ud og lukke det her ned, og så skal vi måske starte med nogle nye medarbejdere. Der er jo oparbejdet en masse viden og kompetencer.

Nogle af medarbejderne peger på noget lignende:

F: Ja... altså som jeg nævnte tidligere så bliver man jo, når projektet bliver permanent, et permanent tilbud. Så er man nødt til at åbne op for målgruppen.

SPM: Så I kan ikke forestille jer, at det fortsætter med den samme målgruppe?

F: Nej.. Ikke så snævert.

F: Altså, det kan det i princippet godt, men det optimale vi synes, er vel det at det bliver åbnet op.

F: Kan man tillade sig at udelukke borgere, fordi de ikke er på arbejdsmarkedet?

F: Det synes jeg ikke...

Og det samme gør man fra sygehusets side:

SH: Noget af det som er vanskeligt er at vi har skullet tilgodese et segment af patienterne. AT medarbejderne har skullet kontrollere om de var bosat i Aalborg. Er de i erhvervsaktiv alder og kan de i det hele taget komme ind. Det er sådan noget som vi på sygehuset ikke kan finde ud af. Så enkelt er det. Hvis vi skal gøre det ift alle pt så kan vi, men ellers går det meget nemt dårligt. Det er en svaghed.

SH: På en eller anden måde så synes jeg også, at projektet her sigter mod en meget smal gruppe, de erhvervsaktive under 60 år. Jeg synes man taber flere, end man vinder, fordi det er et projekt, og man er nødt til at se på en speciel gruppe, og målet har jo også været at få folk i arbejde igen for at spare dagpengeudgifter, det er jo ikke noget filantropisk med at forbedre livet for kræftpatienter.

6.3 Ledelse

Der er bred enighed om, at man, i forbindelse med en beslutning om at gøre projektet permanent, skal have en mere éntydig ledelse.

Det kan være en særlig leder af kræftrehabiliteringen, som kunne referere til centerlederen:

SBU: Det være rigtig godt med én leder på kræft rehabiliteringen. Hvis vedkommende skulle placeres på sundhedscentret så naturligt, at der refereres til leder af sundhedscentret.

Men der er ikke enighed om hvilken konstruktion, der ville være hensigtsmæssig. Lederen af sundhedscentret har en klar holdning:

***Sundhedscenterleder:** Altså, hvis jeg helt selv kunne bestemme så skulle dagpengedelen blive på jobcenteret.*

***SPM:** Og det helt afgørende argument for det, hvad er det?*

***Sundhedscenterleder:** Det er også, at jeg synes, der bruges meget tid med at være et team med tre rådgivere, der alle tre bruger tid på dit og dat. Jeg tror på, at den fordel vi har opnået ved at de er her, og ved at de bliver så dygtige inden for det her område. Den kan man altså også godt opnå ved at de arbejder udelukkende med kræftpatienter fra jobcenteret. Man kunne godt have et tæt samarbejde alligevel, og så kunne vi have en rådgiver, som del af teamet her, der så var en del af det tværfaglige team.*

Og lederen af jobcentret har følgende synspunkt:

Jobcenterleder: Jamen, altså som sådan er det selvfølgelig altid besværligt at man skal til at bevæge sig af sted efter det, men sådan er det jo mange ledere, der må have det, men det er ligesom... de er en del af en anden organisation

Jobcenterleder: Jeg er meget usikker på om myndighedsopgaven, om det er godt at have den dér på sigt, altså om det kan lade sig gøre på sigt, og om det kommer til at udvande og forringe kvaliteten i vores del.

Disse synspunkter om besværlighederne ved den nuværende ledelsesstruktur må imidlertid, i forbindelse med en beslutning om at gøre projektet permanent, afvejes i forhold til fordelene ved at have socialrådgiverne placeret sammen med de øvrige medlemmer af teamet og borgernes lette adgang til samlet rådgivning. Disse fordele fremhæves generelt af både de eksterne aktører og af de fleste teammedlemmer og ikke mindst af borgerne.

6.4 Organisering

Flere af respondenterne kommer med tanker og idéer til, hvordan den fremtidige organisering kunne se ud, og hvilken arbejdsdeling der skulle være, dels i selve teamet og dels imellem parterne i projektet.

For så vidt angår selve arbejdsdelingen i teamet er det mest fremtrædende tema, at flere rejser spørgsmålet om forløbskoordinatorernes rolle i fremtiden. Den overvejende del af respondenterne er af den opfattelse, at forløbskoordinatorernes rolle, som den har udviklet sig i løbet af projektet, ikke er hensigtsmæssig, selv om de fortsat udfylder en koordinerende rolle i forløbene og i forhold til andre dele af kommunen. Det vil derfor være væsentligt at få afklaret, hvilken rolle de skal have i en permanent struktur. Forvaltningen for Sundhed og Bæredygtig Udvikling har selv gjort sig nogle overvejelser om forløbskoordinatorer i fremtiden:

***SBU:** Desuden skal vi ikke ind og søge projekter med forløbskoordinatorer eller arbejde med det her begreb, før vi har nogle erfaringer med den slags. Der bliver talt meget om dem, men vi mangler erfaringer med dem.*

SPM: Ja der tales meget og skrives lidt om det

SBU: Jo bedre vi bliver til at samarbejde i teams og på tværs, jo mindre får vi i realiteten brug for en forløbskoordinator som person. Det er jo personer, man har talt om i høj grad, og det er fordi vi ikke er i stand til at arbejde sammen.

SBU: Sådan tænker jeg ikke. Der er da et arbejde i at koordinere ting. Hvis der er et stykke reelt arbejde i koordination, er der en reel funktion, som kan sættes i funktion som skal løses.

I ovenstående citater tales der i realiteten om to forskellige koordinatorroller, som begge tillægges forløbskoordinatorerne. Den ene rolle handler om at være koordinator mellem organisationer i et tværororganisatorisk eller tværsektorielt samarbejde, og den anden handler om koordinering af arbejde og daglige rutiner. Hvis koordinatorrollen, som tilfældet er i dette projekt, handler om koordination af patientforløb, kan rollen komme til at indeholde begge funktioner. Det har også været tilfældet med forløbskoordinatorerne i dette projekt, der har skiftet rolle fra at være koordinator på tværs af organisationer (rollen som opsøgende på sygehuset) til overvejende at være koordinator af det interne samarbejde i forhold til de enkelte patienter (rollen som tovholder og intern koordinator) og i et vist omfang til afdelinger i kommunen. Ser man på fremtiden, er der flere forskellige modeller, der kan komme på tale:

- En mulighed er, at rollen omdefineres, så man går tilbage til den oprindelige idé med opsøgende forløbskoordinatorer på sygehuset, og samtidig kunne forløbskoordinatorerne være de centrale og koordinerende personer på rutinerne i rehabiliteringsforløbet med jobcentrets socialrådgivere i en mere tilbagetrukket og afgrænset rolle, end tilfældet er nu.
- En anden mulighed er, at dagpengesagsbehandlingen flyttes væk fra teamet til jobcentret, men stadig samles på nogle få personer, der herved kan få større ekspertise. Hvis denne løsning vælges indebærer det samtidig, at man bør revurdere opgaver, bemanning og sammensætning af teamet og koordinatorerne vil da få en mere central rolle.
- En tredje løsning vil være at fortsætte som nu med socialrådgivere i en central rolle med udvidelse af de funktioner, der normalt ligger i rollen som jobkonsulent inklusive koordination af forløbene. Rollen som forløbskoordinator vil da blive mere eller mindre overflødig.

Uanset hvilken model man vælger, bør man i forbindelse med en permanentgørelse af projektet revurdere sammensætningen af teamet og herunder vurdere følgende, som forskellige af respondenterne har peget på.

- Det bør overvejes, om der mere permanent skal tilknyttes psykologbistand til rehabiliteringsindsatsen både til patientsamtaler og til supervision af teamet.
- Det bør overvejes at tilknytte fast lægefaglig bistand enten i form af træk på sygehuset eller på anden vis.

- Ansatte i teamet bør enten ved ansættelsen have viden om eller erfaring med kræftpatienter eller erhverve den efterfølgende.
- Der bør være bedre muligheder for at tilknytte frivillige til rehabiliteringsindsatsen.

Det mest vidtgående forslag vi er stødt på, går ud på at udskille kræftpatienterne fra de øvrige grupper i sundhedscentret og finde en ny lokalitet eventuelt sammen med Kræftens Bekæmpelse. Hvis et sådant forslag skal realiseres, kan det formodentlig bedst ske, hvis målgruppen samtidig udvides til at omfatte alle kræftramte, uanset deres tilknytning til arbejdsmarkedet. I den forbindelse kan det overvejes, om en sådan model giver bedre muligheder for at tilknytte frivillige og sikre, at alle teammedlemmer har viden om kræftområdet og kræftpatienter. Visionen bag en sådan model tegnes meget godt af følgende citat, hvor en af repræsentanterne fra Kræftens Bekæmpelse udtaler sig om fremtiden, som hun kunne ønske sig den:

***KB:** Ja, så synes jeg klart sygedagpenge sagsbehandlerne, de skal stadigvæk sidde der, og de skal oplæres. Og de skal oplæres i noget med at være i de her eksistentielle temaer. Fordi de har en rigtig rigtig central rolle i forhold til de her mennesker. Og som socialrådgiver, så har du også en grunduddannelse i det at se på et menneske med et helhedssyn. Så de vil kunne det. Jeg synes det er unikt det de gør heroppe i Nordjylland, med at de har sygedagpengesagen på kræftområdet. Og så synes jeg der stadigvæk skal være tilbud om fysisk aktivitet gerne målrettes mere... Og så synes jeg, begrebet forløbskoordinator, der ved jeg ikke lige om det er nødvendigt, der skal være nogen med den funktion. Men nogen med måske en tættere kontakt med sygehuset inden for kræften. En sygeplejerske, sådan et eller andet, som har den viden også, kunne man sige. Fordi de kan være meget meget syge stadigvæk når der kommer der med stråleskade, ildebefindende eller hvad ved jeg. Så det ville ikke gøre noget. Og så det optimale det var, at have mere fokus på hvordan vi skaber det der rum hvor kræftpatient til kræftpatient møder hinanden. Og rum til familierne. Fordi det er i en yngre... Det er arbejdsdygtige alder. Så der skal være meget mere rum for familierne.*

Men hvis projektet skal videreføres, vil det være nødvendigt at etablere en samarbejdsaftale med Kræftens Bekæmpelse, som ikke uden videre kan indregnes i en permanent indsats:

***KB:** Jo, altså vores forudsætning, som vi har drøftet i den sammenhæng, det er, at vi ikke vil sande til ved at være med i sådanne projekter rundt omkring. Selvfølgelig, hvis så folk vil købe vores ydelser, så sander vi jo ikke til, kan man sige, men på den anden måde så vil vi gerne bruge vores ressourcer til udvikle på projekter nu for nogle andre eller i et andet projekt. Det kunne godt sådan være udgangspunktet. Men vi vil rigtig gerne samarbejde med Aalborg Kommune med at udvikle det her, og der er stadigvæk potentiale kan vi til at komme videre, arbejde videre med det permanent. Det er jo en stor del af vores brugere her i regionen.*

Et sådant nærmere samarbejde ligger ikke fjernt for nogle af de ansatte i teamet:

***SPM:** Men I vil alligevel hellere være sammen med Kræftens Bekæmpelse i deres hus.... Altså hvorfor det? Bliver I kvalt i et eller andet sundheds-noget eller?*

***SR:** For det første har man fornemmelsen af et plejehjem. Det kan man ikke fjerne, altså slet ikke når man har valgt, at beholde de der håndtag på siden af væggene, men jeg tænker, at det også har noget at gøre med hvor fokus er. Det er problemet, at der jo ikke udelukkende er*

fokus på kræft her i huset, og hvis vi var sammen med Kræftens Bekæmpelse, så var der fokus på kræft. Her er vi en del af et væld af mange tilbud, og det er der ikke noget forkert i. Problemet er bare, at det ikke spiller sammen. Vi føler tit at de borgere vi har, er anderledes end dem, der kommer på f.eks. KOL holdet

SPM: Hvad nu hvis man flyttede sammen med alle de andre kræftramte?

SR: Så ville der være muligheder for at lave nogle målrettede aktiviteter for de unge, hvilket vi har svært ved her, fordi selvom vi har de erhvervsaktive, så har vi alligevel så få, at vi alligevel ikke har nok til at kunne lave nogle deciderede tilbud til dem, plus at vi har et kæmpeproblem med kapaciteten herude. Altså vores to fysioterapeuter kæmper jo en kamp for at finde en sen træningstid om mandagen eller noget andet, som supplement til Sundhed og Bevægelse. Det er sådan nogle ting man kommer til at kæmpe med, så ja...

6.5 Finansiering og ny lovgivning

I forbindelse med en permanentgørelse af projektet vil der umiddelbart være behov for at finde midler til at bemante nogle af teammedlemmerne og til at finansiere de to socialrådgivere, der i dag sidder med sygedagpengesagerne:

Jobcenterchef: Altså, vi vil have den helt konkrete udfordring, at vi i dag har det lokale beskæftigelsesråd til at finansiere det to stillinger. Og det skal vi jo have fundet en model på. Vi kan vælge og opløse projektet, eller skal det videreføres, projektet, så kan vi vælge og sige at vi skal finde midlerne til det her område ved at kigge ud over det brede sygedagpengeområde Der ud over så vil jeg mene der er en udfordring i at få nogle af hensigterne i projektet til at spille bedre. Så vidt jeg høre, så er der ikke mere end halvdelen af de kræftramte der faktisk tager imod tilbuddet. Og en af årsagerne, eller årsagen tænker jeg, er at man ikke fra sygehusvæsenets side har taget projektet til sig. Altså ret beset var det jo tanken at man fra sygehusvæsenets side skulle henvise til projektet. Men vi oplever ofte, at vores første samtale med den sygemeldte, egentlig blev indgangen til at snakke om projektet.

Hvis ikke projektet bliver permanent, betyder det ikke, at indsatsen og erfaringerne forsvinder ifølge jobcenterchefen.

SPM: Hvis du nu tænker i et scenarium, der hed det modsatte. Dette bliver ikke permanent. Hvordan vil de kræftramte så blive håndteret?

Jobcenterchef: Jeg tror at vi vil tænke, at den del som handler om, at vi får nogle medarbejdere som sidder specialiseret i forhold til en målgruppe. Jeg tror det vægter så tungt, at det vil vi overveje om vi ikke skal gøre stadigvæk. Og så kan der være forskellige måder at organisere det på. Eksempelvis at lade folkene sidde, hvor de sidder i dag, og i den sammenhæng. Eller og vende tilbage til centrum. Og så bagefter sige..... her vil man centralisere det på en eller anden led og sige, I har her en særlig speciale omkring det den her gruppe. Det ved jeg ikke. Vi har jo ikke på den måde evalueret i ledergruppen på det det scenarium og det tror jeg egentlig ikke vi har, fordi jeg synes der er toner i retning af, at det skal være der.

SPM: Men fint nok. Men jeg tænker alligevel lidt fordi hvad er det egentlig for et tilbud de så vil få? Ud over at de vil få de samtaler de skal have i henhold til sygedagpengelovgivningen.

Men rehabilitering i form af diætist, motion og sådan noget vil I vel også kunne give? Eller?
Jobcenterchef: Ja, det kan vi jo give i forhold til de nye rammer nu. Ja. Det er det jeg mener, der skal vi helt oplagt have tingene ind i de nye rammer på en anden måde, fordi der bliver dels noget at overveje i forhold det finansieringsmæssige, refusionsdelen. Men i virkeligheden

får vi muligheden for også at kunne give et mere helstøbt tilbud, så vi får lidt mere tid og arbejde med i forhold til den sygemeldte. Altså den grumme vinkel på det er, at vi jo kan sige til folk, at de skal. At man skal deltage aktivt i et rehabiliteringsforløb. Hvis man ikke medvirker til sådan et forløb, så kan vi jo lukke kassen.

Der peges her på, at den nye dagpengelovgivning kan få betydning for hvilken indsats, der kan gives til dagpengemodtagere i fremtiden, og at der kan være økonomiske incitamenter til en sammenhængende rehabiliteringsindsats.

Sammenfatning

I forbindelse med en beslutning om permanentgørelse er der blandt respondenterne enighed om, at projektets bærende idéer er værd at videreføre, og at et særligt tilbud bør bevares, men det betyder ikke, at man er helt enige hvordan og med hvilket indhold. Det punkt, der ser ud til at dele parterne, handler om socialrådgivernes rolle og fysiske placering samt ledelsen af teamet. Her går ét synspunkt ud på, at rådgiverne bør flyttes til jobcentret rent fysisk og ledes herfra i lighed med de øvrige rådgivere, men dog fortsat med et tæt samarbejde med de øvrige i teamet. Et andet synspunkt er, at man skal bevare den fysiske placering i sundhedscentret og dermed det tætte samarbejde med de øvrige i teamet og den samlede kontakt til borgerne, og at man samtidig må finde en ny løsning på ledelsesspørgsmålet. Et andet gennemgående tema er forløbskoordinatorernes rolle i fremtiden, hvor der kan identificeres tre forskellige modeller, som betoner forskellige sider af koordinatorfunktionen. Sammensætningen af teamet kan også passende overvejes i forbindelse med en beslutning om permanentgørelse, og her peges der på en udvidelse med psykologfaglig, sexologisk og lægefaglig kompetence samt en øget anvendelse af frivillige. Endelig foreslås det, at der lægges mere vægt på viden om kræft og erfaring i at arbejde med kræftsyge borgere i forbindelse med rekruttering til teamet. Ny lovgivning og ændrede finansieringsregler kan få indflydelse på beslutningen, og der skal under alle omstændigheder findes finansiering til at videreføre projektet, ikke mindst hvis målgruppen udvides.

KAPITEL 7: GENERALISERING TIL ANDRE PATIENTGRUPPER OG PROJEKTER

Indledning

I forbindelse med denne evaluering, har vi spurgt respondenterne om de erfaringer, der er indhentet i forbindelse med kræftrehabiliteringsprojektet kan overføres til andre grupper, hvor der også er behov for at skabe større sammenhæng i genoptræning og rehabilitering. Vi tænkte oprindeligt primært på de store kronikergrupper som patienter med KOL, diabetes og hjerte-karsygdomme og vores antagelse var, at erfaringerne sandsynligvis kunne overføres.

Det viste sig relativt hurtigt, at de fleste respondenter var af den opfattelse, at kræftpatienter adskiller sig fra andre patientgrupper, og at erfaringerne kun i begrænset omfang kan overføres. Ikke desto mindre kom der alligevel en række synspunkter og forslag frem, som gengives i det følgende.

7.1 Erfaringsoverførsel til andre sygdomsgrupper

Den generelle vurdering blandt respondenterne er, at borgere med kræft adskiller sig på flere måder fra andre patientgrupper. For det første fordi kræft kan være en dødelig sygdom, hvilket betyder noget for borgernes opfattelse af egne muligheder og for behandlernes adfærd. Den anden grund er, at der er meget stor variation inden for gruppen af kræftramte, hvilket gør det mere nærliggende at tilrettelægge individualiserede forløb. De ansatte i teamet fortæller således om forskellen mellem kræftramte og andre grupper. Først en dialog med diætist og fysioterapeuter:

SPM: Er der efter jeres vurdering erfaringer fra det her projekt som man sådan kan bruge i forbindelse med rehabilitering af andre patientgrupper?

F: Det ved jeg ikke, det er lidt specielt med, at det kan være en livstruende sygdom.

F: Nu sidder jeg med en anden gruppe borgere i et andet team, og der kører de meget sådan skematisk. Det er forløb, det er otte uger, og så er det slut. Hvor her, der har vi mere fleksibiliteten, afhængig af de individuelle behov, hvor de andre, for andre kronikerområder, der er det meget mere skematiseret

F: Der er også forskel på en, der har en hjernetumor og en, der har en modermærkekræft, der er blevet fjernet..

SPM: Nu ved jeg ikke, men det jeg hører dig sige fx, det er at det ikke er så nemt at overføre til andre, fordi kræft er livstruende?

F: Nej, det er ikke det. Det jeg tænker på, det er, at man måske kunne føre noget herfra og over på de andre og sige: Nogle gange er man nødt til at tage nogle individuelle behov. Men det gør det ikke nemmere at arbejde med. Altså, det er da dejligt at man kan sige, at det er otte uger, og så er man færdig. Så har vi flyttet dem lidt.

F: Altså, det vil på en eller anden måde kræve flere ressourcer at være mere individuel.

F: Jeg tænker i hvert fald ikke den anden vej, at vi standardiserer det.

D: Nej, det vil slet heller ikke være realistisk for målgruppen.

Teamets forløbskoordinator har følgende synspunkt

SPM: Vil du sige, at erfaringer fra det her projekt med team-set-up og forankring i sundhedscenter og tilbage til livet ting osv. at det kunne i virkeligheden sagtens bruges på andre patientgrupper? Det behøvede ikke nødvendigvis alene at handle om kræftrehabilitering det her, fordi der er så gode erfaringer, der måtte kunne komme andre patientgrupper til gode.

FK: Altså, det tror jeg sagtens man kan sige. Sådan som det fx kører nu med hjerte og lungepatienter, der er det jo sådan meget holdmæssigt. Det kan godt være, at nogle af dem vil have mere gavn af de individuelle forløb, og at man gik, som man nu havde behov for på forskellige hold, eller hvad det nu var. Det tror jeg da faktisk godt, altså den der faste kontakt med en person, at det også var lidt lettere at sidde med den individuelle behov.

SPM: Det er selvfølgelig også en dyrere model.

FK: Ja, det er det jo, det er det. Men måske kan man sige, at det også for nogen vil være mere hjælpsomt.

Og socialrådgiverne har lignende synspunkter

SPM: De erfaringer, der er fra det her projekt kan de så overføres til andre sygedagpengegrupper?

SR: Helt klart.

SR: Ja, det tænker jeg også, men jeg tænker også... jeg havde nær sagt en udbygning i forhold til folk med stress, folk med depression. Altså, have et team omkring de personer, som har erfaringer og viden omkring det her fordi jeg synes, at det som meget gør sig gældende i forvaltningen, det er sådan meget, nå så er vi inde og høre et eller andet foredrag om en eller anden der mener dét. Så er vi inde og høre et andet foredrag, der mener lidt noget andet, kan man sætte folk i aktivitet eller kan man ikke sætte folk i aktivitet, hvor det kunne være godt ligesom at have et team, der ved noget om det og ligesom kunne lave nogle aktiviteter, hvis det var det omkring de her borgere.

Fra en praksislæge får vi følgende synspunkt

SPM: Hvis vi så vender os lidt til den sidste del af interviewet her, altså noget med at overfører erfaringerne til andre områder. Nu har det der jo handlet om kræftrehabilitering. Kan man bruge de erfaringer man har gjort sig i forbindelse med det her projekt? I forbindelse med andre rehabiliteringsopgaver? Eller i forbindelse med andre grupper af patienter fx nogle af kronikergrupperne?

L: Det tror jeg absolut. Jeg tror det er en god ting at have sagsbehandleren tæt på teamet, så diabetespatienterne f. eks. kan få de hjælpemidler, som de har behov for.....og at man tænker det ind i behandlingen, når de taler med diætisten og får at vide, at de skal have diæt. At de så også samtidigt får bevilget den økonomiske baggrund for det, så det er en del af behandlingen det synes jeg godt man kan overføre til andre projekter.

Fra Kræftens Bekæmpelse kommer der et lidt andet synspunkt, hvad der ikke kan overraske i betragtning af foreningens stærke fokus på og viden om netop kræft:

SPM: Sidste hjørne det handler lidt om, at hvis vi kigger på erfaringerne fra det her, som I nu har taget med og prøve og kigge ud på andre typer af rehabilitering for kronikere... Er der

noget vi kan tage med fra det her projekt og bruge på andre grupper tror I? Hvad skulle det så være?

KB: Jeg tror at, hvis jeg skal være helt personlig, jeg har også været ude og holde noget om angst og dets væsen for KOL patienter. Det er jo væsentligt ældre mennesker. De er jo rigtige på en eller anden måde kronikere.... kræft bliver forbundet med, at det kan du dø af. Og det kan man også sige med KOL og hjerter men ikke på samme vis. Jeg ved godt, at hjertepatienter vil sige, jeg er skide bange for at dø. Men det, at du siger, jeg er hjertepatient, det er ikke ensbetydende med, at du på samme vis tænker – han dør. Som det er, hvis du siger – gud har han kræft. Der er nogle ting der, tror jeg på en eller anden måde, og der er det unikt at have eller have haft kræft.

KB: Men der er jo altså også det der med at så taber man håret osv. fordi man får kemobehandling. Der er jo de der forskellige ting, som gør, at så er det nemmere at komme, fordi det er kræftpatienter, så de ved godt, at...man mangler et bryst. Der er også nogle blufærdighedsting der i forhold til at bare at være sammen med alle mulige andre.

Det særlige ved kræftramte bemærkes også fra beskæftigelsesforvaltningens side:

Jobcenterleder: Jeg tænker selvfølgelig, at kræftramte adskiller sig på den måde, at det er alvorlige sygdomme og de er også i nogle behandlingsforløb, som gør, at de har det dårligt, og de tilbud, som de skal have, skal også tage hensyn til, hvad de kan osv. og når det er sådan en sygdom, som man kan dø af, så er det en sygdom, som på en helt anden måde sætter tingene på spidsen for en familie, og det er nogle andre ting, der rører sig i det.

SPM: Men så kan jeg alligevel ikke lade være med at vende tilbage til hvad er det der er særlig ved kræft? Er kræftramte tungere set med beskæftigelsesforvaltningens øjne end rygskade, hjerneskade, psykisk syge... Hvad vi nu kan tage.

Jobcenterchef: Nej, det ved jeg ikke. Altså, jeg tror der er noget særligt omkring den gruppe, fordi der kan være det her fatale perspektiv. Men du kan sige i forhold til, hvad vi ellers kan gøre, så er der ikke så meget anderledes.

Vi har så også et særligt projekt i forhold til de rygramte osv. og derfor tænker jeg også, at vi fremover må overveje om det her en model. Det er to grupper som er til at skille ud og som vi ved fylder en del i sygedagpengestatistikkerne. Og jeg tror når det her overhovedet kommer op som idé... Så er det måske, fordi det er noget af det, der er til at bære igennem i forhold til et særskilt projekt og ansøgning, fordi vi kender alle sammen nogen. Det er jo synd på en eller led. Det element er der i det også. Men der vi jo, det har du fuldstændig ret i, vi kan have så mange grupper i sygedagpengesystemet, som det er synd for.

Selv om de fleste således taler for, at kræftramte adskiller sig fra andre grupper, kan der alligevel være problemstillinger, som kan overføres. Det handler for det første om individualisering af indsatsen på visse andre områder, hvor respondenterne især har nævnt følgende patientgrupper:

- Rygpatienter
- Hjerneskadede
- Depressionsramte

På områder som KOL, Hjertepatienter og diabetespatienter, der alle er meget store grupper, kan der efter respondenternes vurdering fortsat være tale om en mere standardiseret indsats, der godt kan

foregå på hold, men graden af individualiseret indsats kan også øges her, selv om det sikkert vil være dyrere.

7.2 Erfaringsoverførsel i forhold til organiseringsformer og tværorganisatorisk samarbejde

Man kan rejse spørgsmålet, om man i relation til dagpengesagsbehandlingen med fordel kunne anvende nogle af ideerne fra kræftrehabiliteringsprojektet i forhold til andre sygedagpengemodtagere, og til det siger jobcenterchefen:

***SPM:** Vi har været lidt inde på det der med erfaringerne med at placere sagsbehandlerne fra jobcenteret i et team ude i sundhedscenteret. Men hvis vi nu spørger, kunne man forestille sig den her løsning. Om jeg så må sige at flytte sagsbehandlerne ud, også blev udbredt til andre sygdomsgrupper?*

***Jobcenterchef:** Jamen jeg er lidt i tvivl. Jeg havde en snak med NN om det, fordi der er fordele og ulemper i det. Det kunne man godt. Vi har sådan set forsøgsvirksomhed kørende på andre områder, hvor vi gør noget tilsvarende. Vi har i dag et tilbud for folk med ryg og nakkeproblemer på optræningscenter Solsiden, hvor vi har flyttet en rådgiver med ud i det. Og det er sådan noget vi samlet set skal evaluere på. Vi har også haft et forsøg kørende, det her "aktiv-hurtigt-tilbage", hvor vi flytter rådgiverressourcerne med ud omkring det tilbud om aktivering vi giver.*

Man kan altså ikke på forhånd afvise, at modellen fra kræftrehabiliteringen kan overføres på andre grupper, men dels vil det indebære en betydelig omorganisering af jobcentrenes ledelse og organisering, og der vil være en vis risiko for, at jobcenterkonsulenterne kan miste den tætte viden og føling med udviklingen på dagpengeområdet, som de i dag får ved at være fysisk i et jobcenter. På den anden side vil de få en betydelige større viden om de pågældende sygdomsgrupper, som kan resultere i en mere effektiv indsats i forhold til at få de syge tilbage på arbejdsmarkedet.

Hvis vi derefter vender os til det tværorganisatoriske samarbejde, er de umiddelbare erfaringer fra dette projekt ikke særlig opmuntrende. Det er ikke lykkedes at etablere det tætte samarbejde mellem kommune og sygehus, som var forudsat i projektbeskrivelsen. Det er derfor heller ikke lykkedes at få de kommunalt ansatte forløbskoordinatorer til at spille den rolle, som de var tiltænkt. Der er ikke fundet forklaringer på, hvad der præcist er grunden til, at det ikke er lykkedes, selv om der fra forløbskoordinatorernes og sundhedscentrets side været gjort en omfattende indsats for at leve op til intentionerne. Men der har været forskellige opfattelser i styregruppen af det hensigtsmæssige i en ordning med tidlig rehabiliteringsindsats allerede på diagnosetidspunktet, og det samme har været tilfældet med ordninger, hvor kommunalt ansatte skulle komme på sygehuset.

Det viser, at styregrupper har deres begrænsning, når det handler om at etablere tværorganisatorisk samarbejde, hvis det indebærer, at der skal brydes med indgroede forestillinger og normer. En stærkere ledelsesmæssig forankring af tværorganisatoriske projekter kan være et af midlerne til at fremme en udvikling på tværs af organisationer, men også denne strategi har begrænset gennemslagskraft ift. ændring af fagprofessionelle kulturer og rutiner. Enkelte af respondenterne peger på, at det kunne være en fordel om rehabiliteringsteamet var stærkere bemandet i forhold til viden om kræft (sygeplejefagligt og lægefagligt), hvilket kunne muliggøre en tættere kontakt til sygehusets meget faglige verden. Det kunne ud fra dette synspunkt gøre det lettere at etablere personaleudveksling, rådgivning og samarbejde om enkelte patientforløb osv. og dermed samarbejde og udveksling af viden/ressourcer i dagligdags rutiner. Begge dele kan være effektivt i tværorganisatorisk samarbejde, men der er her tale om mere langsigtede virkemidler. En sygehusansat formulerer det således:

SPM: Kan man forestille sig en helt anden arbejdsfordeling mellem sygehuset og kommunerne og de andre på rehabiliteringsområdet end den, der nu tegner sig. Kunne sygehuset have en mere aktiv rolle?

SH: Ja det kunne jeg godt men ikke bare på rehabilitering men også i det behandlingsmæssige, hvor man ikke kiggede så meget på grænserne, men hvor sygehusets ansatte kunne gå ud af huset og levere ekspertviden til andre. Jeg kunne sagtens se et langt, langt bedre samarbejde end det man oplever med mangel på samarbejde og manglende respekt

Et andet forhold, som nævnes er, at det ifølge nogle af respondenterne er alt for få kræftpatienter, der udskrives med en genoptræningsplan i modsætning til f.eks. hjerte, KOL og diabetesområdet. Der har heller ikke været tradition for en samlet og systematisk rehabiliteringsindsats for borgere med kræft før strukturreformen. De manglende genoptræningsplaner indebærer, at kommunen på anden vis må finde frem til kræftpatienterne, som det er sket i dette projekt, og det kan være en medvirkende årsag til, at det kun er ca. halvdelen af borgerne, der tager imod tilbuddet.

L: Og så synes jeg også, at man måske kan sige, at de andre projekter kunne nok lære kræftrehabiliteringsprojektet noget fordi, det fungerer jo for hjertepatienternes vedkommende sådan, at de får i forbindelse med udskrivelsen besked på at de skal til en genoptræning på sundhedscenteret. For KOL patienternes vedkommende gælder det samme, at de får også besked på fra sygehuset, at de kan komme til genoptræning på sundhedscenteret med deres KOL lidelse

Erfaringerne med de manglende genoptræningsplaner viser, at de lægefaglige kulturer er meget svære at ændre, også selv om der vedtages nye regelsæt, som søger at regulere den professionelle adfærd. Lægerne er fortsat orienteret mod selve behandlingen på sygehuset og nogle af respondenterne vurderer, at lægerne også holder sig tilbage med genoptræningsplaner, fordi der

mangler klar evidens for værdien af rehabilitering og genoptræning. Disse forhold, som også kan gøre sig gældende for andre patientgrupper, kan ikke ændres på kort sigt, uanset hvor meget man regulerer og formaliserer forløbsprogrammer og –beskrivelser. Heller ikke gennem beslutninger i styregrupper for konkrete projekter kan man ændre de professionelle kulturer og opfattelser. Derimod kan man med større udsigt til succes arbejde med udvekslingsaftaler eller lægekonsulentordninger, som indebærer, at læger arbejder både med behandlingsopgaver og rehabilitering.

I forhold til Kræftens Bekæmpelse har foreningens interesse, ifølge repræsentanterne, været at udvikle projektet mhp. at opsamle erfaringer, der kan anvendes i andre kommuner, men de har ikke nogen særlig interesse i at deltage på permanent basis, medmindre der bliver tale om et køb af deres ydelser. Det har kun i begrænset omfang kunnet lade sig gøre at inddrage frivillige i projektet, hvilket kan skyldes de fysiske rammer, men det kan også hænge sammen med uklarhed om de frivilliges rolle i relation til projektet. Kræftens Bekæmpelse har som interesseorganisation særligt for kræftramte borgere en grundlæggende interesse i at forbedre indsatsen særligt for denne gruppe, og de er meget opmærksomme på de særlige forhold, der gør sig gældende for kræftramte. Det betyder, at man ikke nødvendigvis har samme interesse som kommunen, der skal afveje indsatsen over for denne gruppe, med indsatsen over for andre grupper.

Projektet her peger, efter de fleste aktørers opfattelse i retning af en særligt tilrettelagt indsats i forhold til kræftramte borgere, og samtidig ser det ud til, at det kan være vanskeligt direkte at overføre erfaringerne fra dette projekt til andre grupper. Måske kan kommunen i fremtiden forvente, at andre patientforeninger som Hjerteforeningen, Diabetesforeningen og lignende vil søge at gøre sig gældende med særlig interessevaretagelse på de områder, som de dækker. Kommunen kan imidlertid blive nødt til, af økonomiske og lovgivningsmæssige grunde, at anvende mere standardiserede løsninger i forhold til dagpengerådgivning og rehabilitering for mange kronikergrupper.

Opsummering

Der er på baggrund af respondenternes udsagn ikke basis for direkte erfaringsoverførsel fra dette projekt til andre patientgrupper. Kræftramte borgere er ikke en homogen gruppe, men derimod en gruppe der er meget differentieret og med et meget stort antal særskilte diagnoser. Det betyder også,

at der i forhold til rehabilitering er behov for en differentieret og individualiseret indsats, men hertil kommer, at selve sygdommens karakter betyder noget. En del af borgerne vil dø af deres sygdom, og de personlige reaktioner hos de kræftramte afspejler dette forhold, og det samme gør sig gældende for de pårørende. Men det gør sig også ifølge respondenterne gældende for en del af de professionelle, der bliver involveret i rehabiliteringen. Det kræver derfor en særlig viden og indsigt at være i det, som en af respondenterne kalder ”kræftland”.

Det er derimod ikke ganske sikkert, hvor langt dette argument rækker. Er det for eksempel nødvendigt at tilrettelægge sygedagpengerrådgivningen på en særlig måde for netop denne gruppe, eller kan indsatsen tilrettelægges på samme måde som for andre grupper af syge borgere? Her er der ikke sikre resultater fra dette projekt, især kan det ikke med sikkerhed siges, om patientvurderingerne og teammedlemmernes positive vurderinger af projektet vil kunne overføres til andre områder. Der er tale om en relativ individualiseret indsats i kræftprojektet, hvis resultater i hvert tilfælde næppe kan overføres direkte til områder, hvor der anvendes mere standardiserede modeller med holdindsats.

Ser man dernæst på de erfaringer, som indirekte kan overføres til andre områder, handler det især om organisering. Man kan i betydeligt omfang overføre både positive og mindre positive erfaringer med anvendelse af styregrupper på tværs af organisationer, og det samme gælder effekter af formelle beskrivelser af forløb og regler for adfærd. Endelig indebærer tværorganisatorisk samarbejde som regel arbejde på tværs af indarbejdede organisationskulturer og traditioner, men i dette tilfælde også arbejde på tværs af mange professionelle kulturer. Her ved vi fra adskillige organisationsstudier, at det tager lang tid at ændre kulturer og traditioner, og at professionelle kulturer især er meget stabile og svært foranderlige. Det betyder, at de respondenter, som peger på, at det tager lang tid at få etableret et tværfagligt teamsamarbejde, har fat i noget væsentligt. Det vil kræve en konstant og langsigtet indsats og støtte selv i forhold til små teams.

Hvis man flytter fokus til at skabe fælles opfattelser og traditioner på tværs af forvaltninger eller på tværs af organisationer, der tilhører forskellige styresystemer og traditioner, bliver udfordringen endnu større, og her må man realistisk arbejde med meget lange tidshorisonter for at opnå effekt. Aalborg kommune har med dette projekt taget et betydeligt første skridt, men man har også måttet erkende, at der kan være langt fra projektbeskrivelser til praktisk implementering. Det ville også have været overraskende, hvis man, via et relativt kortvarigt projekt, som det vi her har evalueret,

kunne have ændret ret meget på de sammenhængs- og koordineringsproblemer, som har præget sundhedssektoren i mange år.

LITTERATURLISTE

Finansministeriet (2005) *Aftale om rammerne for kommunernes økonomi for 2006 og om fremtidens dialog mellem regeringen og kommunerne*

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2003) *Rehabilitering af kræftpatienter. Rapport fra arbejdsgruppen om rehabilitering af kræftpatienter.*

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2006) *Pulje til kommunale projekter på kræftrehabiliteringsområdet - prioriterede indsatsområder*

MarselisborgCentret (2004) *Rehabilitering i Danmark. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet.*

MarselisborgCentret (2009) *Rehabilitering hos borgere med kræft. Rapport fra KOSAK projekt.*

Region Nordjylland, Aalborg Kommune (2007) *Sundhedsaftale.*

Region Nordjylland, Aalborg Kommune (2008) *Sundhedsaftale.* Revideret udgave.

Region Nordjylland, Kronikerenheden (2008) *Notat vedr. forløbskoordinationsfunktion ifm. Sammenhængende og styrket indsats for patienter m. kronisk sygdom.*

Region Midtjylland (2007) *Kronisk sygdom – Vision og strategi for en bedre Indsats.*

Region Syddanmark (2008) *Notat. Kræftrehabilitering i Region Syddanmark. Opgavefordeling på sundhedsområdet.*

Region Syddanmark (2008) *Indsatsen for personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark*

Sandberg Buch; Martin (2008) *Forløbskoordination på kronikerområdet – Hvad skal der til i praksis? FOKUS*

Sandberg Buch, Martin & Olesen, Else (2009) *Forløbskoordinerende funktioner i kommunalt regi. Erfaringer fra to udviklingsprojekter, DSI*

Sundhedsstyrelsen (2000) *National kræftplan. Status og forslag til initiativer i relation til kræftbehandlingen.*

Sundhedsstyrelsen (2005) *Kronisk sygdom - patient, sundhedsvæsen og samfund*

Sundhedsstyrelsen (2005) *Kræftplan II. Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forbedringer af indsatsen på kræftområdet.*

Sundhedsstyrelsen (2007) *Opfølgning på Kræftplan II.*

Internetsider:

Dansk sundhedsinstitut

www.dsi.dk

MarselisborgCentret

www.marselisborgcentret.dk

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

www.sum.dk

Kommunernes Landsforening

www.kl.dk

Kommunal kræftrehabilitering

www.kræftrehabilitering.dk

Kronikerenheden

www.kronikerenheden.dk

Kræftens Bekæmpelse

www.cancer.dk

Sundhedsstyrelsen

www.sst.dk

Syddansk Universitet

www.sdu.dk

Region Hovedstaden

www.regionh.dk

Region Nordjylland

www.rn.dk

Region Midtjylland

www.rm.dk

Regions Sjælland

www.regionsjaelland.dk

Regions Syddanmark

www.regionsyddanmark.dk

RehabiliteringsCenter Dallund

www.cancer.dk/dallund

Rehabiliteringsforum Danmark

www.rehabiliteringsforum.dk

BILAG 1

Interviewede respondenter

- *3 Repræsentanter fra Kræftens Bekæmpelse og alle medlemmer af styregruppen (KB)*
- *2 Repræsentanter fra Aalborg Sygehus og medlem af styregruppen (SH)*
- *2 fra Familie- og Beskæftigelsesforvaltningen, 1 jobcenterchef og 1 jobcenterleder, hvoraf 1 er medlem af styregruppen (Jobcenterchef & Jobcenterleder)*
- *2 Læger/praksiskonsulenter, hvoraf 1 er medlem af styregruppen (L)*
- *2 fra Forvaltningen for Sundhed og Bæredygtig Udvikling og medlemmer af styregruppen (SBU)*
- *1 leder Sundhedscenter Aalborg og medlem af styregruppen (Sundhedscenterleder)*
- *1 forløbskoordinator fra kræftteamet i Sundhedscenter Aalborg (FK)*
- *1 diætist fra kræftteamet i Sundhedscenter Aalborg (D)*
- *3 socialrådgivere fra kræftteamet i Sundhedscenter Aalborg (SR)*
- *2 fysioterapeuter fra kræftteamet i Sundhedscenter Aalborg (F)*

BILAG 2

Drachmann, Thomas T. et al. (2002) *Rehabilitering efter cancerbehandling i et almenmedicinsk perspektiv*, Ugeskrift for læger

Enheden for Brugerundersøgelser (2007) *Kroniske syges oplevelser i mødet med sundhedsvæsenet*

Franché, Renée-Louise & Krause, Niklas (2002) *Readiness for return to Work Following Injury or illness: Conceptualizing the Interpersonal Impact of Health Care, Workplace, and Insurance Factors*, Journal of Occupational Rehabilitation, vol.12, no.4

Hansen, Helle Ploug ; Tjørnhøj-Thomsen, Tine (2007) *Rehabilitering og Kræft i et kritisk perspektiv*. Klinisk Sygepleje. nr. 1, januar. København: s. 4 - 12

Hansen, Helle Ploug ; Tjørnhøj-Thomsen, Tine (2008) *Cancer Rehabilitation in Denmark: The Growth of a New Narrative*. Medical Anthropology Quarterly, vol. 22, nr. 4, p. 360-380

Høybye, Mette T. et al. (2008) *Research in Danish cancer rehabilitation: Social characteristics and late effects of cancer among participants in the FOCARE research project*, Acta Oncologica, vol. 47, p.47-55

Johansen, Christoffer (2007) *Rehabilitation of cancer patients –research perspectives*, Acta Oncologica, vol.46, p. 441-445

Kennedy, F. et al. (2006) *Returning to work following cancer: a qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer*, European Journal of Cancer Care

Lindbohm, M. L. et al. (2007) *Factors affecting cancersurvivors' employment and work ability*, Acta Oncologi, vol.46, p.446-451

Mikkelsen, Thorbjørn H. et al. (2008) *Cancer surviving patients' rehabilitation – understanding failure through application of theoretical perspectives from Habermas*, BMC Health Services Research, vol.8, p.122

Mikkelsen, Thorbjørn H. et al. (2008) *Cancer rehabilitation: Psychosocial rehabilitation needs after discharge from hospital?*, Scandinavian of Primary Health Care, vol.26, p.216-221

Nachreiner, Nancy M et al. (2007) *Business and leadership. Successful Return to Work for Cancer Survivors*, American Association of Occupational Health Nurses (AAOHN Journal) vol. 55, p.290-295

Preston, Carolyn et al. (1999) *Left in limbo: patients' views on care across the primary/secondary interface*, Quality in Health Care, vol. 8, p. 16-21

Rehabiliteringsenheden (Københavns Kommune) (2009) *Forløbsbeskrivelse for rehabilitering af patienter i Sundhedscenter for Kræft ramte. Generel del. September 2008, revideret marts 2009.*

Region Hovedstaden (2009) *Strategi for kronisk sygdom*

Vinge, Sidsel et al. (2009) *Genoptræning under forandring. En analyse af træningsområdets udvikling og de umiddelbare konsekvenser af strukturreformens udflytning af genoptræning til kommunerne*. DSI

Sundhedsstyrelsen (2006) *Patienten med kronisk sygdom - selvmonitorering, egenbehandling og patientuddannelse*

Sundhedsstyrelsen (2008) *Forløbsprogrammer for kronisk sygdom - del I: Generisk model, del II: Forløbsprogram for diabetes*

Sundhedsstyrelsen (2008) *Forløbsprogrammer for kronisk sygdom*