

Kortlægning af kræftrehabilitering i Odense Kommune

Indhold

1	Resume af projektet.....	2
2	Introduktion.....	3
2.1	Baggrund.....	3
2.2	Formål og mål.....	4
2.3	Opbygning af kræftrehabilitering i Odense Kommune.....	5
2.4	Metode og materialer.....	6
2.4.1	Journalssystemer.....	6
2.4.2	Baggrund for inklusion af borgere.....	7
2.4.3	Præsentation af data samt testresultaternes validitet.....	8
3	Resultater.....	8
3.1	Henvisningsprocedurer.....	8
3.1.1	Behovsvurderinger.....	10
3.2	Holdhenvvisning.....	10
3.3	Borgernes karakteristika og diagnose.....	10
3.3.1	Ydelser.....	12
3.4	Fremmøder på kræftrehabiliteringshold.....	13
3.5	Test og effekt af kræftrehabilitering.....	13
3.5.1	Test brugt i forbindelse med kræftrehabilitering.....	13
3.5.2	Effekt af kræftrehabilitering.....	15
3.6	Opsummering af resultater.....	21
4	Diskussion, konklusion og anbefalinger.....	21
4.1	Diskussion.....	21
4.2	Konklusion.....	25
4.3	Anbefalinger.....	25
5	Referencer.....	26
6	Bilag 1:.....	27

1 Resume af projektet

Projektet er et samarbejde mellem Odense Kommune og det Nationale Videncenter for Rehabilitering og Palliation (REHPA). Formålet med projektet har været at undersøge datagrundlaget for kvalitetsudvikling af kræftrehabilitering i Odense Kommune.

I projektet er den kommunale kræftrehabilitering kortlagt ud fra data indsamlet i perioden juli 2016 til og med juni 2017. Der er i projektet analyseret på data fra 149 borgere, som alle har deltaget på mindst ét af de tre kræftrehabiliteringshold Odense Kommune tilbyder.

De væsentligste resultater viser, at:

- Af de 149 borgere, er 83% henvist med en genoptræningsplan
- Kun 10 borgere har på baggrund af en behovsvurdering deltaget i kræftrehabilitering. Odense kommune modtog i alt 54 behovsvurderinger i perioden.
- 38% af de borgere, der deltager i Kræftrehabiliteringen i Odense kommune, er diagnosticeret med brystkræft
- I projektperioden døde 8 borgere inden for en måned efter de afsluttede deres rehabiliteringsforløb
- 14% af borgerne i projektet modtog sygepleje, 5% hjemmepleje og 7% praktisk hjælp som rengøring
- 27% af alle borgerne fik foretaget fysiske test ved både starten og slutningen af forløbet, på *Komme til Kræfter* var det 46%
- 62% af alle borgerne besvarede SF-12 ved starten og slutningen af forløbet
- I de fysiske test blev der set en forbedring af starttest til sluttest i Sit To Stand, Tandemtest og 6 minutters gangtest
- I SF-12 steg den fysiske helbredskomponent fra 38 til 46 point og den psykiske helbredskomponent steg fra 47 til 49 point

Konklusionen af projektet er, at Odense Kommune på flere områder skal udvikle og forbedre indsamlingen af data for at kunne stå mål med de indikatorer som bliver fremhævet i *Forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft* (Sundhedsstyrelsen, 2018). Med dette projekt viser Odense Kommune dog også, at der er opmærksomhed på nødvendigheden af kvalitetsudvikling på kræftområdet.

Projektet har også fremhævet den målgruppe, der deltager i den kommunale kræftrehabilitering, som en meget heterogen gruppe af borgere.

2 Introduktion

2.1 Baggrund

Flere borgere overlever en kræftsygdom og flere lever i længere tid med en kræftsygdom end tidligere. Der er derfor et stort behov for at sikre, at mennesker, der har eller har haft kræft, bliver hjulpet og støttet, så de bedst kan bevare deres funktionsevne eller genvinde den så godt som muligt (Sundhedsstyrelsen, 2018).

I 2015 var der ca. 41.000 nye kræfttilfælde i Danmark, mens den gennemsnitlige incidens de seneste fem år har været på 39.500 nye kræfttilfælde. Cirka 295.000⁶ personer over 15 år har på et tidspunkt i livet fået stillet en kræftdiagnose og er fortsat i live. I tallet indgår både personer, der fortsat har en kræftdiagnose, og personer, som er erklæret raske (Sundhedsstyrelsen, 2018).

Det forventes, at antallet af nye kræfttilfælde vil stige i de kommende år, dels fordi der kommer flere ældre og dels fordi der stadig bliver arbejdet på at reducere faktorer, der øger risikoen for kræft. Dette stiller krav til sundhedsvæsenet, som skal servicere et større antal borgere samtidig med at opretholde en høj kvalitet i sundhedsydelser såsom rehabilitering og palliation (Regeringen, 2018) (Kræftens Bekæmpelse, 2015).

Det fremtidige behov for rehabilitering og palliation kan desværre ikke estimeres, da indsatserne ikke registreres i sammenhæng med kræftdiagnosen (Sundhedsstyrelsen, 2018).

Som følge af strukturreformen i 2007 overtog kommunerne ansvaret for rehabilitering. I 2013 havde 75 % af kommunerne tilbud om kræftrehabilitering ifølge en kortlægning gennemført af Kristiansen et al (Kristiansen, Adamsen, Brinkmann, Krasnik, & Hendriksen, 2015). I 2016 blev kortlægningen gentaget og denne gang viste den, at alle danske kommuner har tilbud til kræftrehabilitering (Thuesen, Rossau, Frausing, Tang, & Mikkelsen, 2017). Undersøgelsen konkluderer, at kommunerne er godt på vej og viser et stort engagement i forhold til kræftrehabilitering, men at det endnu ikke kan bestemmes, hvor god kvaliteten af indsatserne er (Kristiansen, Adamsen, Brinkmann, Krasnik, & Hendriksen, 2015). Kommunernes udformning af tilbud til kræftrehabilitering er mangeartet og forskellige. Fælles er dog, at langt størstedelen af alle kommuner tilbyder fysisk træning på hold eller som individuel træning (Kræftens Bekæmpelse, 2015). Derudover tilbyder mange kommuner vejledning om sygdom og senfølge, rygestop, psykosocial indsats m.v. (Thuesen, Rossau, Frausing, Tang, & Mikkelsen, 2017).

Kræftrehabilitering og palliation er under løbende udvikling i de danske kommuner. Da kommuner varierer med hensyn til størrelse, ressourcer, geografisk placering og befolkningsgrundlag, er de kommunale kræftrehabiliteringstilbud også baseret på meget forskellige vilkår og forudsætninger i forhold til størrelse, antal borgere, geografisk udstrækning og ressourcer. Der er derfor et behov for

undersøgelser, som kan bidrage med viden om den faglige kvalitet i indsatserne og om rehabiliteringsindsatserne i kommunerne har effekt (Kræftens Bekæmpelse, 2015).

På nuværende tidspunkt kendes kvaliteten af kommunes kræftrehabiliteringsindsats ikke. Kræftplan IV lægger op til et løft af den kommunale kræftrehabilitering, hvor der stilles krav om mål og retningslinjer for sammenhængende og effektive borgerforløb samt bedre brug af data til kvalitetssikring af disse forløb. Den enkelte kommune pålægges således et ansvar for, at deres rehabiliteringsindsatser understøtter de fremtidige krav, der politisk opstilles i Kræftplan IV. Hvordan kommunerne skal sikre kvaliteten og målingen af effekten i rehabiliteringsindsatserne vides på nuværende tidspunkt ikke, men Odense Kommune og det Nationale Videncenter for Rehabilitering og Palliation (REHPA) har på baggrund af Kræftplan IV og med et ønske om at kortlægge kommunens kræftrehabilitering, indgået et samarbejde for at gøre status.

Der er i projektet søgt inspiration i nogle af de nationale indikatorer, som kan være grundlag for den fremadrettede kvalitetsudvikling af den rehabiliterende og palliative indsats. Følgende indikatorer fra høringsudkastet *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft* (Sundhedsstyrelsen, 2018) kan bidrage til at fremme kvalitetsudviklingen:

- Antal borgere henvist til kommunen, herunder antal afholdte afklarende samtaler
- Antal borgere, der får én/flere indsatser og arten af disse
- Antal borgere, der påbegynder en indsats
- Antal borgere, der gennemfører en indsats – årsager til fravalg og frafald
- Deltagernes køn, alder og uddannelsesniveau
- Deltager tilfredshed
- Borgerens vurdering af udbyttet af forløbet
- Udbytte af forløb.

Rapporten har endvidere fundet inspiration fra litteraturen om kvalitetsarbejde lavet i forbindelse med dansk hjerterehabilitering (Kilde: Zwisler et al: The Danish Cardiac Rehabilitation Database (2016))

2.2 Formål og mål

Odense Kommune og det Nationale Videncenter for Rehabilitering og Palliation (REHPA) indgik et samarbejde med henblik på at skabe datagrundlag for kvalitetsudvikling af kræftrehabilitering i Odense Kommune. Projektet havde til formål at vurdere og effektivisere nuværende struktur, indsatser og kvalitetssikringsmetoder anvendt dagligt i kræftrehabilitering i Odense kommune. Projektet er opdelt i to delmål:

1. Redegøre og beskrive nuværende standarder i forbindelse med henvisningsprocedurerne, borgerens karakteristika samt rehabiliteringsydelser anvendt i Odense Kommune.
2. Eksplorativt belyse den umiddelbar effekt af kræftrehabilitering i Odense Kommune.

2.3 Opbygning af kræftrehabilitering i Odense Kommune

I Odense Kommune er den kommunale kræftrehabilitering organisatorisk forankret i Ældre- og Handicapforvaltningen. Kommunen tilbyder rehabiliteringsindsatser til borgere, som har eller har været i behandling for kræft inden for de seneste to år. Holdene er fysisk placeret på 3 forskellige adresser og fokuserer på styrke- og konditionstræning. Holdene kaldes *Komme til Kræfter*. I Odense Kommune tilbydes der yderligere to hold i relation til kræftrehabilitering. Det ene hold retter sig mod kvinder, som har eller har haft brystkræft og hvor træningen har fokus på vævs- og skulderbevægelighed; holdet kaldes *Cancer Mammae*. Det andet hold er for mænd, der som følge af kræftsygdom oplever inkontinens. Her er det hovedsageligt bækkenbunden, der trænes og holdet hedder *Mandeholdet*. Al træning varetages af fysioterapeuter og ergoterapeuter og i enkelte tilfælde også af træningsassistenter.

Det almene rehabiliteringsforløbet på *Komme til Kræfter* kan vare i op til 12 uger og foregår 2 gange om ugen af 1,5 time og på hold af 8-12 deltagere. På *Cancer Mammae* kan borgeren deltage op til 10 gange og på *Mandeholdet* kan borgeren deltage op til 12 gange. Alle borgere, der er i kommunens kræftrehabiliteringsforløb bliver tilbudt at deltage i oplæg og dialog afholdt af fagpersoner, der bl.a. handler om sociale forhold, kost, sex og samliv.

Tabel 1 Personale tilkøbt kræftrehabilitering

Personale tilkøbt kræftrehabilitering
Primært personale i kræftrehabilitering
Fysioterapeuter
Ergoterapeuter
Træningsassistenter
Andet tilknyttet personale
Sygeplejersker
Socialrådgiver
Præst
Psykolog
Diætist

Borgere med lungekræft, der ønsker at modtage kræftrehabilitering, indgår på hold med andre lungesyge borgere. Det har ikke været muligt at skelne mellem lungesyge og borgere med kræft og derfor er borgere på det hold ikke inkluderet i dette projekt. Estimeret har 20 borgere med lungekræft deltaget på Lungeholdet.

Derudover tilbyder Odense Kommune kvinder, der er i behandling for brystkræft, men som på nuværende tidspunkt ikke ønsker træning, at kvinderne kan blive skrevet på en liste, der kaldes

Standby. Når de står på *Standby* har kvinderne mulighed for at starte kræftrehabilitering inden for en individuelt aftalt tidsramme. I perioden fra juli 2016 til og med juni 2017 var der i alt 31 kvinder, som benyttede sig af *Standby* og ingen af de andre kræftrehabiliteringshold. Kvinderne er ikke inkluderet i resultatafsnittet.

Udover de 31 kvinder, der kun har benyttet *Standby* er der 24 borgere, som både har stået på *Standby* og deltaget på et af de andre hold.

I Odense Kommune består testbatteriet på *Komme til Kræfter* af fire fysiske test; Sit to stand, 6 minutters gangtest, Tandemtest og Time up and go. Testene bliver foretaget ved starten og slutningen i rehabiliteringsforløbet. Derudover bliver alle borgere bedt om at udfylde spørgeskemaet SF-12, der er et spørgeskema omhandlende generel livskvalitet, hvor der scores for to generelle helbreds-komponenter, hhv. en fysisk helbreds-komponent og en psykisk helbreds-komponent (Sundhedsstyrelsen, 2010). SF-12 anvendes af alle borgere tilknyttet Ældre- og Handicapforvaltningen.

2.4 Metode og materialer

Projektet har baggrund i dataindsamling fra perioden 1. juli 2016 til 30. juni 2017 og er udarbejdet på baggrund af dataekstrahering fra Odense Kommunes journalsystemer, henholdsvis én Plan og KMD Care. Datamængden består af organisatoriske data (eks. henvisningskilde og henvisningstype), borgerdata (eks. karakteristika og diagnose) samt effektdata (fysiske test og patient rapporteret outcome (PRO)). Data er manuelt blevet ekstraheret fra ovennævnte journalsystemer i perioden januar til marts 2018.

Der er i projektet inkluderet data fra 149 borgere, som har deltaget i kræftrehabiliteringen på et af Odense Kommunes hold for borgere med kræftsygdom. Data fra de 31 kvinder, der har været på *Standby* er ikke inkluderet. Ligeledes gælder det for borgere med lungekræft, der har været på Lungeholdet.

2.4.1 Journalsystemer

I Odense Kommune benyttes to journalsystemer, henholdsvis én Plan og KMD Care. Odense Kommune har selv udviklet én Plan og er fortsat i gang med at udvikle systemet. Én Plan bruges i forbindelse med kræftrehabiliteringen til at dokumentere daglige træningsnotater, diagnoser, borgerens funktions- og aktivitetsniveau ud fra International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), borgerens mål med træningen samt diverse testresultater. Derudover kan man i én Plan læse borgerens genoptræningsplan, og det bliver registreret, under hvilken paragraf genoptræningen bliver gennemført.

KMD Care bruges som et mere administrativt redskab, hvor der i forbindelse med kræftrehabilitering registreres, hvorfra borgeren bliver henvist, samt hvilken henvisningstype borgeren kommer med (f.eks. genoptræningsplan, behovsvurdering, henvendelse fra borgeren

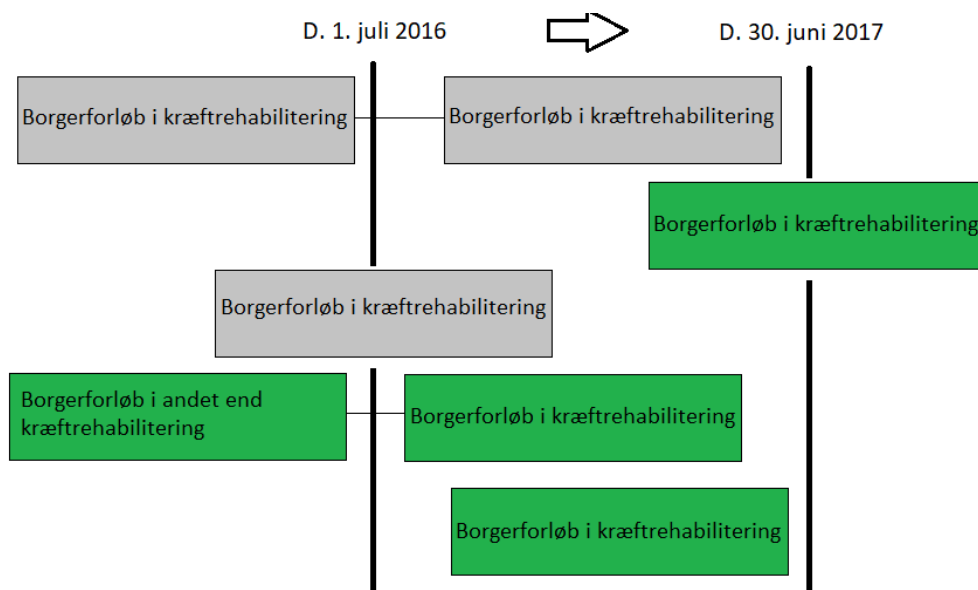
osv.). I KMD Care bliver det ligeledes registeret hvilke/t hold borgeren deltager på, hvor mange gange borgeren deltager, om borgeren modtager eksempelvis hjemmehjælp eller sygepleje, samt om borgeren er terminalerklæret mm.

Hvor det har været muligt er dataudtræk foretaget af IT sagkyndig, der dagligt arbejder med at håndtere data i Odense Kommune. Manuelle data er ekstraheret af en person med solidt kendskab til opbygningen af kræftrehabilitering samt it-systemerne i Odense Kommune. Den præcise arbejdsfordeling er fremlagt i Bilag 1:

2.4.2 Baggrund for inklusion af borgere

I indeværende projekt er der inkluderet data fra borgere, som har deltaget på et af Odense Kommunes kræfthold i perioden juli 2016 til og med juni 2017. Borgerne må ikke tidligere have deltaget på et af kommunens kræftrehabiliteringshold, men kan f.eks. godt have været til genoptræning i forbindelse med andet end kræftdiagnosen. I alt blev der inkluderet 149 borgere fordelt på de 3 kræftrehabiliteringshold.

I Figur 1 er det illustreret, hvilke borgere, der er inkluderet i projektet.



Figur 1. Inklusion af borgere. Figuren viser hvilke borgere, der er inkluderet i projektets data. De aflange kasser viser borgerens forløb i henhold til den undersøgte periode, der vises ved de brede lodrette streger. De grå forløb viser borgere, der ikke er inkluderet i projektet, mens de grønne er borgere der er inkluderet. Stregerne mellem to kasser viser, at det er den samme borger, men i forskellige forløb.

I projektet har det kun været muligt at undersøge de forløb, hvor borgeren har deltaget på et af de tidligere nævnte hold. Herudover har ca. 20 borgere med lungekræft deltaget i rehabiliteringsforløb for borgere med lungelidelse. Endelig har det ikke været muligt at estimere størrelsen på den gruppe, der modtog individuel kræftrehabilitering. De 2 sidstnævnte grupper indgår ikke i undersøgelsen.

2.4.3 Præsentation af data samt testresultaternes validitet

I projektet præsenteres data for de 149 inkluderede borgere. Data bliver analyseret med frekvensanalyser og fremstilles i absolutte tal og procentsatser. Effekten af SF-12 og testbatteriet fremstilles med søjlediagrammer.

Data er indsamlet på den måde Odense Kommunes journalsystemer har gjort det muligt. Som det er beskrevet i afsnit 1.5.1 *Journalsystemer*, er dataudtræk foretaget af IT sagkyndig og eventuelle mangler er udfyldt ved manuel dataekstrahering. De fysiske testresultater er manuelt ekstraheret, da de er skrevet i journalerne som prosatekst. Testresultaternes validitet er derfor afhængige af terapeuternes indtastninger af data, samt akkuratheden og systematikken bag den manuelle ekstrahering.

3 Resultater

I de følgende afsnit bliver der redegjort for projektets resultater. Resultaterne tager udgangspunkt i borgernes forløb i Odense Kommune ved først at beskrive henvisningsprocedurer, herunder for behovsvurdering. Derefter beskrives, hvilket hold borgeren deltog på, borgerkarakteristika, hvilke ydelser borgerne modtog og om borgerne døde i projektperioden. Slutteligt beskrives fremmøder og den umiddelbare målte forandring for borgerne.

3.1 Henvisningsprocedurer

For at deltage i kommunal kræftrehabilitering kan borgeren blive henvist på flere måder. I *Tabel 2* ses det, at 83% af borgerne er henvist med en genoptræningsplan fra sygehuset efter Sundhedslovs §140. 17% af henvendelserne kommer fra andet end genoptræningsplaner, f.eks. behovsvurderinger, borgeren selv, plejepersonale eller anden kommune.

Tabel 2. Henvendelsestype

Henvendelsestype	Antal (n)	Procent
Genoptræningsplan	123	83%
Andet	26	17%

Kræftrehabiliteringen finder sted på baggrund af forskellig lovgivning. Der er både paragraffer i sundhedsloven og serviceloven, der muliggør borgernes deltagelse i kræftrehabilitering. Sundhedsloven §140 beskriver, at personer, der efter udskrivelse fra sygehuset har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, skal tilbydes dette (Danske Love, u.d.). Ligeledes for §119 i sundhedsloven, beskrives, at kommunen har ansvaret for at varetage opgaver i forhold til at skabe rammer for en sund levevis (Danske Love, u.d.). Efter servicelovens §86 skal kommunen tilbyde

genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse (Danske Love, u.d.).

I *Tabel 3* ses det, at hovedparten (83%) af borgerne, der deltager i Odense Kommunes kræftrehabilitering, træner under Sundhedslovens §140, 15% træner efter sundhedslovens §119 og 3% træner efter Serviceloven §86.

Tabel 3. Lovgivning

Lovgivning	Antal (n)	Procent
Sundhedslov §140	123	83%
Sundhedslov §119	22	15%
Servicelov §86	4	3%

I *Tabel 4* ses henvisningskilden. 89% af henvendelserne til kræftrehabilitering kommer direkte fra sygehuset og 7% fra borgeren selv. De resterende 4% af henvendelserne kommer fra kommunalt personale, borgerens egen læge, en anden kommune eller borgerens pårørende. Det skal bemærkes, at når henvisningskilden er *Anden kommune* er henvendelsestypen en genoptræningsplan, hvor borgeren frit kan vælge en anden kommune.

Tabel 4. Henvisningskilde

Henvisningskilde	Antal (n)	Procent
Sygehus (Behovsvurderinger og genoptræningsplaner)	132	89%
Borgeren	10	7%
Kommunalt personale	2	1%
Egen læge	2	1%
Andre/anden kommune	2	1%
Pårørende	1	1%

Når borgeren bliver henvist til genoptræning via en genoptræningsplan er det obligatorisk, at sygehuset skal beskrive borgerens genoptræningsbehov. Af de 149 inkluderede er de 122 henvist med en genoptræningsplan (1 via en anden kommune). 46 af de 122 er henvist til almen genoptræning med fokus på styrke og udholdenhed, mens 48 borgere er henvist til træning med fokus på skulderbevægelighed og almen genoptræning. I 10 genoptræningsplaner er der ikke beskrevet et genoptræningsbehov. I de resterende 18 genoptræningsplaner er der beskrevet forskellige behov for genoptræning.

3.1.1 Behovsvurderinger

Odense Kommune har i alt modtaget 54 behovsvurderinger i perioden fra juli 2016 til juni 2017. I 10 af behovsvurderingerne blev borgerne vurderet til og havde et ønske om, at deltage i kommunens kræftrehabilitering. Ved de resterende 44 behovsvurderinger var behovet beskrevet som f.eks. ønske om rollator, rengøring eller hjælp til synkebesvær. Ved enkelte behovsvurderinger var der ikke beskrevet et behov. I nogle af de 44 behovsvurderinger var der beskrevet en fysisk funktionsnedsættelse, men ved samtale med borgeren blev det vurderet, at borgeren ikke var velegnet til hold. I stedet blev borgeren tilbudt et individuelt genoptræningsforløb, og borgeren er derfor ikke inkluderet i denne undersøgelse.

3.2 Holdhenviisning

I *Tabel 5* er det redegjort for, hvilket hold den kommunale fysio- eller ergoterapeut har henvist den enkelte borger til. Der skal gøres opmærksom på, at den enkelte borger godt kan have deltaget på mere end en holdtype, hvilket er sket i 28 tilfælde. Det kan f.eks. være, at borgeren først har deltaget på *Cancer Mammae* og efterfølgende på *Komme til Kræfter*. Som oftest er det borgere, der har fået en plads på *Standby* og efterfølgende har deltaget på *Cancer Mammae*.

Tabel 5. Henviisningshold.

Holdnavn	Antal deltagere (n)	Procent
Komme til Kræfter	86	49%
Cancer Mammae	47	27%
Mandeholdet	20	11%
Standby	24	14%
I alt	177	100%

3.3 Borgernes karakteristika og diagnose

I følgende tekst og tabeller beskrives de inkluderede borgeres karakteristika og diagnose.

I *Tabel 6* er borgernes karakteristika beskrevet, og som det ses, var der 60% kvinder og 40% mænd, der deltog i kræftrehabilitering i Odense Kommune. Den gennemsnitlige alder for borgerne var 62 år. Derudover viser *Tabel 6*, at 8% af de borgere, som deltog i kræftrehabiliteringen var indvandrere¹, mens 92% var danskere². Hovedparten (63%) af borgerne var gift, 6% var enke eller enkemand, 13% var ugift og 18% var fraskilt.

¹ Definition: Indvandrere er født i udlandet. Ingen af forældrene er danske statsborgere eller født i Danmark.

² Definition: Personer med dansk oprindelse er personer – uanset fødested – der har mindst én forælder, der både er dansk statsborger og født i Danmark.

Tabel 6. Oversigt over borgerkarakteristika

Karakteristika	Antal (n)	Procent
Antal borgere n=149		
Kvinder	89	60%
Mænd	60	40%
Gennemsnitsalder 62 år		
Dansker	137	92%
Indvandrere	12	8%
Gift	94	63%
Enke/enkemand	9	6%
Ugift	19	13%
Fraskilt	27	18%

Det er i *Tabel 7* vist, hvordan antallet af diagnoser var fordelt. 38% af borgerne, der deltog i Odense Kommunes kræftrehabilitering var diagnosticerede med brystkræft, mens 15% havde prostatakraft og 12% tyk- og endetarmskræft.

Tabel 7. Diagnoser

Diagnoser	Antal (n)	Procent
Brystkræft	56	38%
Prostatakraft	23	15%
Tyk- og endetarmskræft	18	12%
Lungekræft	8	5%
Hjerne og centralnervesystemkræft	6	4%
Ovariekræft	6	4%
Myelomatose	5	3%
Non-Hodgkin Lymfom	5	3%
Spiserørskræft	4	3%
Leukæmi	3	2%
Halskræft	3	2%
Leverkræft	2	1%
Knoglekræft	2	1%

Bihulekræft	1	0,7%
Blære og urinvejekræft	1	0,7%
Bugspytkirtel kræft	1	0,7%
Cervix	1	0,7%
Livmoderk kræft	1	0,7%
Modermærkekræft	1	0,7%
Mund og svælgkræft	1	0,7%
Nyrekræft	1	0,7%
I alt:	149	100%

Størstedelen af diagnoserne (n=101) er oplyst af læge på sygehus via genoptræningsplan. 43 gange er diagnosen oplyst af borgeren selv, 4 gange af pårørende og 1 gang fremgår diagnosen af kommunale sagsakter. Udover kræftdiagnosen havde 46% én eller flere bidiagnoser og 4% havde 4 eller flere bidiagnoser. Blandt bidiagnoserne var der bl.a. nævnt andre kræftdiagnoser, diabetes type 2, forhøjet blodtryk og angst.

3.3.1 Ydelser

Tabel 8 redegør for hvor mange borgere, der blev terminalerklæret (en var det før juli 2016) og har modtaget palliativ behandling inden for den undersøgte periode. 8% af borgerne blev i løbet af projektperioden terminalerklæret og 5% af borgerne modtog palliativ behandling. Af de 12 borgere, der blev terminalerklæret, var 4 borgere det før de deltog i kommunens kræftrehabilitering, 5 blev det under deres forløb og 3 blev terminalerklæret efter den kommunale kræftrehabilitering. Der var 8 borgere, der modtog palliativ behandling. 4 af de 8 borgere startede den palliative behandling inden de startede kræftrehabilitering og 4 borgere startede behandlingen under forløbet.

Tabel 8. Terminalerklæring og palliativ indsats

	Antal (n)	Procentdel af alle inkluderede i projektet
Terminalerklæring	12	8%
Palliativ behandling	8	5%

Det er opgjort, at 10 af de 149 inkluderede borgere døde i perioden juli 2016 til juni 2017. 8 af de borgere døde inden for mindre end en måned efter de afsluttede deres deltagelse i kræftrehabiliteringen. 1 borger døde inden for 2 måneder og 1 borger døde inden for 3 måneder. Efter juni 2017 til nu (marts 2018) er yderligere 11 borgere, som deltog i kræftrehabiliteringen, døde. Borgerne døde inden for mindre end 9 måneder efter endt kræftrehabilitering.

6 af de 10, som i projektperioden døde borgere havde en terminalerklæring og 4 modtog både palliativ behandling og var terminalerklæret.

I *Tabel 9* er det beskrevet, hvor mange borgere, der modtog en kommunal ydelse i perioden juli 2016 til og med juni 2017. 14% modtog kommunal sygepleje, 5% var bevilliget hjemmepleje og 7% modtog praktisk hjælp i form af f.eks. rengøring. Af de 10 ovenstående borgere, der døde i perioden, modtog 4 sygepleje og 3 modtog både hjemme- og sygepleje.

Tabel 9. Ydelser af praktisk hjælp, hjemmepleje og sygepleje

	Antal (n)	Procentdel af alle inkluderede i projektet	Gennemsnitligt antal uger modtaget af ydelse
Praktisk hjælp	11	7%	8
Hjemmepleje	8	5%	5
Sygepleje	21	14%	6

3.4 Fremmøder på kræftrehabiliteringshold

Antal af fremmøder er beskrevet som det gennemsnitlige antal gange borgerne på det respektive hold var blevet tilbudt at komme til kræftrehabilitering. Det vil f.eks. sige, at borgere på *Komme til Kræfter* i gennemsnit blev tilbudt at træne 28 gange, mens de i gennemsnit kun deltog 18 gange, hvilket svarer til et fremmøde på 64%. På *Cancer Mammae* og *Mandeholdet* var fremmødet på henholdsvis 78% og 79%.

Tabel 10. Fremmøder

	Gennemsnit antal af fremmøder (n)	Gennemsnit af antal mulige fremmøder (n)	Procentdel af antal fremmøder ud af mulige fremmøder
Komme til Kræfter	18	28	64%
Cancer Mammae	7	9	78%
Mandeholdet	11	14	79%

3.5 Test og effekt af kræftrehabilitering

3.5.1 Test brugt i forbindelse med kræftrehabilitering

I Odense Kommune er det besluttet, at borgere, der modtager træning på *Komme til Kræfter* i forbindelse med kræftrehabilitering, skal testes før og efter forløbet med det tidligere nævnte testbatteri (jf. afsnit 1.4). Det skal bemærkes, at på holdene *Cancer Mammae* og *Mandeholdet* er det ikke en fast standart at benytte disse test, hvilket afspejles i *Tabel 11*.

Alle borgere bliver bedt om at udfylde spørgeskemaet SF-12 ved start og slut på rehabiliteringsforløbet.

Tabel 11 viser antal og procentdelen af, hvor mange af de 149 borgere, som blev fysisk testet³ og som havde udfyldt SF-12⁴. Tabellen er opdelt i fire afsnit. Det første afsnit omhandler alle de inkluderede borgere, som blev fysisk testet. Andet afsnit omhandler de borgere, der deltog på *Komme til Kræfter* og som blev fysisk testet. Det tredje afsnit viser, hvor mange af de 149 borgere, der besvarede SF-12, og fjerde afsnit viser, hvor mange af borgerne, der deltog på *Komme til Kræfter* og som besvarede SF-12.

Af tabellen ses det, at af alle de inkluderede (n=149) var det kun 27%, der blev fysisk testet ved hhv. starten og slutningen af forløbet, mens det for borgerne, der deltog på *Komme til Kræfter* var 46%. På *Komme til Kræfter* er det standard at foretage fysiske test af borgerne, hvilket stemmer godt overens med, at 77% af borgerne fik foretaget en eller flere af de fysisk test fra testbatteriet ved starten af forløbet. Ved slutningen var det faldet til 46%. Det kan bl.a. skyldes, at borgeren blev for dårlig til at komme på holdet, at borgeren udeblev eller at fysio- og ergoterapeuterne ikke indsamlede data.

Ved besvarelse af SF-12 havde 62% af de 149 inkluderede borgere udfyldt skemaet ved hhv. starten og slutningen af forløbet. 80% af borgerne på *Komme til Kræfter* havde besvaret spørgeskemaet ved start. Nogle borgere ønskede ikke at udfylde skemaet, da de ikke ville have, at kommunen skulle have informationer omkring dem, andre synes det var formålsløst at besvare et spørgeskema om livskvalitet, når de var alvorligt syge og andre gange var det ikke oplyst, hvorfor SF-12 ikke var besvaret.

73% af borgerne på *Komme til Kræfter* besvarede SF-12 ved slutningen. I alt havde 60% af borgerne på *Komme til Kræfter* svaret på spørgeskemaet ved både starten og slutningen af forløbet.

Tabel 11. Start- og slutttest på tværs af alle hold og på Komme til Kræfter

		Antal (n)	Procent (%)
1. Fysisk test på tværs af alle hold			
Starttest	Ja	66	44
	Nej	83	56
Slutttest	Ja	41	28
	Nej	108	72
Både start- og slutttest	Ja	40	27
	Nej	109	73
2. Fysisk testet på <i>Komme til kræfter</i>			

³ For at blive inkluderet som værende fysisk testet har borgeren skulle udføre mindst én af de fire test i testbatteriet og testresultaterne var beskrevet i borgerens journal.

⁴ SF-12'erne er inkluderet som besvaret, når der i én Plan ligger en dato for udfyldelse eller begrundelse for hvorfor den ikke er udfyldt.

Starttest	Ja	66	77
	Nej	20	23
Sluttest	Ja	40	46
	Nej	46	54
Både start- og sluttest	Ja	40	46
	Nej	46	54
3. Besvarelse af SF-12 på tværs af alle hold			
Starttest	Ja	124	83
	Nej	25	17
Sluttest	Ja	105	70
	Nej	44	30
Både start- og sluttest	Ja	92	62
	Nej	57	38
4. Besvarelse af SF-12 på Komme til Kræfter			
Starttest	Ja	69	80
	Nej	17	20
Sluttest	Ja	63	73
	Nej	23	27
Både start- og sluttest	Ja	52	60
	Nej	34	40

3.5.2 Effekt af kræftrehabilitering

Som det er vist i den ovenstående tabel, er det ikke alle, der har fået foretaget test ved starten og slutningen af kræftrehabiliteringsforløbet. Resultaterne er derfor kun udregnet for borgere med både start- og sluttest. I det følgende vises den umiddelbare forandring borgerne har opnået ved deltagelse på kræftrehabiliteringshold i Odense Kommune.

3.5.2.1 Fysiske test

Ved de fysiske test ses der en forbedring fra starttest til sluttest i Sit To Stand, Tandemtest og 6 minutters gang test. I Timed Up and Go, blev der ikke set en forbedring.

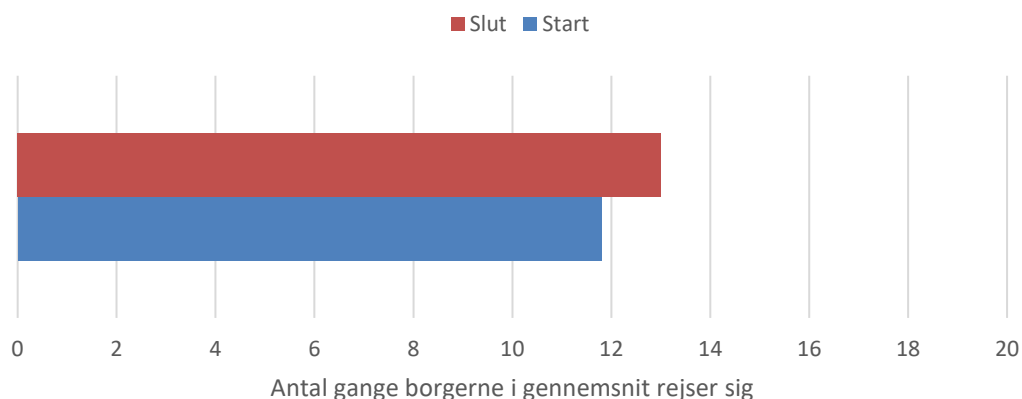
Sit To Stand⁵ er en test, der er anvendelige til yngre og ældre med en funktions- og muskelsvækkelse i benene og måler, hvor mange gange en borger kan rejse og sætte sig på en stol i løbet af 30 sekunder⁶. Gennem rehabiliteringsforløbet forbedrede borgerne sig i gennemsnit med 1,2 gang, dvs. borgeren i gennemsnit kunne rejse sig op 1,2 gang mere på de 30 sekunder efter rehabiliteringsforløbet. Der var 24 borgere, der udførte testen ved hhv. starten og slutningen af deres kræftrehabiliteringsforløb. Af de 24 borgere, der udførte test ved starten og slutningen

⁵ Referenceværdien for ikke sygdomsramte i Sit to Stand er for kvinder fra 60 til 64 år 12-17 gange og for mænd fra 60 til 64 år 14-19 gange (Rikli, 2004).

⁶ <https://fysio.dk/fafo/maleredskaber/rejse-satte-sig-test-rss1>

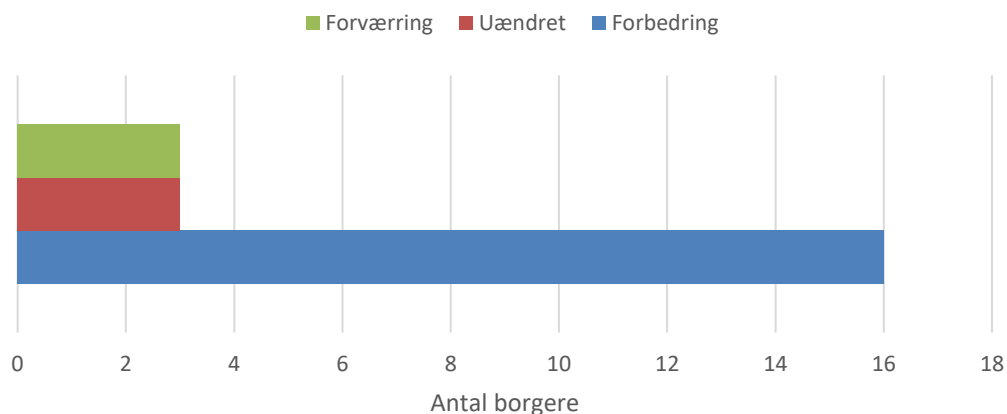
opnåede 16 borgere en forbedring, ved 3 var effekten uændret og ved 3 var resultatet dårligere end ved start (jf. figur 3).

Sit to Stand, gennemsnitsforbedring



Figur 2 Sit to stand, gennemsnitlig forbedring

Sit to stand, den enkelte borger

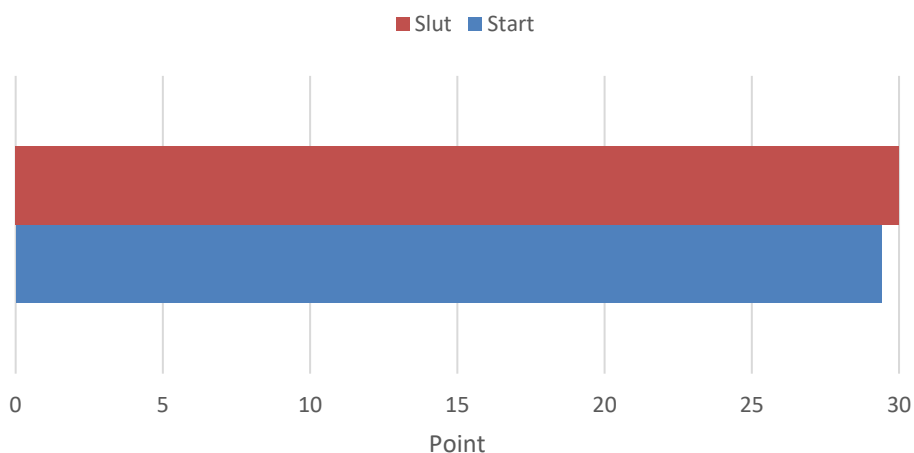


Figur 3 Sit to stand, den enkelte borger

Tandemtest er udviklet til personer 65+år med nedsat balance. Balancen testes ved 3 stående positioner, hvor hver position skal holdes i maksimalt 10 sekunder. Der kan scores mellem 0-30 point⁷. I gennemsnit forbedrede borgerne sig med 0,6 point fra 29,4 til 30. Der var 14 borgere, som blev testet ved både starten og slutningen. 12 af dem opnåede ingen ændring i tandemtesten, idet borgerne allerede ved start scorede det højst mulige. 2 borgere opnåede en forbedring (jf. figur 5)

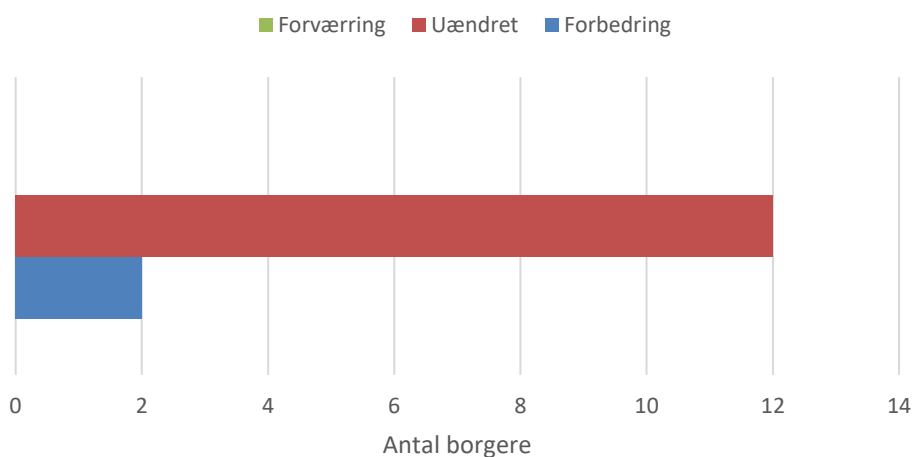
⁷ <https://fysio.dk/fafo/maleredskaber/tandemtest>

Tandemtest, gennemsnitlig forbedring



Figur 4. Tandemtest, gennemsnitlig forbedring

Tandemtest, den enkelte borger

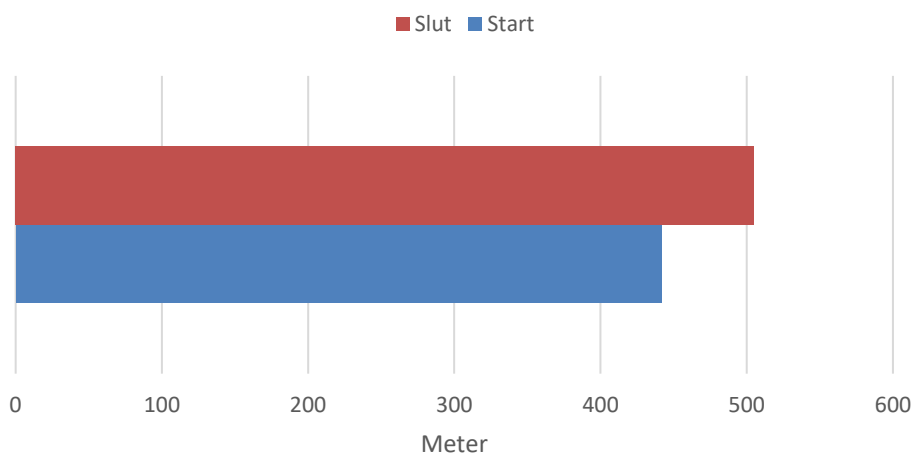


Figur 5 Tandemtest, den enkelte borger

6 minutters gangtest vurderer funktionstilstand hos svage og ældre med nedsat funktionsevne. Testen gennemføres ved, at borgeren skal gå så langt som muligt på 6 minutter⁸. Ved starten på kræftrehabilitering gik borgerne i gennemsnit 441m. Efter rehabiliteringsforløbet kunne borgerne i gennemsnit gå 63 m længere end ved start, altså 505 m. Der var 39 borgere, som udførte testen ved hhv. starten og slutningen. *Figur 7* viser, at der var 32 borgere som forbedrede deres gangdistance, 2 som havde en uændret og 2, hvis gangdistance var dårligere ved slutningen end ved starten af forløbet.

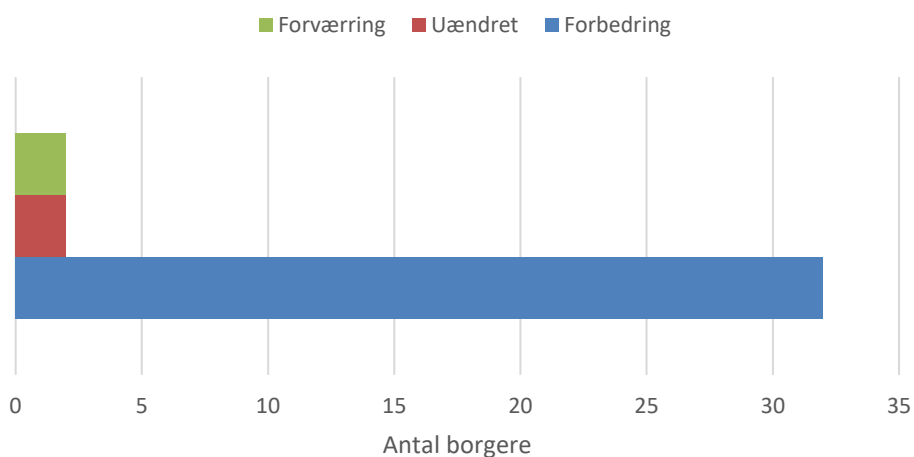
⁸ <https://fysio.dk/fafo/maleredskaber/6-minuttersgangtest>

6 minutters gangtest, gennemsnitlig forbedring



Figur 6. 6MWT, gennemsnitlig forbedring

6 minutters gangtest, den enkelte borger



Figur 7 6 minutters gangtest, den enkelte borger

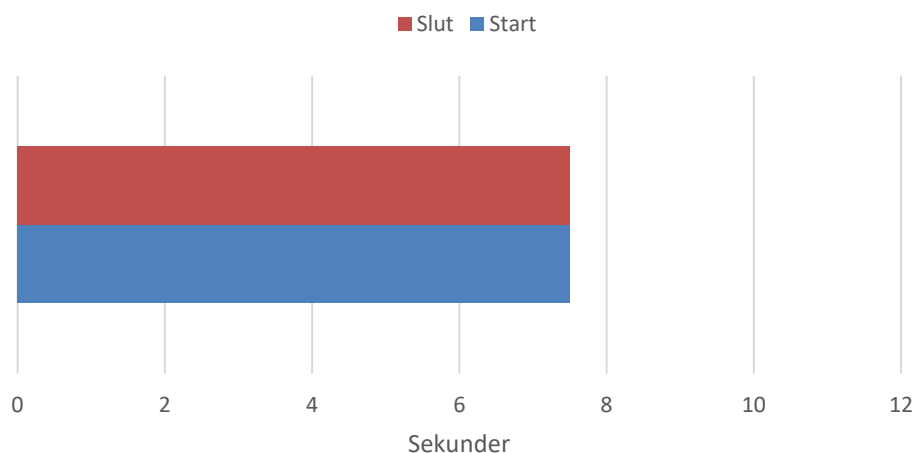
Timed Up and Go⁹ vurderer borgerens evne til at rejse og sætte sig samt gangfunktion hos ældre med funktionsnedsættelse. Testen måler det antal sekunder, det tager for borgeren at rejse sig fra en stol med armlæn, gå 3 meter, vende, gå tilbage til stolen og sætte sig igen¹⁰.

Borgerne blev under rehabiliteringsforløbet i gennemsnit ikke hurtigere til denne test. Der var 7 borgere som udførte testen ved hhv. starten og slutningen. 3 af borgerne opnåede en forbedring af tiden, 2 havde en uændret tid og 1 havde en dårligere tid ved slutningen end ved starten (se Figur 9)

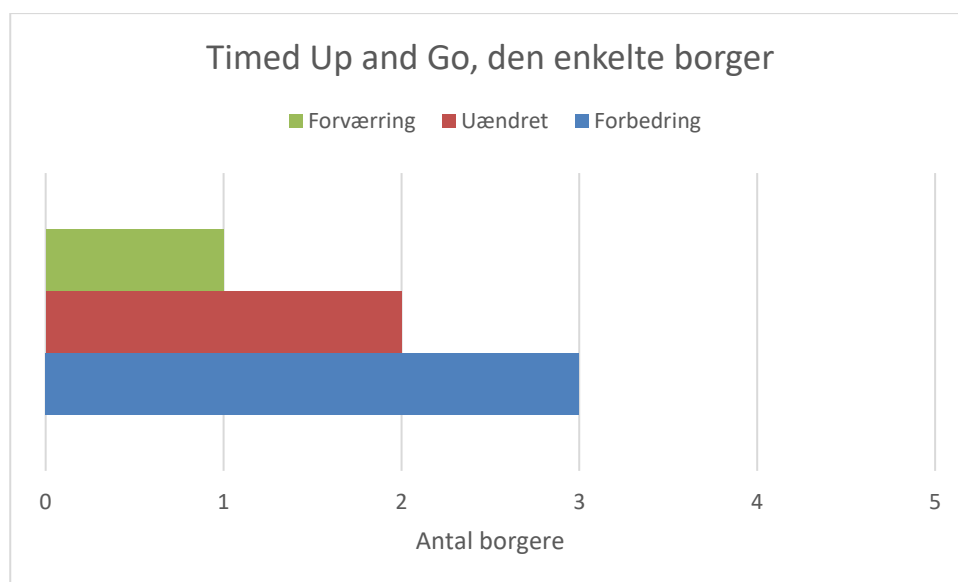
⁹ Referenceværdien for ikke sygdomsramte i Timed Up and Go er for kvinder 60 til 64 år 4,4-6 sekunder og for mænd 60 til 64 år 3,8-5,6 sekunder (Rikli, 2004).

¹⁰ <https://fysio.dk/fafo/maleredskaber/timed-up-and-go-tug1>

Timed Up and Go, gennemsnitlig forbedring



Figur 8. Timed Up and Go, gennemsnitlige forbedring



Figur 9 Timed Up and Go, den enkelte borger

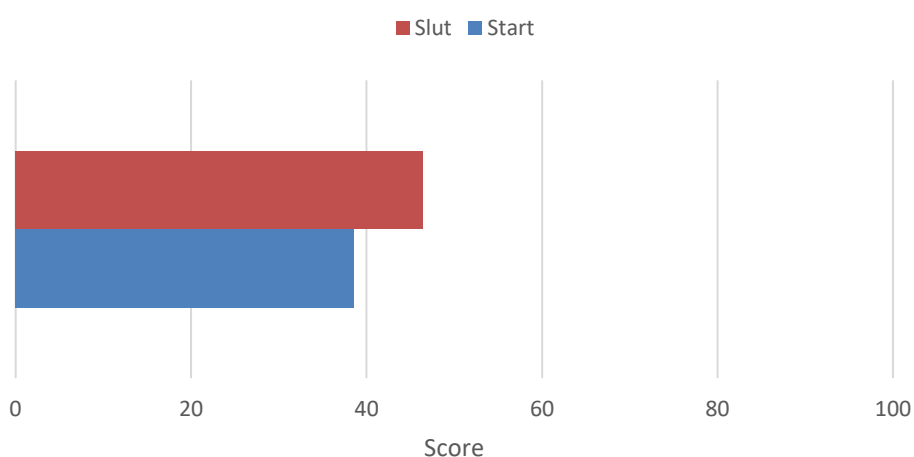
3.5.2.2 SF-12

SF-12 er et spørgeskema med 12 spørgsmål, der giver en indikation om borgernes selvvaluerede fysiske og psykiske sundhed. Ved både det fysiske og psykiske helbred sker der en forbedring fra rehabiliteringsforløbets start til slutningen. Borgernes fysiske sundhed stiger i gennemsnit fra 38,6 til 46,4 point og deres psykiske sundhed stiger i gennemsnit fra 47,2 til 49,3 point. Hver af de to scorere bliver vist på en skala fra 0 til 100, hvor 0 er det værste mulige og 100 er det bedste mulige selvvaluerede helbred. Gennemsnitsværdien for den generelle danske befolkning er 50,6 for den fysiske helbreds-komponent og 49,7 for den psykiske helbreds-komponent¹¹. Der er ikke udarbejdet

¹¹ Det fysiske helbred vil typisk reduceres med alderen, men der vil også være en række andre parametre, som spiller ind på borgerens fysiske og psykiske sundhed, som f.eks. kræft. Derfor ligger borgerne i dette projekt typisk ikke indenfor den generelle befolkning.

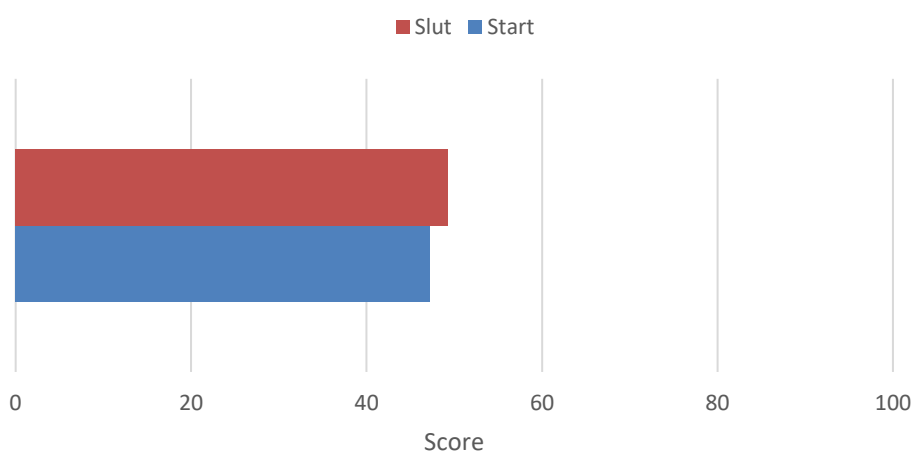
en egentlig kategorisering af ændringerne i SF-12 scoren, men i manualen for SF-12 er nogle betegnelser for ændringer i SF-12 scoren nævnt; hvis scoren forbedres med mere end 10 betegnes den som meget stor, ved en forbedring på 5-10 som moderat til stor og under 5 som lille til moderat (Ware JE., 2009). Det vil sige, at borgerne i Odense Kommunes kræftrehabilitering oplevede en forbedring af deres fysiske sundhed som moderat til stor efter kræftrehabiliteringsforløbet.

SF-12, fysisk helbredskomponent



Figur 10 SF-12, fysisk helbredskomponent

SF-12, psykisk helbredskomponent



Figur 11 SF-12, psykisk helbredskomponent

3.6 Opsummering af resultater

- Af de 149 borgere, er 83% henvist med en genoptræningsplan
- Kun 10 borgere har på baggrund af en behovsvurdering deltaget i kræftrehabilitering. Odense Kommune modtog i hele perioden 54 behovsvurderinger.
- 38% af de borgere, der deltager i Kræftrehabiliteringen i Odense kommune er diagnosticeret med brystkræft
- I projektperioden døde 8 borgere indenfor en måned efter de afsluttede deres rehabiliteringsforløb
- 14% af borgerne i projektet modtog sygepleje, 5% hjemmepleje og 7% praktisk hjælp som rengøring
- 27% af alle borgerne fik foretaget fysiske test ved både starten og slutningen af forløbet, på *Komme til Kræfter* var det 46%
- 62% af alle borgerne besvarede SF-12 ved starten og slutningen af forløbet.
- I de fysiske test blev der set en forbedring af starttest til sluttet i Sit To Stand, Tandemtest og 6 minutters gangtest.
- I SF-12 steg den fysiske helbreds-komponent fra 38,6 til 46,4 point og den psykiske helbreds-komponent steg fra 47,2 til 49,3 point

4 Diskussion, konklusion og anbefalinger

4.1 Diskussion

Udvalgte temaer fra projektet diskuteres nedenfor. Hensigten er at belyse nogle udvalgte områder, som forfatterne finder relevante.

Kvaliteten af data

- Data er indsamlet til praksis og ikke med kvalitetsudvikling til formål. Data bærer derfor også præg af at være forskelligartet og afspejle virkeligheden. Det er derfor muligt, at data kan variere, da de er baseret på praksis. I den forbindelse kan det f.eks. nævnes, at de ekstraherede diagnoser er oplyst fra flere forskellige kilder. I genoptræningsplanerne er det forskelligt, om det er behandlingsdiagnosen, kræftdiagnosen eller noget tredje, der er oplyst. Det har betydning, da terapeuterne manuelt skal skrive diagnoserne i én Plan. *Tabel 7 Diagnoser*, viser dog en tilnærmelsesvis sammenlignelig fordeling mellem kræftdiagnoser i Odense Kommune og på landsplan (Sundhedsstyrelsen, 2018).
- Projektet er baseret på data indsamlet tidligere, og derfor er data ikke indsamlet med kvalitetsudvikling for øje. Der er ikke indsamlet ekstra data, og der har ikke været en

ekstraordinær bevågenhed fra terapeuterne omkring data. Data er derfor praksisnære og giver et godt billede af de udfordringer, der er i kommunerne omkring indsamling.

- Dokumentation af data fører ikke i sig selv til højnelse af kvaliteten, men det er et afgørende grundlag for at kunne højne kvaliteten (Regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram, Databaser om kvalitet, 2018), og det er derfor vigtigt, at Odense Kommune fortsætter med at have fokus på data. Uden kendskab til kvalitetsniveau og variation er det ikke muligt at vurdere, om kvaliteten forbedres. Identifikation af relevante data og indikatorer er derfor en forudsætning for løbende at overvåge den samlede kvalitet og for at kunne foretage nødvendige prioriteringer blandt områder med ikke-tilfredsstillende kvalitet (Regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram, Landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser, 2018). En stor kommune som Odense bør forsætte med at udarbejde relevante lokale løsninger til at indsamle data om rehabiliterende og palliative indsatser (Forløbsprogrammet, 2018) samt at udarbejde modeller for, hvordan disse data bruges både organisatorisk og i den daglige praksis

Forløbsprogrammet anbefaler, at der sker en ensartet registrering på tværs af kommuner og regioner, med anbefaling til følgende kvalitetsindikator:

- Den borgeroplevede kvalitet
- Den faglige kvalitet
- Den organisatoriske kvalitet
- De samfundsmæssige gevinster

Den ensartede registrering kan fx ske i nationale kliniske databaser; aktuelt har kommuner ingen indberetningspligt eller -ret til kliniske databaser inden for kræftområdet. Der kan umiddelbart identificeres 22 forskellige kliniske databaser inden for kræftområdet.

Kommunernes manglende indberetningspligt eller -ret til de kliniske databaser er en massiv hindring for den ensartede registrering på tværs af kommunerne; der er ikke umiddelbart en løsning på denne udfordring. Således er det på nuværende tidspunkt op til den enkelte kommune at udarbejde modeller til arbejde med kvalitetsforbedrende tiltag i deres egne kommuner. Arbejdet med vidensdeling på tværs af kommunerne vedr. registreringspraksis bliver derfor yderste relevant, hvorfor regionerne også vil have et særligt ansvar i forhold til kompetenceudvikling. (Forløbsprogrammet 2018.)

- Registrering af den sygeplejefaglige indsats, herunder den palliative indsats, kan ske inden for rammerne af Fælles Sprog III; forløbsprogrammet anbefaler, at kommunerne anvender Fælles Sprog III (FSIII) til at dokumentere sygeplejefaglige indsatser, fordi det vil give en mulighed for at sammenligne kommunerne på tværs af landet. Derudover har Kommunernes Landsforening har igangsat et udviklingsarbejde mhp. at indarbejde indsatser efter Sundhedslovens §140 i FSIII. Dette kan være en af vejene til en forbedring af datakvaliteten.

Test

- I projektet er det undersøgt, hvor mange borgere, der fik foretaget fysiske test og besvarede SF-12. Det er vist, at 83% af alle de inkluderede (n=149) udfyldte spørgeskemaet ved starten og 62% udfyldte det både ved starten og slutningen af forløbet. For borgere på *Komme til Kræfter* ses samme tendens med hhv. 80% ved starten og 60% ved både starten og slutningen af forløbet. Odense Kommune har en vision om, at alle borgere i Ældre- og Handicapforvaltningen skal svare på SF-12, og der er derfor plads til forbedring således, at alle borgere, der deltager på et af kommunens kræftrehabiliteringshold besvarer spørgeskemaet ved start. At svarprocenten falder ved slutmålingen er naturligt med tanke på, at det er en skrøbelig målgruppe, hvor der kan ske forværring af sygdom.
- Ved de fysiske test ses der, at kun 27% af alle de inkluderede har fået foretaget mindst en af de fysiske test ved både starten og slutningen af deres forløb. På *Komme til Kræfter* er det dog tæt på halvdelen (46%). Når dette ses i lyset af, at det ikke er standard på *Cancer Mammae* og *Mandeholdet*, at bruge test fra testbatteriet, stemmer det godt overens med, at svarprocenten er højere på *Komme til Kræfter* holdet. 77% af borgerne på *Komme til Kræfter* får foretaget en fysisk test ved starten af forløbet, men kun 46% af borgerne ved slutningen. Tallene kan tyde på, at hos nogle af borgerne på *Komme til Kræfter* forværres sygdomsforløbet hurtigt og at borgerne derfor ikke får lavet sluttet. En sluttet er afgørende for at kunne udtale sig om den enkelt borgers fysiske træningseffekt. Af samme årsag bør det registreres, hvorfor en slut test ikke er foretaget.

Indvandrere

- I afsnit 2.3 *Borger karakteristika* er det beskrevet, at fordelingen mellem indvandrere og danskere er hhv. 8% og 92%. Ud fra tallene kan det umiddelbart ligne, at der er stor forskel på deltagelsen i den kommunale kræftrehabilitering fra indvandrere og danskere, men tallene stemmer rimeligt overens med den generelle fordeling i kommunen (Odense Kommune, 2018). I rapporten *Odense i tal - 2017* var Odenses befolkningstal 202.250 personer, og ud af dem var 23.589 indvandre (12%).

Antal kræfttilfælde i Danmark sammenlignet med borgere i kræftrehabilitering i Odense Kommune

- Da genoptræning og kræftrehabilitering ikke bliver registeret i forbindelse med diagnoser har det ikke været muligt at estimere, hvor mange borgere, der i Odense modtager genoptræning på baggrund af en kræftdiagnose, men Sundhedsstyrelsen estimerer, at der hvert år kommer ca. 40.000¹² nye tilfælde af kræft (Sundhedsstyrelsen, 2018). I Odense Kommune burde der derfor hvert år være ca. 1.405¹³ borgere, der bliver ramt af kræft. Af de 1.405 borgere estimerer Sundhedsstyrelsen, at 25% vil have behov for en fagprofessionel

¹² Svarende til 0,69% af danmarksbefolkning i 2017.

¹³ Ved 202.250 indbygger i Odense Kommune (Odense Kommune, 2018)

ledet indsats. I Odense Kommune vil det svare til 281 borgere. Dette projekt viser derfor, at ca. halvdelen af de borgere, der estimeres til at have et behov for fagprofessionel ledet indsats, deltager på et af kommunens kræftrehabiliteringshold. Derudover er der en ikke-estimeret gruppe borgere, der deltager individuelt og borgere, som deltager på kommunens lungehold.

- En konsekvent anvendelse af muligheden for at registrere diagnoser i én Plan vil give et mere validt billede af borgere med kræft i Odense Kommunes Ældre- og Handicapforvaltning. Dette forudsætter at sygehuset mere konsekvent angiver diagnose i genoptræningsplanerne, sådan at medarbejderne har mulighed for at notere diagnoser og bidiagnoser i én Plan.

Behovsvurderinger

- Odense Kommune modtog i projektperioden 54 behovsvurderinger, 10 af vurderingerne endte med deltagelse på et rehabiliteringshold. De resterende 44 behovsvurderinger var henvendelser med ønsker af forskellig art. Nogle borger ønskede at høre om muligheder for hjælpemidler og praktisk hjælp, mens der i andre behovsvurderinger var beskrevet en fysisk funktionsnedsættelse. Ved nærmere samtale med borgeren, blev det dog vurderet, at borgeren alligevel ikke ønskede kræftrehabilitering eller borgeren ikke var egnet til hold og derfor blev tilbudt et individuelt forløb i stedet.

Funktionen af behovsvurderinger kan diskuteres, da det er meget få vurderinger kommunen modtager, og der kan stilles spørgsmålstegn ved, om Odense Kommune modtager det antal behovsvurderinger fra sygehusene, som svarer til det reelle antal borgere med behov for rehabilitering.

Der er efter afslutningen på undersøgelsen indgået en aftale mellem kommunerne på Fyn og Odense Universitets Hospital om anvendelse af behovsvurderinger; det betyder at borgere, der ikke umiddelbart har behov for eller er interesseret i at indgå i en udredning af behov på Odense Universitets Hospital, kan tilvælge, at kommunen modtager en behovsvurdering, hvor borgeren accepterer, at kommunen kontakter borgeren en måned efter tidspunktet for sygehuset behovsvurdering.

Odense Kommune sammenholdt med *Forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation* (Sundhedsstyrelsen, 2018) og Regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)

- Nogle af de indikatorer som *Forløbsprogrammet* nævner (jf. afsnit 1.2 *Baggrund*), der kan være med til at kvalitetsudvikle området, er Odense Kommune allerede i gang med at registrere, men der er fortsat plads til yderligere udvikling. Det drejer sig særligt om at kunne estimere målgruppen. Det er udfordrende og vanskeligt at udvikle tilbuddet, når målgruppens størrelse og dermed dens behov ikke kendes.

Overordnet drejer det sig om, at Odense Kommunes journalsystem endnu ikke er udviklet til at kunne registrere relevante data på en sådan måde, at de nemt kan bruges til kvalitetsudvikling.

- Der bliver i *Forløbsprogrammet* lagt vægt på deltagertilfredshed og borgerens vurdering af forløbet. Der har i perioder været forsøgt med undersøgelser af borgernes tilfredshed, men det har ikke været systematisk og organiseret, og er derfor ikke inkluderet i dette projekt.
- I RKKP er der i modsætning til i *Forløbsprogrammet*, ikke opstillet overordnet indikatorer til de kliniske databaser, men der er alligevel en række basiskrav for, at databasen kan blive godkendt af Statens Serum Institut. Bl.a. skal databaserne indeholde 5-10 indikatorer, der afspejler kvaliteten af de sundhedsfaglige ydelser (Regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram, Landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser, 2018). På andre rehabiliteringsområde såsom hjerterehabilitering, er udviklet specifikke nationale kvalitetsindikator (Zwisler 2016). De anbefalede indikatorer er på nuværende tidspunkt meget brede (Forløbsprogrammet 2018). Specifikke nationale indikatorer vil vejlede kommunerne i måling af kvalitet og sikre at deres tilbud matcher de krav, der stilles nationalt.

4.2 Konklusion

Konklusionen af projektet er, at Odense Kommune på flere områder skal udvikle og forbedre indsamlingen af data for at kunne stå mål med de indikatorer, som bliver fremhævet i *Forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*. Med dette projekt viser Odense Kommune dog også, at der er opmærksomhed på nødvendigheden af kvalitetsudvikling på kræftområdet.

Som det er beskrevet i forløbsprogrammet er det vigtigt at valget af indikatorer sker på tværs af kommuner og gerne i en forståelse med regionerne, og arbejdet må derfor tage afsæt i den tværsektorielle organisering af sundhedsområdet.

Projektet har også fremhævet den målgruppe, der deltager i den kommunale kræftrehabilitering, som en meget heterogen gruppe.

4.3 Anbefalinger

- Gør journalprogrammerne intuitive og nemme at registrere i for praksis, herunder sundhedsdata i form af strukturerede og validerede spørgeskemaer
- Der skal laves bedre indberetning og opgørelser over diagnoser sådan, at målgruppen for kræftrehabilitering kan estimeres bedre
- Opstille indikatorer for Odense Kommunes kræftrehabilitering, sådan alle (herunder terapeuter, ledere) er klar over, hvad der bliver målt på, hvorfor og hvad data skal bruges til.

Indtil der nås til enighed om tværkommunale, regionale og evt. tværsektorielle indikatorer kan kræftrehabiliteringsområdet arbejde på valg af egne indikatorer fx

- Ift. Testbatteriet; overvej hvilke test, der skal indgå for at kunne måle en effekt på denne målgruppe. Overvej om alle borgere, der deltager i kræftrehabilitering skal lave én test, også på *Cancer Mammae* og *Mandeholdet*.
- Udarbejd lokale modeller for, hvordan kvalitetsarbejde både bruges organisatorisk men også implementeres, så det udvikler praksis i samarbejde med det udførende kliniske personale.

5 Referencer

- Danske Love. (u.d.). Hentet fra <https://danskelove.dk/sundhedsloven/140>
- Danske Love. (u.d.). Hentet fra <https://danskelove.dk/sundhedsloven/119>
- Danske Love. (u.d.). Hentet fra <https://danskelove.dk/serviceloven/86>
- Kristiansen, M., Adamsen, L., Brinkmann, F. K., Krasnik, A., & Hendriksen, C. (April 2015). Need for strengthened focus on cancer rehabilitation in Danish municipalities. *Danish Medical Journal*.
- Kræftens Bekæmpelse. (2015). *Fra viden til handling i rehabiliteringsindsatsen i forbindelse med kræft - Rapport fra en national arbejdsgruppe*. København: Kræftens Bekæmpelse.
- Odense Kommune. (23. marts 2018). *Odense Kommune*. Hentet fra https://www.odense.dk/-/media/diverse/bmf/oekonomi_tila/odense-i-tal/odense-i-tal-2017.pdf?la=da
- Odense Kommune. (23. marts 2018). *Odense Kommune, Odense i tal - statistisk 10-årsoversigt*. Hentet fra https://www.odense.dk/-/media/diverse/bmf/oekonomi_tila/odense-i-tal/odense-i-tal-2017.pdf?la=da
- Regeringen. (2018). *Patienternes kræftplan. Kræftplan IV*. København: Regeringen.
- Regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram. (marts 2018). *Databaser om kvalitet*. Hentet fra RKKP, Regionernes kliniske kvalitetsprogram: <http://www.rkkp.dk/kvalitetshandbog/3.-databaser-om-kvalitet/>
- Regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram. (marts 2018). *Landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser*. Hentet fra RKKP, regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram: <http://www.rkkp.dk/kvalitetshandbog/3.-databaser-om-kvalitet/3.1-landsdækkende-kliniske-kvalitetsdatabaser/>
- Rikli, R. E. (2004). *Senior fitness test: fysisk formåen hos ældre: manual og referenceværdier*. FADL.
- Sundhedsstyrelsen. (2010). *Mental sundhed blandt voksne danskere. Analyse baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2012). *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft - del af samlet forløbsprogram for kræft*. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2018). *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. Høringsudkast*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Thuesen, J., Rossau, H. K., Frausing, S., Tang, L. H., & Mikkelsen, T. B. (2017). *Kræftrehabilitering i Danmark. Kortlægning af praksis på hospitaler og i kommuner*. Nyborg: REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation.
- Ware JE., K. M.-B. (2009). *User's Manual for the SF-12 health Survey (With a Supplement Documenting SF-12 Health Survey)*. Quality Metric Incorporated and Health Assessment Lab.

6 Bilag 1:

Arbejdsmodel for at udfører rapporten

Nedenstående viser den administrative arbejdsmodel og budget der ligger bag dette arbejde og selve rapporten. Modellen vedlægges som inspiration til andre kommuner.

Tidsforbrug i forbindelse med projekt

I projektet har der været en medarbejder ansat på fuldtid i tre måneder til dataekstrahering og -håndtering samt udformning af rapporten. Medarbejderen har haft forudsætning for arbejdet idet hun havde kendskab til de anvendte IT-systemer. Uden det kendskab havde det været tidskrævende og udfordrende at finde relevante data.

En IT-medarbejder i Odense Kommune har foretaget udtræk fra data warehouse svarende til 1 måneds arbejde. Derudover har en intern Chefkonsulent i Odense Kommune og en ekstern videnskabelig medarbejder fra REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation medvirket i 3 sparrings- og udviklingsmøder af 2-4 timer samt fungeret som løbende sparringspartner, som sammenlagt har brugt 1 måneds arbejde på projektet.

Arbejdsfordeling af dataudtræk, der er inkluderet i rapporten

	Datatræk fra én Plan og KMD Care	Manuelt ekstraheret af projektmedarbejder
Borgerkarakteristika		
Alder	ja	
Køn	ja	
Herkomst	ja	
Civilstand	ja	
Diagnose	ja	ja
Bidiagnose	ja	ja
Start- og slutdato	ja	ja
Ydelser	ja	
Død	ja	ja
Henvisningsprocedurer		
Henvisningstype	ja	
Lovgivning	ja	
Henvendelseskilde	ja	ja
Holdhenvisning	ja	
Genoptræningsbehov		ja
Fremmøder		
Antal fremmøder på rehabiliteringshold	ja	
Test		
Fysiske test		ja
SF-12	ja	ja

Budgettet for projektet

Budget	Udgiftsposter	
	Md	DKK
LØN		
3 måneders løn inkl. Pension / Videnskabelig assistent (1/2018 - 3/2018)	3,0	131.000
Chefkonsulent	0,5	26.000
Videnskabelig medarbejder	0,5	25.000
IT-medarbejder	1,0	45.000
Medarbejdere/ledere	1,0	45.000
Administration (10%)		22.700
LØN I ALT	6.0	294.700

Budget forklaring:

- Der er beregnet 3 måneders lønmidler til den medarbejder der varetager dataekstrahering og -håndtering.
- Der beregnes 1 måneds arbejde for IT-medarbejderens udtræk fra data warehouse
- Der beregnes 0,5 måned arbejde for chefkonsulentens koordinering internt i kommunen og støtte til datafangst
- Der beregnes 0,5 måned arbejde til forsker/videnskabeligmedarbejder står bistå ved databearbejdning og analyser samt udfærdigelsen af rapporten.
- Der beregnes samlet 1 måneds arbejde for medarbejdere og ledere, der arbejder med kræftrehabilitering i forbindelse med dataindsamling