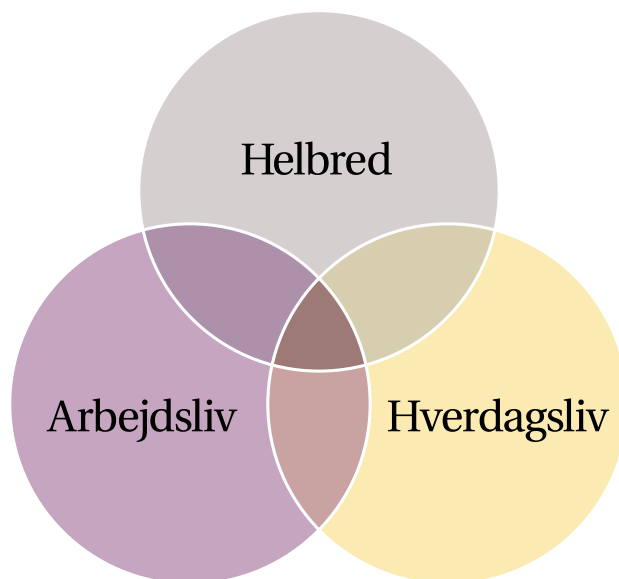


Socialmedicinsk samtale og fysisk træning
– et projekt om kræftrehabilitering i Odense Kommune



Socialmedicinsk samtale og fysisk træning – et projekt om kræftrehabilitering i Odense Kommune



ODENSE KOMMUNE



Region Syddanmark

Socialmedicinsk samtale og fysisk træning

– et projekt om kræftrehabilitering i Odense Kommune.

Udgiver:	Odense Kommune 2010
Hovedforfattere:	Susanne Hyldgaard, MarselisborgCentret, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland.
Medforfattere:	Bjarne Rose Hjortbak, MarselisborgCentret, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland Helle Nielsen, Socialcenter, Social- og Arbejdsmarkedsforvaltningen, Odense Kommune.
Korrektur:	Inger Hornbech, MarselisborgCentret, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland.
Forsidebillede:	Illustration af Helle Nielsen, Socialcenter, Social- og Arbejdsmarkedsforvaltningen, Odense Kommune.
Grafisk Produktion:	Huset Venture, Stavtrupvej 34, 8260 Viby J, tlf. 8628 3555
Oplag:	200 eksemplarer
ISBN:	978-87-88166-02-6
Copyright:	Odense Kommune Gengivelse af mindre uddrag med tydelig kildeangivelse er tilladt.
Rekvirering:	Publikationen kan sammen med bilag downloades på Socialcenter, Social- og Arbejdsmarkedsforvaltningen Odense Kommune eller rekvireres samme sted.

FORORD

Denne rapport er udarbejdet med baggrund i et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde omkring bryst- eller underlivskræft opererede kvinder i den erhvervsaktive alder i Odense Kommune. Projektet indgår som et af 11 projekter, der har fokus på en styrket kommunal indsats på rehabiliteringsområdet, og er gennemført med økonomisk støtte af midler udmøntet af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Kommunernes Landsforening (KL) og Kræftens Bekæmpelse i 2007-2008. Samtlige partnere takkes for økonomisk støtte til projektet. Vidensopsamling fra de 11 projekter varetages af Rehabiliteringscenter Dallund i samarbejde med Syddansk Universitet.

Nærværende projekt er gennemført med en styregruppe samt en projektgruppe, der har medvirket ved indsatser og dataindsamling. Erfaringerne fra projektet er samlet og beskrevet i rapportens sidste afsnit.

Medarbejdere i Onkologisk afdeling, Odense Universitetshospital og Ældre- og Handicapforvaltningen samt Social- og Arbejdsmarkedsforvaltningen, Odense Kommune takkes for engageret indsats og faglighed. En særlig tak skal lyde til de kvinder, der i en ofte meget svær situation, har haft overskud, energi og vilje til at bidrage med deres erfaringer og viden.

På Styregruppen og projektdeltagernes vegne.

Sundhedschef Britt Toftgaard Jensen
Social- og Arbejdsmarkedsforvaltningen
Odense Kommune

Funktionsleder Asger Kudahl
Ældre- og Handicapforvaltningen
Odense kommune

Socialoverlæge Tine Boesen Larsen
Social- og Arbejdsmarkedsforvaltningen
Odense Kommune

Oversygeplejerske Merete Bech Poulsen
Onkologisk afdeling
Odense Universitetshospital

INDHOLDSFORTEGNELSE

1.0 Indledning.....	9
2.0 Formål	9
3.0 Baggrund	11
4.0 Projektorganisering	15
 KRÆFT, HVERDAGS- OG ARBEJDSLIV.....	17
5.0 Kræft og kræftpatientens situation	19
6.0 Rehabilitering – genoptræning.....	23
7.0 Sygefravær og arbejdsfastholdelse	27
 UNDERSØGELSE AF ODENSE KOMMUNES KRÆFTREHABILITERINGSPROJEKT	31
8.0 Målgruppe og metode.....	33
9.0 Resultater	39
10.0 Konklusion og diskussion	55
11.0 Perspektivering og anbefalinger.....	61
12.0 Referencer	63
13.0 Bilagsoversigt	65

1.0 INDLEDNING

Kræft (cancer) er en af de alvorligste sygdomme og en af de hyppigste dødsårsager i Danmark. Kræftsygdom er ikke bare én men mange sygdomme med forskellige forløb, behandlinger og prognoser og optræder blandt begge køn og i alle aldre. Nye behandlingsmetoder, der i dag anvendes overfor kræftsygdomme, er medvirkende til, at mange mennesker helbredes for kræft eller lever længere tid med sygdommen. Herved oplever flere lange forløb med senfølger af behandlingen. Disse kræftpatienters forløb er ofte komplicerede og præget af bivirkninger og følgetilstande, der påvirker den enkeltes hverdagsliv og arbejde efter udskrivelsen fra sygehuset. For det enkelte menneske bevirker de lange forløb ofte usikkerhed vedrørende behandlingsresultat og fremtid samt medvirker til, at det kan være svært at fastholde arbejdsliv og økonomisk fundament i hverdagen. Ikke to bor-

gere med kræft reagerer og agerer ens på sygdom, og det er typisk, at hver enkelt kræftpatients situation og forløb er helt specifikt. Mange faktorer som alder, køn, personlige erfaringer, behandlingsforløb, arbejds- og hverdagsliv samt forskellige tilbud, der ydes fra det offentlige, gør sig gældende, når patienter skal håndtere et liv med en kræftsygdom (1).

I forbindelse med gennemførelse af Kommunalreformen blev væsentlige opgaver overdraget til kommunerne herunder indsatser i efterforløbet med en kræftsygdom. Dette forudsætter ny kommunal viden om de behov, kræftpatienterne har efter udskrivelsen, og viden om hvordan forskellige indsatser sikres gennemført på tværs af faggrupper, sektorer og forvaltninger.

2.0 FORMÅL

Dette projekts overordnede mål sigter mod at belyse faktorer og metoder, der kan medvirke til at sikre en koordineret og sammenhængende rehabiliteringsindsats for bryst- eller underlivskræft opererede kvinder i den erhvervsaktive alder med henblik på, at de kan opnå kortest mulig vej 'tilbage til livet' efter sygdom. Projektet er primært knyttet til erfaringer med rehabiliteringsindsatser, der retter sig mod at styrke borgerens handlekompetencer og omhandler:

- udvikling og afprøvning af en model der kan afdække indsatser og faktorer, der har betydning for, at borgeren kan fastholde sit arbejde eller opnå anden arbejdsmarkedstilknytning
- betydningen af en fysioterapeutisk indsats med vejledning og fysisk træning
- kortlægning af det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde og faktorer, der har betydning for koordinering og samarbejde mellem sygehus og kommuner, samt imellem kommunale forvaltninger.

3.0 BAGGRUND

Det skønnes, at over 230.000 mennesker lever med kræft (2008), og der diagnosticeres cirka 35.000 nye tilfælde om året (2). Kræft ses som en betydelig faglig, ressourcemæssig og organisatorisk udfordring for det danske sundhedsvæsen, idet det anslås, at op mod 70% af de nydiagnosticerede kræftpatienter har behov for lindring, støtte eller rådgivning til at genoptage hverdagslivet i forbindelse med sygdommen (3). I takt med nye behandlingsmetoder helbreder mange mennesker for deres kræftsygdom eller lever med sygdommen i mange år. En væsentlig andel oplever i forbindelse med de langvarige og ofte krævende behandlingsindsatser, en lang række fysiske, psykiske og sociale senfølger af såvel sygdom som efterbehandling. Således lever mange kræfttramte i en hverdag, der er præget af for eksempel kvalme, smerter, depression, hårtab eller ekstrem træthed. Dette kan bevirke problemer med at leve et normalt familieliv, og mange har brug for støtte og hjælp i forbindelse med disse lange og belastende behandlingsforløb. Det skønnes, at op mod halvdelen af alle kræftpatienter ikke oplever et tilfredsstillende efterforløb og betragter perioden som problematisk i forhold til dagliglivet (4, 5,6).

Selvom kræft hovedsagelig er en aldersrelateret sygdom, skønnes en tredjedel af de mennesker, der rammes af kræftsygdom at være i den erhvervsdygtige alder, hvilket gør, at flere oplever et væsentligt problem med at kunne bevare job og arbejdsmarkedstilknytning (Nordcan databasen). Behandlingssystemets raskmelding er ofte i stor kontrast til kræfttramtes egen oplevelse af at være rask, og mange mennesker oplever en stor omvæltning i og med, at de igen skal til at strukturere deres liv og fungere i en hverdag på arbejdsmarkedet. Erfaringer viser, at mange kræfttramte i efterforløbet ikke har overskud til selv at være opsøgende i forhold til støttetilbud udenfor hospitalsregi. Det er derfor væsentligt

for det professionelle system, at have fokus på denne gruppes ressourcer og muligheder for at vende tilbage til arbejdsmarkedet (7,8).

Ikke helt uden grund betragter behandlingssystemet også kræftpatienternes efterforløbsperiode som problematisk, idet flere forskellige sektorer og forvaltninger ofte er involveret. Det kan være svært for den enkelte faggruppe eller sektor at overskue og have viden, der kan medvirke til at håndtere hele den kræfttramtes fysiske, psykiske og sociale liv. Helheds-tænkning og samarbejde på tværs af faggrupper og sektorer ses derfor som værende af central betydning, når der skal udbydes, koordineres og samordnes indsatser, der imødekommer den enkelte borgers og de pårørendes behov. Rehabilitering bliver her i stigende grad set som et nøgleord i forbindelse med god opfølgning i kræftbehandling.

Rehabilitering – et element i kræftbehandling

Forskellige internationale definitioner af rehabilitering er beskrevet. WHO definerer rehabilitering som en proces, der har det formål at genvinde eller holde et fysisk, sensorisk, intellektuel, psykologisk og socialt funktionsniveau stabilt. Den samlede mængde indsatser i rehabiliteringsprocessen skal medvirke til at give patienten værktøjer til at opnå selvstændighed og selvbestemmelse i hverdagen (9). Tidligere har mange indsatser til kræfttramte, hovedsagelig været rettet mod synlige skavanker og symptomer, men efterhånden er det anerkendt, at rehabiliteringstænkningen også kan imødekomme den lange række af psykiske og sociale senfølger, der bør handles på hos mennesker med kræft.

I flere lande som eksempelvis Tyskland, Norge, Holland og dele af USA er kræftrehabilitering en integreret del af be-

handlingen. Kræftrehabilitering omfatter her blandt andet netværksdannelse, erhvervsmæssig- og psykosocial støtte, samt fysisk aktivitet. Nationalt udkom den første danske definition på rehabilitering med udgivelsen af Rehabiliteringsforum Danmarks og MarselisborgCentrets Hvidbog i 2004 (10). Heri beskrives rehabilitering som en samarbejdsproces mellem borger, pårørende og fagfolk, og nøgleord som borgerindflydelse, helhedsopfattelse og tværfaglighed, ses som kernepunkterne for samarbejdet omkring en individuel planlægning af et forløb. I forhold til social- og sundhedssektoren kan rehabilitering som tankesæt ses som en (ny) praksisform. Rehabiliteringstankens udfordringer ligger i både at reducere funktionstab, der opstår på baggrund af sygdom og behandling, og sideløbende medvirke til at hver enkelt borger kan skabe sig et godt socialt og samfundsmæssigt liv ud fra egne og pårørendes præmisser.

Nationalt har den offentlige kræftrehabilitering primært været lokaliseret til sygehusene og almen praksis, mens kommunerne har bidraget med de tiltag, der var mulige. Med Strukturreformen i 2007 er størsteparten af ansvaret for kræftrehabilitering overdraget til kommunerne og indsats-er, der ydes kræftpatienter i et rehabiliteringsforløb, er reguleret gennem forskellig lovgivning. I forhold til de nationale anbefalinger på kræftområdet synes opgaverne endnu langt fra veletableret hverken organisatorisk, økonomisk eller indholdsmæssigt, og det fremhæves som væsentligt at styrke indsatsen på kræftområdet (11). Statusrapporten fra Kræftplan I og II peger på, at den nationale rehabiliteringsindsats varierer meget, og at der mangler systematisk viden om effekten af de forskellige tiltag, der iværksættes overfor borgeren. Rapportens indhold fremhæver desuden, at kræftområdet bør styrkes gennem bedre koordinerede og sammenhængende patientforløb, og de første tiltag er fastlagt som en del af Sundhedsaftalerne (Sundhedsloven 2005)

mellem Kommuner og Regioner (12,13,14). Der arbejdes i de nye Sundhedsaftaler fortsat på at optimere sammenhængende og koordinerede forløb, sideløbende med at Kræftplan III udvikles. I bestræbelserne på at opnå bedre sammenhængende forløb for kræftpatienterne har flere kommuner ansat fagpersoner, der skal medvirke til at af-dække kræftpatienters behov for rehabilitering set på tværs af sektorgrænsen (15).

For at styrke den nationale indsats på kræftrehabiliteringsområdet, er der i de sidste to år gennemført 11 projekter med økonomisk støtte fra 2007-2008 puljemidler. I alt 40 millioner kroner er udmøntet af et partnerskab mellem Indenrigs- og Sundhedsministeriet (nu Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse), Kommunernes Landsforening (KL) og Kræftens Bekæmpelse. De 11 projekter er gennemført og fordelt over de fem regioner. Fokus for anvendelse af puljemidlerne er at styrke samarbejdet mellem sygehusene og kommunerne omkring arbejdsfastholdelse og genoptræning af kræftpatienter, og de tre prioriterede indsatsområder omfatter:

- fysisk aktivitet
- tilbage til livet – mestring af ændrede vilkår og tilbagevenden til arbejdsmarkedet
- koordination af og samarbejde om en sammenhængende indsats mellem sygehus og kommuner.

Odense Kommune deltog, som en af landets største kommuner, i et af de 11 projekter om kommunal rehabilitering på kræftområdet. Odense Kommune er fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet bevilliget 3.248.800,00 fra satspuljen til projektets gennemførelse og tidsperioden er fastsat til to år. Rehabiliteringscenter Dallund foretager i samarbejde med Syddansk Universitet, den samlede erfaringsopsamling fra de 11 projekter.

Projektets tema og afgrænsning

Kommunalreformens overdragelse af opgaver og ansvar til kommunerne forudsætter ny og mere viden om, hvilke behov for indsatser og støtte kræftpatienter har i forbindelse med hverdags- og arbejdsliv efter udskrivelsen fra sygehuset. Odense Kommune har ingen specifikke tilbud til kræftpatienter, men tilbyder et fire ugers træningsforløb med fysioterapi til brystkræftopererede umiddelbart efter operationen, såfremt hospitalsafdelingen fremsender en genoptræningsplan jf. Sundhedsloven § 140. Der er ikke etableret andre diagnosespecifikke tilbud til kræftpatienter i Odense Kommune. Kommunens sundhedspolitik er, at borgeren skal bruge byens forskellige tilbud, der har fokus på kost, rygning, alkohol og motion (KRAM faktorerne), og sundhedsindsatserne er organisatorisk forankret i forskellige forvaltninger. I Odense Kommune koordinerer en tværsektoriel strategisk sundhedsgruppe sundheds- og forebyggelsesopgaverne på tværs af forvaltningerne. Børne- og Ungeforvaltningen formidler rådgivning til børn og unge, mens skolepolitikken sikrer samarbejde om, hvordan børn skal støttes, når familien rammes af sygdom. Jobcentret i Social- og Arbejdsmarkedsforvaltningen varetager sygedagpengeopfølgningen herunder indsatser med fokus på arbejdsmarkedstilknytning.

Der er evidens for, at fysisk træning medvirker til at reducere bivirkninger af kræftbehandling, og giver en bedre hverdag gennem øget kropsbevidsthed og alment velvære (16,17). Andre undersøgelser viser, at træningsindsatser givet til kvinder efter en brystoperation er effektive for at genvinde funktion af arm og skulderbevægelse (18). Hvilke faktorer der har betydning for, at borgeren vender tilbage til arbejdsmarkedet og det vante hverdagsliv, findes der kun få studier om, men det synes sandsynligt, at en socialmedicinsk tilgang har betydning (19,20). Helt specifikt mangler der viden

om, hvordan en koordineret overdragelse og samarbejde mellem sektorer og forvaltninger kan sikres, således at kontinuiteten i indsatserne bevares.

Odense Kommune ønskede med dette projekt at udvikle og afprøve en indsats med en socialmedicinsk tilgang og fysisk aktivitet. Formålet var, at borgeren bevarede tilknytningen til sin arbejdsplads eller opnåede anden arbejdsmarkedstilknytning. Projektet blev gennemført som et samarbejdsprojekt mellem Onkologisk Afdeling, Odense Universitetshospital (OUH), Aktivitet- og Træning i Ældre- og Handicapforvaltningen samt Socialmedicinsk Afsnit, Social- og Arbejdsmarkedsforvaltningen, Odense Kommune. Projektet sigtede mod samtlige tre områder, der dannede baggrund for udmøntning af satspuljemidlerne, herunder var fokus på:

- udvikling og afprøvning af et redskab der kan belyse borgerens ressourcer samt behov for indsatser, således at borgeren atter kan opnå/bibeholde arbejdsmarkedstilknytning
- individuel vurdering, vejledning og fysisk aktivitet ved fysioterapeuter
- koordinering og samarbejde omkring en sammenhængende tværfaglig indsats, samt mellem sygehus og aktuelle kommunale forvaltninger.

Målgruppe

Da dette projekt repræsenterer en nyskabelse i metode til samarbejde mellem kommune og sygehusvæsenet, var det vigtigt at kunne overskue og evaluere processen, hvorfor kun få målgrupper blev udvalgt til projektet. Målgruppen for Odense Kommunes tilbud var kvinder i den erhvervsaktive alder (18-64 år) med tilknytning til arbejdsmarkedet. Kvinderne havde en diagnosticeret kræftsygdom i bryst eller underliv og var i kurativ (helbredende) behandling på On-

3. BAGGRUND

kologisk Afdeling, OUH. Denne målgruppe blev valgt, idet der var erfaring for, at de ofte er langtidssygemeldte, hyppigt opnår helbredelse eller langtidsoverlevelse ved behandling, og dermed har stor sandsynlighed for generhvervelse af arbejdsmarkedstilknytning efter en afsluttet kræftbehandling¹. Initialt var tilbuddet om afdækning af ressourcer, fysisk træning og arbejdsfastholdelse rettet mod borgere med nydiagnosticeret bryst- eller underlivskræft, der efter operation blev tilbudt kurativ kemoterapi eventuelt i kombination med stråleterapi på Onkologisk afdeling, OUH. Med baggrund i rekrutteringsproblemer besluttede Styregruppen, med virkning fra ultimo oktober 2008, at udvide målgrup-

pen til også at omfatte kvinder i kemo- og/eller stråleterapi med recidiv af bryst- eller underlivskræft.

Projektets perspektiver

Projektet har primært været knyttet til afprøvning og udvikling af et redskab, der kunne afdække hvilke borgere, der havde behov for rehabiliteringstilbud, og hvilke indsatser der skulle til for, at borgeren kunne fastholde sit arbejde eller opnå anden arbejdsmarkedstilknytning. Desuden var projektet knyttet op på en fysioterapeutisk indsats med vejledning og træning samt erfaringer med tværfagligt og tværsektorielt samarbejde omkring borgeren.

1. Kilde. Drøftelser fra møde mellem læger på Onkologisk afdeling, OUH og sociallæger i Odense Kommune.

4.0 PROJEKTORGANISERING

Projektet blev gennemført i perioden 15.09.2007-31.12. 2009 i et samarbejde mellem Onkologisk Afdeling, OUH, Aktivitet og Træning i Ældre- og Handicapforvaltningen og Socialmedicinsk Afsnit i Social- og Arbejdsmarkedsforvaltningen, Odense Kommune. Projektet var organisatorisk placeret i Social- og Arbejdsmarkedsforvaltningen, Odense Kommune. På grund af konflikten på Sundhedsområdet i foråret 2008, få inkluderede patienter og skiftende projektmedarbejdere, blev projektperioden forlænget og afrapporteringen udsat til 31.03.2010 efter aftale med Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Projektledelse og Styregruppens medlemmer

Ved projektets start blev der nedsat en Styregruppe, der har haft ansvar for styring, udvikling og gennemførelse af projektets tre indsatsområder. Styregruppen har truffet de overordnede beslutninger vedrørende projektets gennemførelse indenfor projektets formål og den givne bevilling. Den overordnede projektledelse er varetaget af socialoverlæge Tine Boesen Larsen, Socialcenter, Social- og Arbejdsmarkedsforvaltningen, Odense Kommune. Styregruppen har afholdt otte møder. Der har i Styregruppen været udskiftning på flere af pladserne, idet medlemmer af forskellige årsager blev afløst af nye medlemmer. Styregruppens medlemmer var per december 2009:

Odense Universitetshospital, Onkologisk afdeling R:

Overlæge Ann Knoop,

Overlæge Susanne Larsen,

Oversygeplejerske Merete Bech Poulsen.

Odense kommune:

Formand, socialoverlæge Tine Boesen Larsen,

Socialcenter, Social- og Arbejdsmarkedsforvaltningen

Funktionsleder Asger Kudahl,

Ældre- og Handicapforvaltningen.

Funktionschef Maria C. Strandby Dahl,

Ældre- og Handicapforvaltningen.

Sundhedschef Britt Toftgaard Jensen,

Socialcenter, Social- og Arbejdsmarkedsforvaltningen.

Afsnitsleder Peter Holm Hansen,

Jobcenter, Social- og Arbejdsmarkedsforvaltningen.

Sociallæge Helle L. Nielsen,

Socialcenter, Social- og Arbejdsmarkedsforvaltningen.

Kræftens Bekæmpelse Region Syddanmark:

Regionsleder Susanne Juul.

Der blev nedsat to arbejdsgrupper under Styregruppen, der tværfagligt og tværsektorielt fastlagde de rammer, projektet blev afviklet under. I forbindelse med afrapportering blev der tidligt i projektperioden ansat en projektmedarbejder, der i løbet af projektet havde ansvaret for evaluering og dokumentation af projektets erfaringer og resultater, herunder analyser af datamaterialet og rapportskrivning. Denne projektmedarbejder forlod imidlertid stillingen i marts 2009. Primo august 2009 blev der indgået aftale med MarselisborgCentret, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland, om varetagelse af opgaven med analyse og bearbejdning af datamaterialet indsamlet i Odense Kommune samt rapportskrivning.

Den ansvarlige part for undersøgelsens design, udvikling af materiale til dataindsamling samt gennemførelse af projektet var Social- og Arbejdsmarkedsafdelingen i Odense Kommune. Samme afdeling har også været eneansvarlig for levering af data til brug for evaluering af projektet. Spørgeskemaundersøgelsen, analyse af det tilstedeværende datamateriale og rapportskrivningen er varetaget af medarbejdere ved MarselisborgCentret, Center for Folkesundhed i Århus.

KRÆFT
HVERDAGS- OG ARBEJDSLIV

5.0 KRÆFT OG KRÆFTPATIENTENS SITUATION

Kræft er en sygdom i kroppens celler, der ofte konstateres, uden at man fysisk eller mentalt er forberedt. Kræft er ikke bare én men mange sygdomme, og der findes i dag over 100 forskellige former for kræft, som har meget forskellige forløb, behandlingsindsatser og prognose. Faktorer som alder, hvilken kræfttype man har, hvordan behandlingsindsatsen man udsættes for påvirker kroppen, ens erfaringer og netværk i hverdagen, er afgørende for hvert enkelt kræftforløb. Dette projekts målgrupper er kvinder med kræft i bryst eller underliv.

5.1 Kræft i bryst og underliv

Brystkræft er den hyppigste kræftform blandt kvinder i Danmark. Sundhedsstyrelsens tal fra 2006 viser, at der diagnosticeres cirka 4000 nye tilfælde i Danmark om året, hvilket svarer til en incidens på 145 per 100.000 kvinder (SST 2008). Sygdommen rammer hyppigst kvinder efter menopause med toppunkt omkring de 62 år, men 25% af alle brystkræfttilfælde forekommer hos kvinder under 50 år. Årsagen til brystkræft er ukendt, men forskellige risikofaktorer – som tidlig pubertet, sen menopause, ingen eller få børn, alkohol, østrogenbehandling og arv, spiller en rolle for udviklingen af brystkræft. Det første tegn på brystkræft er oftest en knude (tumor) i brystet fundet af kvinden selv eller ved screening.

Den grundlæggende behandling ved brystkræft er hyppigst en brystbevarende operation (bortoperation af kræftknuden) eller fjernelse af hele brystet. I dag tilstræbes skånsomme kirurgiske metoder med fjernelse af skildvags lymfeknuder (de lymfeknuder, hvor der er størst risiko for kræftspredning til) i armhulen. Ved udbredt kræftsygdom tilstræbes fjernelse af samtlige lymfeknuder i armhulen. En operation med fjernelse af hele brystet medfører ofte en stor

psykisk belastning for den enkelte kvinde, idet brystet for mange kvinder er tæt knyttet til identiteten som kvinde. En del kvinder, der har fået fjernet lymfeknuder i armhulen, er i risiko for at udvikle problemer med væskeophobning i armen (lymfødem).

Sideløbende med den operative behandling gennemfører mange kvinder supplerende stråleterapi. Dette er en behandling, som ødelægger eventuelle tilbageværende kræftceller, men også beskadiger raske celler. Behandlingen opleves meget forskelligt, idet nogle kvinder næsten ikke er generet af behandlingen, mens andre oplever mange gener med hudproblemer som rødmen, kløe, øget følsomhed og afskalning af huden. En kendt senkomplikation efter operation og stråleterapi er lymfødem, nedsat bevægelighed og 'postmastektomisyndrom', en smertefuld kronisk lidelse i bryst og skulderregionen.

En væsentlig andel af brystkræftpatienterne behandles også med kemoterapi. Behandlingen medfører ofte bivirkninger i form af kvalme, træthed, tab af håret samt påvirkning af knoglemarv, slimhinder og nerver. Nogle kvinder udvikler forbigående eller varige senkomplikationer efter kemoterapi i form af træthed, nedsat koncentrationsevne, tidlig overgangsalder, nedsat hjertefunktion og neuropati (føleforstyrrelser i hænder og fødder). Endvidere er der på grund af sygdom og behandlingsforløb risiko for udvikling af depression. Antihormonbehandling anvendes, når den fjernede kræftknude er hormonfølsom. Nogle kvinder udvikler senkomplikationer til denne behandling i form af forværring af symptomer på overgangsalder, træthed, knogleskørhed og smerter i muskler og led. Cirka 20% af kvinderne efterbehandles desuden med et antistof, der er rettet mod eventuelle tilbageværende kræftceller. Den adjuverende be-

handling (efterbehandling) nedsætter risikoen for tilbagefald med cirka 50% (21, 22).

Den anden målgruppe for projektet er kvinder med kræft i underlivet, og her menes kræft i de ydre kønsorganer samt livmoderen, æggestokkene, æggelederne eller livmoderhalskræft. I Danmark registreres hvert år cirka 400 nye tilfælde af denne art, hvilket svarer til en årsincidens på cirka 12 per 100.000. Årsagen til underlivskræft er multifaktoriel. Kræft i æggestokkene giver sjældent tidlige symptomer, og der er oftest udbredt sygdom på diagnosetidspunktet med behov for omfattende behandlingstiltag. Symptomerne ved livmoderhalskræft er hyppigst pletblødning, vaginalt udflåd og blødning ved samleje. Behandlingen kan være kirurgi eller udelukkende kemo- og stråleterapi. Kræft i livmoderslimhinden behandles først og fremmest med operation ofte med fjernelse af både livmoder og æggestokke. Afhængig af hvor udbredt sygdommen er, kan der suppleres med stråle- og/eller kemoterapi. Hos kvinder med underlivskræft udsættes blodkar, urinblære og den nederste del af tarmen også for stråleterapi. Mange af disse kvinder oplever derfor gener i form af væskeophobning i benene, hyppig vandladning, gener fra tarmen i form af diarre og blødning, tørhed, stramhed og en brændende følelse i skeden. Desuden ses træthed og øget tendens til infektioner. De fleste af disse bivirkninger forsvinder i løbet af uger til måneder, men kroniske gener i form af væskeophobning i benene, diarre, blæresymptomer og tørhed i skeden, er hyppige senkomplikationer hos denne målgruppe. Alle kvinder, der bliver behandlet for kræft i underlivet, vil opleve, at det påvirker seksuallivet (21, 22).

Generelt medfører behandling med kemoterapi bivirkninger af forskellig art, og fælles for senfølgerne i forbindelse med både brystkræft og kræft i underlivet er, at de influerer på den enkeltes kvalitet i hverdagslivet. Generelt ses bivirk-

ninger som træthed, smerter, kvalme, koncentrationsbesvær sideløbende med mere specifikke som kunstig overgangsalder symptomer, påvirkning af seksualdrift og lymfødem. Generne er personafhængige og varierer fra mindre gener til den situation, hvor generne virker fuldstændig invaliderende på borgerens funktionsevne og dagligdag. Rehabiliteringscenter Dallund gennemførte i 2006, en spørgeskemaundersøgelse der viser en oversigt over de gener, mange kræftramte oplever.

5.2 At leve en hverdag med en kræftsygdom

Når et menneske får en kræftsygdom, som det skal leve med, brydes hverdagslivets rytme og rutiner, og den enkelte står ofte usikker overfor, hvorledes en sådan ny situation skal gribes an. Hverdagslivet med efterbehandlinger, bivirkninger og følgetilstande former sig forskelligt for hver enkelt borger, men spørgsmål vedrørende familie, arbejde og behandling dukker uvilkårligt op for mange. Spørgsmålene berører, hvordan den kræftramte atter får mod og kræfter til at skabe en hverdag efter sygdommen med eller uden udsigt til helbredelse, om kræften blusser op igen og hvilke støttemuligheder, der findes? For nogle kommer svarene efter rationelle overvejelser, for andre opstår de ubevidst og intuitivt, mens atter andre gør, hvad de rådes til at gøre.

For de professionelle såvel i sygehus som kommunalt regi, stiller kræftsygdommenes karakter, komplekse og langvarige patientforløb, store krav om fleksibilitet og viden hos personalet, når der skal vælges og koordineres indsatser. Personalet skal i disse forløb medtænke indsatser, der strækker sig lige fra patientens diagnose stilles, henover udviklingen af kræftsygdommen. Der ses behov for i disse efterforløb at koordinere indsatserne således, at patienten kan leve en hverdag med sin kræftsygdom, idet der tages højde for problemer af forskellig art herunder angsten for at miste jobbet.

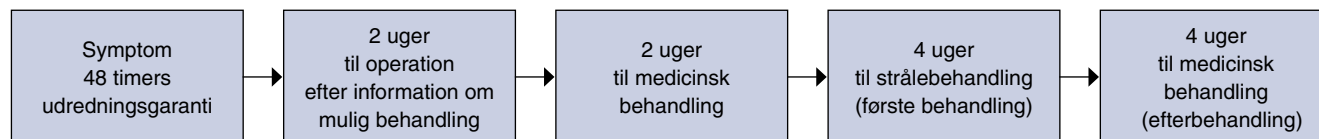
På et overordnet plan har indsatser og forløb hos borgere med en kræftsygdom en række fællestræk med den måde, man tænker rehabiliteringsforløb og indsatser på over for andre patientgrupper fx borgere med hjertesygdom. Kræftsygdommenes karakter, de ofte langvarige og meget indgribende forløb med mange bivirkninger og senfølger, stiller særlige udfordringer til det sundhedsfaglige personale, og de ydelser der tilbydes fra sundhedsvæsenet. Borgere med kræft har brug for og krav på et forløb med tidlig indsats og forskellige indsatser, der kan justeres i takt med sygdommens forløb, behandling og de problemstillinger, der opstår i hverdagslivet – et rehabiliteringsforløb. Helt præcist hvor mange kræftpatienter, der har behov for sådan en rehabiliteringsindsats kendes ikke specifikt. Der findes imidlertid i international litteratur konsensus om, at 1/3 af alle borgere med kræft ikke har noget egentligt behov for rehabilitering, 1/3 har et kortvarigt og ofte mindre behov, mens den sidste 1/3 har et stort og længerevarende behov for forskellige samlede rehabiliteringsindsatser (6).

En af bestræbelserne på at sikre optimale forløb i forbindelse med kræftsygdom er nationale rammer for maksimale ventetider i forhold til indsatser ved bryst – og underlivskræft, herunder udredningsgaranti, tilbud om operation ef-

ter information om behandlingsmuligheder, samt ventetid til behandling som stråleterapi og medicinsk behandling (figur 1).

Indsatser og støtte, som borgere med kræft skal tilbydes i disse efterforløb, bør gennemføres med mere og andet end blot fysisk genoptræning. Der skal sikres sammenhængende og koordinerede forløb med indsatser af forskellig art, rettet mod hele borgerens hverdagsliv, fysisk, psykisk og socialt, og gennemføres som koordinerede tilbud på tværs af sektorer og faggrupper. Forud for planlægningen af de forskellige indsatser bør der derfor sikres en faglig vurdering af borgerens helhedssituation, erfaringer og mestringsevne med henblik på at kortlægge behovet for et individuelt tilpasset rehabiliteringsforløb. I denne sammenhæng ses der behov for at få nye erfaringer med, hvordan borgerens hele situation kan vurderes, og hvordan indsatserne kan gennemføres i det tværsektorielle og tværfaglige felt som en kræftpatients sygdomsforløb foregår i. En af de anbefalinger, som Sundhedsstyrelsen formulerede i Kræftplan II, har særlig relevans for dette projekt og sigter mod, at der arbejdes med nye redskaber, der kan medvirke til at sikre målrettede og sammenhængende forløb for kræfttramte borgere.

Figur 1. Illustration af maksimale ventetider for bryst- og underlivskræft.



Kilde: Pjece om maksimale ventetider på kræftområdet

6.0 REHABILITERING – GENOPTRÆNING

Nationalt er der stigende fokus på rehabilitering, og med kommunernes nye opgaver på genoptræningsområdet er der behov for en fælles opfattelse af begreber som træning, genoptræning og rehabilitering. I forskellige personalegrupper, i sektorer og politiske kredse hersker der ofte uklarhed om begreberne, og genoptræning ses ofte anvendt synonymt med rehabilitering.

Internationalt er rehabilitering defineret på forskellig måde, men overordnet handler begrebet om funktionsevne, værdighed og livskvalitet. I 2004 udgav Rehabiliteringsforum Danmark, i samarbejde med MarselisborgCentret, Århus, 'Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet' i Danmark (10). Heri defineres rehabilitering 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 begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfyldt liv.

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

Kilde. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet.

Overordnet handler al rehabilitering om at kunne håndtere samspillet mellem det enkelte menneskes helbred, hverdags- og arbejdsliv. Definitionen peger på værdien i et målrettet og tidsbestemt samarbejde mellem borger og fagfolk med henblik på at sikre koordinerede og sammenhængende indsatser fra de forskellige aktører. Rehabilitering kan såle-

des anskues som et bredt begreb hvor samtlige indsatser, der påvirker borgerens hele liv tænkes ind, mens genoptræning ses som et mere snævert begreb, og som en del af rehabilitering rettet mod specifikke funktioner.

Et andet væsentligt omdrejningspunkt i rehabiliteringstanken er, at borgeren motiveres til at deltage i forløbs- og beslutningsprocessen. Hvidbogens definition fokuserer på betydningen af, at borgeren opnår viden og indflydelse til selv at kunne handle, og at indsatserne tilrettelægges, så borgerens egne ressourcer anvendes og styrkes. Mestring af hverdagen er afgørende for, i hvilken grad den enkelte kan realisere egne visioner om 'det gode liv' og udfylde hidtidige roller. Dialogen med borgeren er en væsentlig forudsætning for, at borgeren finder egne ressourcer og motivation til selv at tage initiativ til at gøre noget aktivt. I hele rehabiliteringsforløbet er borgeren den eneste gennemgående person, mens samarbejdspartnerne er personaler i forskellige sektorer, der arbejder ud fra hver sin faglighed. Disse samarbejdspartnere er involveret i rehabiliteringsprocessen på forskellige niveauer og tidspunkter i forløbet. Hvordan borgeren igennem og efter et sygdomsforløb formår at udnytte egne ressourcer til at håndtere hverdagslivet, handler om, at forløbet er meningsgivende for borgeren. Samspillet med fagpersonalet skal fungerer, og indsatser, der tilbydes og iværksættes fra såvel sygehuse som kommunale instanser, skal danne et sammenhængende forløb.

6.1 Rehabilitering og kræft

I Kræftplan II er begrebet kræftrehabilitering beskrevet med udgangspunkt i Hvidbogens definition af rehabilitering. Der er således overensstemmelse mellem Hvidbogens definition af rehabiliteringsbegrebet, og de centrale sundhedsmyndig-

heders forståelse af rehabilitering ved kræftsygdom. I regi af Nordisk Cancer Union (NCU) er kræftrehabilitering beskrevet i pjecen *'Fra behov til tilbud. Rehabilitering af patienter med kræft'*, som inspiration til en målrettet rehabiliteringsindsats i de enkelte nordiske lande. Formålet med den nationale kræftrehabilitering retter sig efter NCU og Sundhedsstyrelsen imod:

- at bevare eller fremme livskvalitet samt at genvinde tidligere funktionsniveau eller opnå højst mulig funktionsevne,
 - at forebygge tilbagefald, senfølger eller yderligere reduktion i funktionsevnen
 - at kunne leve med varige funktionsnedsættelser og at fremme sundhed ved at kunne mestre situationen
 - at den individuelle rehabiliteringsplan tilrettelægges i tæt dialog med kræftpatienten således, at der arbejdes med den enkeltes egne ressourcer og/eller styrkelse heraf.
- (Sundhedsstyrelsen 2005, Nordic Cancer Union 2004/a)

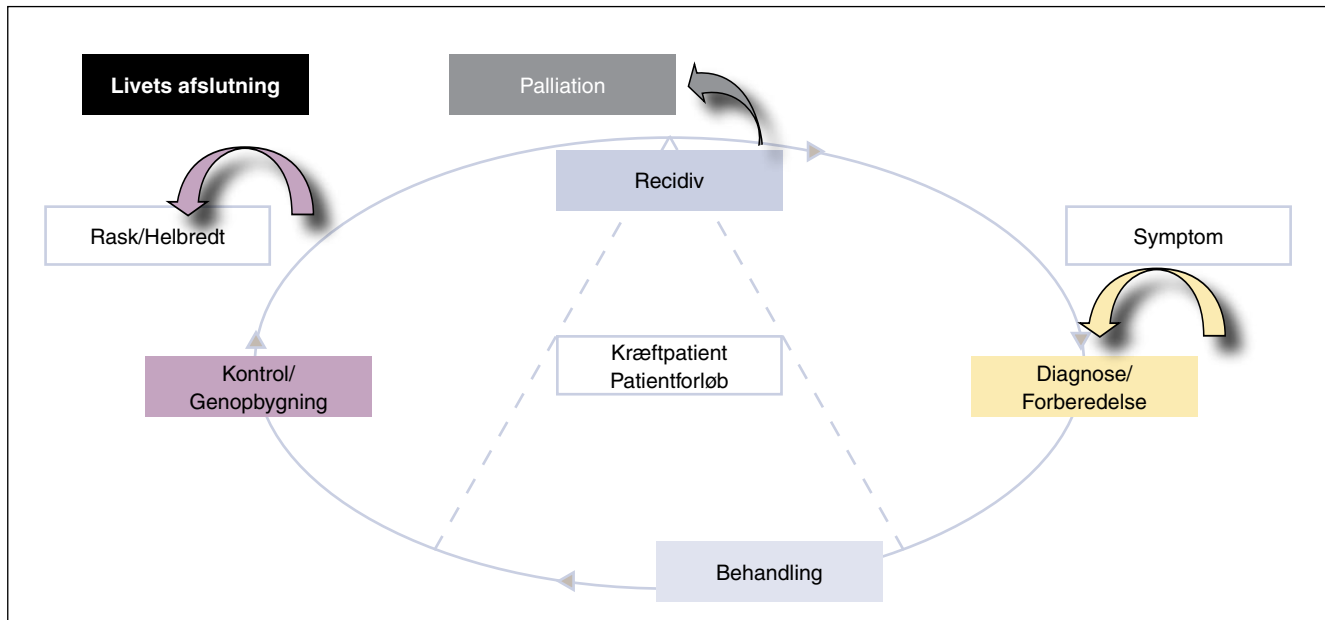
Målet med rehabilitering – såvel i Hvidbog om rehabilitering, som i Sundhedsstyrelsens og NCU's tilgang – har samstemmende fokus på livskvalitet, at kunne genvinde funktionsevne, forebyggelse af sygdomsfølger, samt medvirke til at det enkelte menneske kan mestre egen situation og leve et godt hverdagsliv.

Som tidligere nævnt skal rehabilitering hos borgere med kræft ikke alene rettes mod de kropslige begrænsninger, men også rettes mod bivirkninger af behandling, håndtering af barrierer for hverdagslivets aktivitet herunder arbejdsfæsthed, og senfølgernes påvirkning af det gode liv. Det er derfor vigtigt at være opmærksom i alle faser af forløbet, lige fra sygdommen diagnosticeres og ind i de lan-

ge og ofte komplekse behandlings- og efterforløb. Koordinering af tilbud og indsatser er helt afgørende for, om borgeren oplever et succesfuldt forløb, og selv har lyst til at deltage aktivt. Erfaringer fra andre undersøgelser har vist, at der for mange kræftpatienter skal forholdsvis enkle rehabiliterings tiltag til for at forbedre forløbet, og specifikt at man sætter ind tidligt i patientforløbet (1). For andre kræftpatienter kan det derimod være nødvendigt at iværksætte rehabiliterings tilbud af mere kompleks art, og på forskellige tidspunkter under hele forløbet. Som det ses illustreret i cirklen i figur 2 side 27 er der rum for indsatser med rehabiliterende tilgang i hele forløbet, også efter behandlingen er afsluttet.

Planlægning af et kræftrehabiliteringsforløb fordrer en meget præcis afdækning af borgerens rehabiliteringsbehov, og stiller store krav til de professionelle viden om såvel rehabiliteringsmuligheder som vurderingsprocessen. I rehabiliteringsforløb hos borgere med kræft er det afgørende, at de involverede fagprofessionelle tværfagligt tager afsæt i forståelsen af borgerens hverdagsliv. Forud for planlægning af et rehabiliteringsforløb bør derfor sikres en faglig vurdering af borgerens helhedssituation, erfaringer, coping- og mestringsstrategier med henblik på at kortlægge behovet for indsatser. Dernæst bør der tages stilling til, hvordan indsatserne kan koordineres og gennemføres i det tværsektorielle og tværfaglige felt, som en kræftpatients sygdomsforløb foregår i. En af de anbefalinger, som Sundhedsstyrelsen formulerer i Kræftplan II fra 2005, har særlig relevans for dette projekt, idet der sigtes mod: *'at der arbejdes målrettet med udvikling og anvendelse af visitationsparametre og redskaber med henblik på, at den enkelte kræftpatient får et målrettet, individuelt tilbud tilpasset det konkrete behov'* (13).

Figur 2. Kræftpatientens forløb fra symptom til helbredelse eller livets afslutning



Vurdering af behov for rehabilitering i hele sygdoms- og behandlingsforløbet sker via parallelle tilgange, hvor brugeren på den ene side har mulighed for at sætte ord på sin situation, og hvor der på den anden side kortlægges behov for indsatser, der skal imødekommes og koordineres. Der vil ikke være ét sted hvorfra en sammenhængende rehabiliteringsindsats kan løses, men dette forhindrer dog ikke, at der kan være aktører enten indenfor hospitalsområdet, i almen praksis eller en central person i kommunen, der påtager sig en særlig vurderende og koordinerende rolle. Uanset om borgeren er hjemme, indlagt til behandling eller har afsluttet denne, er det helt centralt for fagprofessionelle at indtænke erfaringer og forandringer, som sygdomsforløbet har afstedkommet.

6.2 Lovgivning vedrørende kræftrehabilitering

Der findes i lovgivningen ikke særlige bestemmelser vedrørende kræftrehabilitering. Indsatser hos borgere med kræft skal finde sted inden for den generelle lovgivning på det sundhedsmæssige og sociale område. Denne lovgivning er i meget vidt omfang udformet som en rammelovgivning, der indeholder mål og procesregler for ydelser. Lovgivningen giver den enkelte kommune mulighed for selv at sammensætte tilbud, idet der kun i begrænset omfang er fastsat regler, der konkret beskriver omfanget og arten af ydelser, som borgere med behov for kræftrehabilitering har ret til.

I forhold til dette projekt har der været fokus på lovgivningen indenfor:

Socialområdet

- Lov om retssikkerhed og administration på det sociale område
- Lov om social service
- Lov om sygedagpenge ved sygdom og fødsel

Sundhedsområdet

- Sundhedsloven

Beskæftigelsesområdet

- Lov om aktiv beskæftigelsesindsats

Ved ydelser, der kræver en bevillingsmæssig afgørelse, stilles der krav om, at der skal ske en konkret individuel vurdering af borgerens behov for støtte og hjælp. Især på dette sidste punkt – vurderingen – findes der i dag ikke forskningsbaseret viden om, hvorledes denne vurdering bliver til i kommunal praksis (1).

6.3 Nationale anbefalinger og status for rehabilitering ved kræft

Sundhedsstyrelsens anbefalinger giver forslag til en samlet og styrket rehabiliteringsindsats i forhold til patienter med kronisk sygdom, herunder også kræftsygdomme. Nationalt foregår der i dag en lang række rehabiliteringstiltag på forskellige niveauer inden for kræftområdet, men der mangler systematisk opsamling og implementering af evidensbaseret viden. Sundhedsstyrelsen anbefaler derfor også i Kræftplan II, at der sker en systematisk opsamling af viden om

eksisterende dokumenterede rehabiliteringstiltag med henblik på implementering nationalt (SST 2005/b).

Regeringen og Danske Regioner indgik 12.10.2007 en aftale om inden udgangen af 2008 at beskrive og indføre pakkeforløb for alle kræftformer. Et pakkeforløb for hver kræftform indeholder en beskrivelse af de sundhedsfaglige elementer i indsatsen. I de beskrevne pakkeforløb, hvoraf der er beskrevet pakkeforløb for 34 kræftformer, er rehabiliteringsaspektet stort set fraværende. Kun få af pakkeforløbene indeholder elementer omkring rehabilitering, fx er genoptræning for brystkræft beskrevet som et udviklingsområde (SST 2007/a). Dette har afstedkommet, at der i Sundhedsstyrelsen nu er udarbejdet et notat, der beskriver generelle indsatser vedrørende psykosocial omsorg, pleje og symptomlindring, rehabilitering og palliation i relation til de sundhedsfaglige elementer i pakkeforløb for kræft (23). I dette notat redegøres der bl.a. for indsatsområder i rehabilitering, og beskrivelsen ligger tæt op af rehabiliteringsbegrebet fra Rehabiliteringsforum Danmarks Hvidbog.

I forlængelse af beskrivelsen af pakkeforløb på kræftområdet blev der i foråret 2009 nedsat en arbejdsgruppe i Sundhedsstyrelsen, der havde til opgave at udarbejde anbefalinger til den organisatoriske tilrettelæggelse af rehabiliteringsindsatser i relation til pakkeforløbene på kræftområdet. Dette arbejde omfattede en beskrivelse af, hvorledes en vurdering af den enkelte patients behov for rehabilitering kan ske, samt hvorledes den enkelte indlagte eller ambulante kræftpatient i et pakkeforløb kan sikres rehabilitering i naturligt sammenhæng med behandlingsforløbet. Gruppens arbejde blev afsluttet med en rapport, der nu er på vej til at blive implementeret i praksis (24).

7.0 SYGEFRAVÆR OG ARBEJDSFASTHOLDELSE

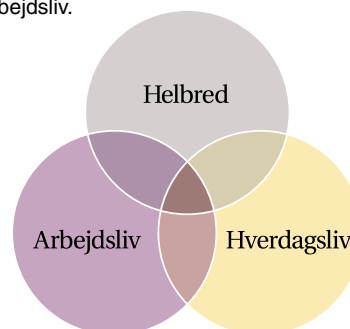
Sygdom er et sprogligt begreb, og der foreligger ikke en klar definition af begrebet. Sygdom kan anskues som det komplekse samspil mellem borgerens selvvaluerede helbred, den lægeligt diagnosticerede diagnose og borgerens funktionsevne. I et socialmedicinsk perspektiv handler sygdom om de biologiske, psykologiske og sociale belastninger, der tilsammen påvirker det enkelte menneske, og det enkelte menneskes evne til at håndtere de samlede belastninger på. Dette illustrerer, at der er en glidende overgang mellem sundhed og sygdom set i forhold til det enkelte menneske. Sundhed kan, i et socialmedicinsk perspektiv, beskrives med Bonnevies sundhedsbrøk, hvor sundhed er, når der er balance mellem individets ressourcer og omgivelsernes krav. I et socialmedicinsk perspektiv opstår sygdom, når der er ubalance i Bonnevies sundhedsbrøk (25).

$$\text{Sundhed} = \frac{\text{Menneskets kræfter} = \text{individets ressourcer}}{\text{Miljøets skade} = \text{omgivelsernes krav}}$$

(Bonnevies sundhedsbrøk)

Det socialmedicinske perspektiv på mennesket matcher rehabiliteringens tankegang. At kunne fungere i hverdagen handler overordnet om, hvordan den enkelte på trods af sygdom er i stand til at honorere daglige krav og forventninger, samt hvordan det omgivende samfund tilbyder støtte og vilkår. Som det ses illustreret i figur 3, er det væsentligt at imødekomme samtlige problemer, der opstår på baggrund af samspillet mellem helbred, hverdags- og arbejdslivet hos kræfttramte. For de fagprofessionelle er det vigtigt at agere tværfagligt i det felt, hvor indsatserne skal sikre borgeren en hverdag, der fungerer.

Figur 3. Illustration af sammenhæng mellem helbred, hverdagsliv og arbejdsliv.



Kilde: Sociallæge Helle Nielsen, Odense Kommune

7.1 Sygefravær

Sygefravær er fravær fra arbejde ved sygdom, og hver dag er cirka 150.000 personer på det danske arbejdsmarked sygemeldte. Sygefraværet medfører store omkostninger for samfundet i form af tab af lønindkomst for det enkelte menneske, produktionstab for virksomhederne og udgifter til sygedagpenge for den offentlige sektor (26). Ikke alene diagnosen afgør omfanget og varigheden af et sygefravær, men andre faktorer som arbejdsfunktioner, indflydelse på arbejdstider og opgaver, sikkerhed i ansættelse, psykosocial støtte og uddannelse, har også indflydelse på arbejdsfastholdelse.

Sygefravær ved kræftsygdom kan være kort- eller langvarigt. Kræftpatienter kan være helbredt for kræftlidelsen, men kan have øget sygefravær på grund af bivirkninger og følgetilstande af efterbehandling. Langvarigt sygefravær øger risikoen for at miste arbejdsplads- og arbejdsmarkedstilknytning, ligesom langvarigt fravær øger risikoen for førtidspensionering (27,28). Sygedagpengelovgivningen er baseret på offentlige ydelser i en kortere periode. Ved et langvarigt sygefravær er

der risiko for, at en borger kan miste det offentlige forsørgelsesgrundlag. Kommunerne gør derfor en stor indsats for at undgå, at borgeren mister forsørgelsesgrundlaget, men er samtidig underlagt sygedagpengeområdets lovgivning. Borgere, der er i risiko for sygefravær, har mulighed for at henvende sig til en sagsbehandler i kommunen med henblik på råd og vejledning i forhold til mulighederne for støtte til fastholdelse på arbejdsmarkedet.

7.2 Redskaber til arbejdsfastholdelse

Arbejdsfastholdelse handler om de initiativer, der iværksættes for at undgå, at en borger mister sit arbejde eller arbejds-

markedstilknytning under og efter sygdom, og skal ses som et aspekt af en samlet rehabiliteringsindsats på lige fod med eksempelvis fysisk træning. Arbejdsfastholdelsesbegrebet kan inddeles i:

- Arbejdspladsfastholdelse (bevare tilknytningen til arbejdspladsen)
- Arbejdsmarkedsfastholdelse (bevare arbejdsmarkedstilknytningen)

Forskellige initiativer og tiltag kan iværksættes ved en borgers midlertidige eller varige nedsættelse af arbejdsevnen med henblik på arbejdsfastholdelse (figur 4).

Figur 4. Oversigt over redskaber til arbejdsfastholdelse.

<p>Delvis raskmelding/delvist sygefravær:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbejdstiden øges gradvist til fuld raskmelding • Forudsætter ikke forudgående fuld sygemelding • Lønmodtagere: sygefravær minimum 4 timer ugentligt <p>§ 56-aftale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Refusion af sygedagpenge 1. fraværsdag • Langvarig/kronisk lidelse med forøget sygdomsrisiko med mere end 10 fraværssdage om året • Fravær med ambulant behandling • Godkendes for 1 år ad gangen • Gælder kun for det eksisterende ansættelsesforhold <p>Arbejdsredskaber:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Støtte til anskaffelse af arbejdsredskaber og arbejdspladsindretning (varig lidelse) <p>Personlig assistance:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Praktisk assistance til borger i erhverv med varigt funktionsevne-nedsættelse • Der kan bevilges op til 20 timer pr. uge ved fuldtidsarbejde • administreres af jobcenteret <p>Virksomhedspraktik – arbejdsfastholdelse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Under fuld sygemelding afklaring af arbejdsevnen på borgerens egen arbejdsplads 	<ul style="list-style-type: none"> • Arbejdstiden fra få timer til fuld tid • Varighed typisk 3 måneder <p>Virksomhedspraktik – arbejdsmarkedsfastholdelse/afklaring</p> <ul style="list-style-type: none"> • Under fuld sygemelding afklaring på revalideringsinstitution for sygemeldte/praktik eksternt <p>Mentorordning:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Støtte til sygemeldte under afklaring af arbejdsevnen • Virksomhedspraktik • Vejledning og opkvalificering <p>Ansættelse med løntilskud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Optræning i ny funktion • Løntilskud udbetales til arbejdsgiver <p>Uddannelsesrevalidering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Støtte til uddannelsesforløb, hvorved borger bliver selvforsørgende <p>Fleksjob:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Speciel jobfunktion der tager hensyn til varige skånehensyn • Løntilskud 1/2 eller 2/3 • Varig nedsættelse af arbejdsevnen • Stationær (behandlingstiltag udtømte) • Alle muligheder for revalidering og beskæftigelsesfremmende tiltag er udtømte • Kan tilkendes lønmodtagere og selvstændige
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

I forbindelse med en nærmere afklaring af om borgeren atter kan indgå på arbejdsmarkedet, er det vigtigt, at der sættes fokus på, hvilke ressourcer den enkelte har, og hvordan handlekompetencerne kan styrkes, og her er begrebet empowerment centralt.

7.3 Empowerment

Empowerment nævnes med jævne mellemrum i relation til sundhedsvæsnets arbejde. Empowerment kan foregå individuelt, gruppebaseret og i et samfundsmæssigt perspektiv, og kan ses som en proces, hvor formålet er, at give mennesket styrke og magt til at få kontrol over eget liv trods sygdom. Dette fordrer en tilgang fra fagprofessionelle hvor information, indflydelse, samspil og fælles ejerskab indgår centralt i løsningerne, og hvor borgeren selv er med til at formulere mål og planlægge indsatsen. Begrebet indgår, som et element i kommunernes afklaring af arbejdsevnen og er med til at styrke borgerens ressourcer (29,30).

7.4 Aktører omkring arbejdsfastholdelse

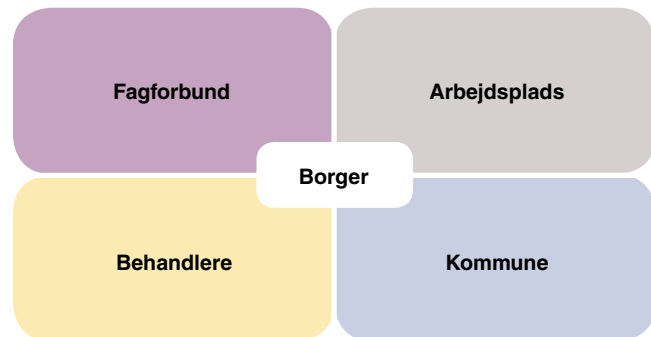
Arbejdsfastholdelse ved kræftsygdom har det formål at bevare arbejdsmarkedstilknytningen under og efter sygdom. Den helhedsorienterede tilgang til borgeren er vigtig, idet der skal være sammenhæng mellem helbred, hverdags- og arbejdsliv for at arbejdsmarkedstilknytningen kan bevares. Tiltagene herunder er at fremme livskvaliteten for den enkelte, og de har desuden også et samfundsøkonomisk perspektiv (20).

Arbejdsevnetoden er et centralt begreb i sagsbehandlernes arbejde, og den handler om at beskrive borgerens evne til at varetage et job på arbejdsmarkedet. Arbejdsevnetoden har fokus på at beskrive borgerens ressourcer (fysisk, psykisk og socialt) og muligheder for at bevare arbejdstilknytningen. Metoden anvendes i alle borgersager, hvor arbejdsevnen er truet. Sagsbehandleren i kommunen har

mulighed for at inddrage kommunens sociallæge (lægekonsulent), når sagsbehandleren har behov for en lægefaglig vurdering af foreliggende helbredsoplysninger fra behandlende læger, psykologer og kiropraktorer. Sociallægen beskriver sygdommens midlertidige eller varige indflydelse på funktionsevne, skånehensyn og sygdomsprognose.

I rehabiliteringsprocessen er det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde centralt og en betingelse for, at faggrupper fra forskellige sektorer og forvaltninger kan danne en fælles indsats i forhold til kræftpatientens forløb. Ofte udmøntes dette samarbejde i en 'rundbordsamtale', med deltagelse af relevante aktører som f.eks borger, de pårørende, kommunens sagsbehandler og sociallæge/lægekonsulent, repræsentant fra borgerens fagforbund, arbejdsgiver og borgerens almen praktiserende læge (figur 5).

Figur 5. Illustration af de forskellige aktører omkring arbejdsfastholdelse.



Kilde: Sociallæge Helle Nielsen, Odense Kommune.

Set i relation til arbejdsfastholdelses- og rehabiliteringstanken er dette tværfaglige samarbejde et væsentligt element for at kunne etablere en løsning, som er medvirkende til at borgeren opnår et godt hverdags- og arbejdsliv. Rundbordsamtalen kan medvirke til at borger og arbejdsplads sam-

men kan håndtere et givent helbredsproblem hos borgeren primært ved at rette fokus på skånehensyn og ikke på de konkrete helbredsforhold.

Begrebet arbejdsevne er forbeholdt sagsbehandlerens socialfaglige vurdering og gennemføres på baggrund af arbejdsevne metoden, der er opbygget af forskellige elementer. Samarbejdet mellem kommunale sagsbehandlere og sociallæger er beskrevet i rammerne "Arbejdsevne – dialog og samarbejde" udgivet af Beskæftigelsesministeriet og Arbejdsmarkedsstyrelsen i 2002. Heri fremgår det, at opgaverne for sociallægen er at:

- medvirke til indhentning af helbredsoplysninger til afklaring af borgerens situation
- være brobygger mellem sektorer
- være formidler, oversætter og garant for den lægefaglige dokumentation
- vurdere funktionsevne, skånehensyn og sygdomsprognose hos borgeren
- medvirke til at borger og arbejdsplads udvikler hensigtsmæssige strategier til at håndtere et givent helbredsproblem

7.4 Juridiske aspekter i tværfagligt og tværsektorielt samarbejde

Sociallægeligt samarbejde samt udveksling af helbredsoplysninger mellem kommune og sygehus, almen praktiserende læger og privatpraktiserende speciallæger består overvejende af skriftligt attestsamarbejde. Procedurer her-

for er nærmere beskrevet i Lægeforeningens attestudvalg og KL's samarbejdsaftale 'Socialt – lægeligt samarbejde' 2009. Lignende samarbejde finder sted med psykologer jf. 'Socialtpsykologisk samarbejde' 2005, og med kiropraktorer jf. 'Socialtkiropraktisk samarbejde' 2004. Tavshedspligt, behandling af persondata og udveksling af lægefaglige oplysninger er underlagt Lov om behandling af personoplysninger, Retssikkerhedsloven, Lov om offentlighed i forvaltningen og Sundhedsloven. Tavshedspligten, som alle fagpersoner er underlagt, sikrer borgerens krav på diskretion i forhold til fortrolige oplysninger.

Sociallæger/lægekonsulenter er administrativt ansat i kommunerne og varetager ikke sundhedsopgaver som diagnostik og behandling. Som administrative medarbejdere i kommunen er sociallægen/lægekonsulenterne underlagt Forvaltningsloven og ikke Sundhedsloven. Der skal foreligge samtykke fra borgerne, før kommunen kan indhente lægefaglige, psykologfaglige eller kiropraktiske oplysninger. Sociallægen har notatpligt ifølge lov om offentlighed i forvaltningen, og vurderingerne skal opbevares i lægejournaler. Den almindelige aktindsigt sikrer, at borgeren kan bede om aktindsigt i de oplysninger, som kommunen benytter som grundlag for lægefaglig vurdering og socialfaglig afgørelse. Udveksling omkring borgerens helbredsoplysninger i det tværsektorielle samarbejde kan ske efter samtykke fra borgeren. Samtykket er gældende for et år ad gangen, og udveksling af data mellem kommunale forvaltninger kræver et specifikt samtykke.

UNDERSØGELSE AF ODENSE KOMMUNES KRÆFTREHABILITERINGSPROJEKT

8.0 MÅLGRUPPE OG METODE

Odense Kommunes projekt var i sin form et udviklings- og evalueringsprojekt indenfor den kommunale sektor. Projektets fokusområde var en ny måde at afdække borgerens behov på samt en ny tilgang til fysisk træning og arbejdsfastholdelse hos yngre kvinder med kræft i Odense Kommune.

8.1 Målgruppe

Projektets målgruppe har initialt omfattet erhvervsaktive kvinder i alderen 18-64 år med arbejdspladstilknytning og bopæl i Odense Kommune. For at indgå i projektet havde kvinderne en nydiagnosticeret kræft i bryst eller i de kvindelige kønsorganer og var i kurativ behandling herfor på Onkologisk afdeling, OUH. Målgruppen kan principielt inddeles i tre undergrupper, som er kvinder der:

- efter operation er færdigbehandlede
- udover operation behandles med stråleterapi
- udover operation behandles med kemo- og stråleterapi

Kun den sidste gruppe blev inkluderet i projektet, da deres arbejdsmarkedstilknytning var truet. De øvrige grupper var enten ikke eller kun ganske kortvarigt sygemeldte. Kvinder, der var på kontanthjælp eller førtidspension, indgik ikke i projektet.

Siden ultimo oktober 2008 blev inklusionskriterierne pga. rekrutteringsproblemer udvidet til også at omfatte kvinder i kemo- og/eller stråleterapi med førstegangsrecidiv af tidligere diagnosticeret bryst- eller underlivskræft. Dette uanset om de fortsat havde arbejdsmarkedstilknytning eller var sygemeldte.

På baggrund af incidens- og prævalenstabeller fra Nordic

Cancer database 2004 og opslag i befolkningstal (folketabel) fra Odense Kommune for samme år, kan et estimat for årsincidensen for brystkræft og kræft i de kvindelige kønsorganer beregnes til henholdsvis 72 og 31 i den erhvervsaktive alder. I alt forventede man ved projektets start, efter samråd med lægerne på Onkologisk afdeling R, OUH, at kunne inkludere op til 100 kvinder/per år i undersøgelsen. Da kvinder på kontanthjælp og førtidspension ikke på forhånd var ekskluderet af estimatet, blev det forventede antal inkluderede antaget at være væsentligt reduceret.

8.2 Metode og datakilder

Projektet blev gennemført som et kvalitets- og udviklingsprojekt i Odense Kommune. Der er anvendt kvantitativ metode til beskrivelse af data, bearbejdning af journaloptegnelser, og telefoninterviews til beskrivelse af borgerens oplevelser. Datamaterialet blev indsamlet undervejs i udviklings- og afprøvningsfasen, og efter projektets afslutning blev gennemført borgerinterviews. Analysen havde sigte på at beskrive målgruppen, de givne indsatser, borgernes oplevelser og tilfredshed med tilbuddet, samt personalets oplevelser og erfaringer med de udfordringer og barrierer der var i forbindelse med samarbejde og koordinering sektorer, forvaltninger og fagpersoner imellem. Demografiske data og data, der beskriver borgernes sygdom og arbejdsmæssige situation, blev indsamlet ud fra en ad hoc udviklet spørgeguide gennem de socialmedicinske samtaler (bilag 1).

Alle data blev systematiseret i databaseprogrammet Epidata og bearbejdet i statistikprogrammet Stata. Datamaterialet blev opgjort ved simpel statistik med procenter eller absolutte tal. Effekten af fysioterapeuternes træningsindsats blev opgjort på baggrund af borgernes selvsvurdering i spørge-

skemaet EQ-5D samt med scoring af funktionsevne på en VAS Skala (Visuel Analog Scale). EQ-5D skemaet kan anvendes som et måleredskab for helbredsrelateret livskvalitet og funktionsevne vurderet ved borgerens egen opfattelse og tilfredshed med egen fysisk, psykisk og social tilstand (bilag 2). EQ-5D er ikke et standardiseret og sygdomsspecifikt måleinstrument. Redskabet værdisætter helbredstilstanden i kvalitetsjusterede leveår (QALY) og er dansk valideret. Den deskriptive del omfatter helbredsrelaterede spørgsmål indenfor fem dimensioner og sætter fokus på bevægelighed, evne til at udføre personlig pleje og vanlige aktiviteter som arbejde, smerter/ubehag samt angst/depression. Derudover indeholder skemaet en selv vurderet helbredstilstand vurderet på en VAS skala (bilag 3). EQ-5D spørgeskemaet blev anvendt, da fysioterapeuter havde kendskab til dette fra tidligere projekter.

Til beskrivelse af deltagernes tilfredshed med Odense Kommunes projekt og tilbud blev der af MarselisborgCentret gennemført en telefoninterviewundersøgelse. Spørgeguiden til interviewet blev udviklet af projektleder, den socialmedicinske læge i Odense Kommunes Socialmedicinske afdeling, de to fysioterapeuter ansat i Odense Kommunes træningstilbud samt personale ved Marselisborgscentret (bilag 4). Telefoninterviewene blev gennemført efter, at deltagerne havde afsluttet de to socialmedicinske samtaler og træningsforløbet. Interviewene var frivillige for borgerne og gennemført med forudgående accept og efter aftale med hver enkelt deltager. En skriftlig udgave af spørgeguiden blev sendt til deltagerne før interviewene, således at den enkelte har kunnet forberede sig. Samtalerne blev gennemført af personale ansat ved MarselisborgCentret. Der har været sendt en rykkerskrivelse ud for at inkludere så mange som muligt (bilag 5). Fagpersoner fra Onkologisk afdeling, OUH og Odense Kommune har beskrevet deres oplevelser og erfaringer med samarbejdet.

Oprindeligt var det planlagt at sammenligne datamateriale fra afsluttede sygedagpengesager i Odense Kommune med data fra dette projekt med henblik på at kortlægge en effekt af de kommunale aktiviteter i borgernes sygemeldingsperiode og forsørgelsesgrundlag ved sygedagpengeperiodens ophør. Kortlægningen af afsluttede sygedagpengesager blev ikke gennemført, idet det viste sig at være umuligt at finde en sammenlignelig kohorte, da sygemeldte ikke registreres med sygdomsdiagnose i de kommunale databaser. Det var således ikke realistisk at gennemføre en sammenligning af de to grupper.

8.3 Projektets indsatsområder

Indsatsen i projektet blev centreret om en tidlig socialmedicinsk indsats med tværfaglig og tværsektorielt samarbejde med fokus på, at borgeren oplever sammenhæng og muligheder mellem sygdommens behandlingsforløb, hverdags- og arbejdsliv.

De bærende ideer og indsatsområder i projektet var:

1. socialmedicinsk stuegang, senere benævnt som socialmedicinsk samtale eller 'SMS'
2. træning ved fysioterapeuter i træningsenheden, Ældre- og Handicapforvaltningen
3. tværsektorielt og tværfagligt samarbejde omkring patientforløb mellem Onkologisk afdeling, OUH og Odense Kommunes forvaltninger

Ved projektets start var et fjerde element tænkt ind, nemlig etablering af en kræftskole med et arbejdsrettet perspektiv, specifikt målrettet kvinder med kræft i bryst eller underliv, og gennemført i et samarbejde mellem Kræftens Bekæmpelse, Onkologisk afdeling, OUH og Odense Kommune. Den kommunale kræftskole blev imidlertid aldrig udviklet, idet Onkologisk afdeling uafhængigt af dette projekt allerede havde en etableret kræftskole målrettet brystkræftoperere-

de kvinder, der havde fået adjuverende behandling og kvinder med underlivskræft.

8.3.1 Indsatsområde 1

Socialmedicinsk samtale – 'SMS'

Formålet med den socialmedicinske indsats var at styrke borgerens handlekompetencer til at tackle helbred, hverdags- og arbejdsliv under og efter et behandlingsforløb. Den socialmedicinske samtale blev gennemført som en dialogbaseret samtale med henblik på at styrke borgerens handlekompetencer til at tage vare på egen livssituation og livsbetingelser (empowerment). Samtalen havde følgende dagsorden:

- et interview/dialog med henblik på oplysninger om borgerens helbred, hverdags- og arbejdsliv
- vejledning om muligheder og løsninger
- rådgivning om sundhedsfremme og forebyggelse

Samtlige socialmedicinske samtaler blev varetaget af en rutineret sociallæge. Samtalen blev gennemført med vejledning og rådgivning med henblik på at styrke handlekompetencer til at tackle helbred, hverdags- og arbejdsliv under og efter et behandlingsforløb. Sociallægen foretog samtidig en tidlig lægefaglig vurdering af de foreliggende helbredsoplysninger.

Den socialmedicinske samtale blev gennemført ud fra en guide udviklet på baggrund af kliniske socialmedicinske principper. Spørgeguidens indhold var opbygget ud fra et helhedsperspektiv, og havde fokus på såvel borgerens helbredsforhold, funktionsevne, sociale forhold, indsatser der var iværksat, den erhvervsmæssige prognose og skånehensyn før, under og efter et behandlingsforløb. Spørgeguiden blev primært anvendt som et støtteredskab for sociallægen

under samtalerne og er justeret undervejs i projektet. Lægen udarbejdede et notat til kommunens og Onkologisk afdelings lægejournal med en beskrivelse af borgerens funktionsevne, behandlingsmuligheder, sygdomsprognose og skånehensyn. Sociallægens notat kunne efterfølgende benyttes af:

- *myndighedsbehandler* – Odense Kommune
- *sundhedsvæsenet* – personalet i Onkologisk afdeling, OUH
- *fysioterapeuter* – Odense Kommunes fysioterapeuter, såfremt kvinderne deltog i projektets tilbud om fysisk træning, og havde givet samtykke til oversendelse af notatet

Hensigten med notatet var at sikre at involverede onkologer, plejepersonale og terapeuter gensidigt var orienteret og havde fælles opfattelse af en helhedsorienteret borgeroverlevering mellem hospital og kommune.

Der var i projektet afsat midler til sygeplejersketimer på Onkologisk afdeling OUH, som skulle bruges til at opspore kvinder, der kunne være kandidater til projektet. Sygeplejerskerne, skulle udlevere Odense Kommunes informationsfolder til kvinderne, samtykkeerklæringer samt booke tid til den første socialmedicinske samtale med sociallægen (bilag 6, 7). Sociallægen og de kommunale sagsbehandlere havde også mulighed for at inkludere kvinder i projektet og informere om dette, når de blev opmærksomme på kvinder, der var i et behandlingsforløb på Onkologisk afdeling, OUH.

Sociallægen orienterede sig, forud for den første socialmedicinske samtale, om kvindernes helbreds-mæssige situation i Onkologisk afdelings visitations- og informationsnotat. Den første socialmedicinske samtale blev gennemført ved

start af kemoterapiforløbet. Hensigten var her at belyse helbredsproblemer, funktionsevne, skånehensyn i forhold til arbejdsmarkedstilknytning, og mulighederne for at bevare arbejdstillknytningen under og efter afsluttet behandlingsforløb på Onkologisk afdeling, OUH. Desuden var hensigten at tage stilling til borgerens behov for støttende indsatser i rehabiliteringsforløbet, herunder tilbud om fysisk træning, mulighed for økonomisk tilskud til psykologbistand, sexolog, diætist vejledning samt mulighed for støtte hos Kræftens Bekæmpelse.

Kvinderne blev efter den første samtale tilbudt yderligere en samtale af cirka en times varighed i tilslutning til behandlingsforløbets afslutning på Onkologisk afdeling, OUH. Ved den anden socialmedicinske samtale var der fokus på det hidtidige forløbs indflydelse på helbred, hverdags- og arbejdsliv. Omdrejningspunktet for samtalen var arbejdsmarkedsperspektivet og behovet for fortsat rehabilitering efter sygdom herunder arbejdsfastholdelse. Sociallægen udfærdigede i lighed med første samtale et notat med beskrivelse af sygdommens indflydelse på funktionsevne, behandlingsforløb, sygdomsprognose og skånehensyn.

8.3.2 Indsatsområde 2

Fysisk træning

Projektets andet indsatsområde var en tidlig kommunal træningsindsats til målgruppens kvinder. Dette medførte, at kvinder med underlivskræft også blev tilbudt en kommunal træningsindsats. For kvinder med brystkræft var der tale om et supplerende tilbud til den genoptræning, de tidligere havde fået tilbudt efter brystkræftoperation jf. Sundhedsloven §140. Hensigten med den fysiske træning var at understøtte den enkelte kvindes tilbagevenden til en aktiv hverdag med arbejdsmarkedstilknytning. I projektet var der afsat økonomiske midler til en fysioterapeut på halv tid. Af organisatori-

ske årsager valgte Aktivitet og Træning, Odense Kommune, at fordele opgaven mellem to fysioterapeuter. Terapeuternes tilgang til den enkelte kvinde satte direkte fokus på fysisk aktivitet i forløbet, såvel på gruppe- som på individuelt niveau. Det konkrete tilbud om træning blev afviklet med undervisning på hold eller individuelt og indebar:

- individuel vurdering af behov for fysisk træning og tilbud om træningsforløb samt udarbejdelse af målsætning for træningsforløbet
- vurdering af behov for arbejdspladsindretning i samarbejde med Jobcentret i Odense Kommune

Alle kvinder i projektet blev tilbudt fysisk træning. Sociallægen udleverede et informationskort med fysioterapeuternes tilbud til samtlige kvinder i projektet (bilag 8). Kontakten til tilbuddet etablerede kvinderne selv ved at henvende og tilmelde sig ad hoc. Ved henvendelsen blev der aftalt tid for en indledende samtale af en times varighed. Fysioterapeuterne havde efter samtykke fra kvinderne adgang til det socialmedicinske notat, en eventuel genoptræningsplan fra sygehuset og fysioterapeutiske journalnotater fra tidligere holdforløb. Terapeuterne valgte af hensyn til faglig sparring, borgernes sikkerhed og holdstørrelse at være to i samtlige sessioner. Ved den indledende samtale med fysioterapeuterne blev formål med forløbet kortlagt, og der blev gennemført en vurdering af kvindens fysiske status, bevægeindskrænkninger, arvæv og begrænsninger samt problemstillinger som kvalme, smerter og andre følgetilstande af behandlingen. Samtlige kvinder, der accepterede at deltage i den fysiske træning, udfyldte ved første og sidste træningsdag et EQ-5D spørgeskema samt en VAS skala til beskrivelse af selv vurderet funktionsevne og helbredstilstand. VAS scoren blev angivet på en kontinuert skala fra 1-100, hvor bedste oplevelse af helbred og funktionsevne er 100.

I forbindelse med projektet, blev der tilbudt et tre måneders træningsforløb med fysisk træning to gange ugentligt, såvel på hold med 8-10 deltagere, som i individuelle forløb. Forløbenes længde blev aftalt individuelt. Et fast træningsindhold blev gennemført med opvarmning dvs. kondicykel, stepper eller lignende, og herefter konditionstræning, styrketræning, træning af bækkenbunden, udspænding og bevægeligheds-træning for skulder/brystregion samt koordinationsøvelser. Desuden blev der tilbudt specifikke ad hoc øvelser med fokus på venepumpefunktion, nakkeøvelser, holdningskorrektion og bækkenbundsøvelser. I forbindelse med afvikling af træningen blev der etableret et 'rum' for socialt samvær med mulighed for, at kvinderne kunne udveksle erfaringer og etablere netværk. I starten blev der oprettet et træningshold, men efter projektudvidelsen med indtag af recidivpatienter, oprettedes endnu et hold med deltagere med et initialt lavere funktionsniveau. Der blev oprindeligt tilbudt træning to gange ugentlig, men på grund af lokalemangel, blev det sidst etablerede hold kun tilbudt træning en gang ugentlig.

8.3.3 Indsatsområde 3

Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde

Som en del af projektet blev optimering af det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde omkring patientforløbene mellem Onkologisk afdeling, OUH og Odense Kommunes forvaltninger vægtet højt. I planlægningsfasen blev involverede onkologer, plejepersonale, kommunale fysioterapeuter og de forskellige forvaltninger gensidigt informeret om projektet. I forbindelse med gennemførelse af projektet var hensigten en flerfaglig og let tilgængelighed til data på deltagerne. De forskellige faggrupper udarbejdede og tog stilling til de forskellige redskaber, der skulle anvendes omkring kommunikation og dataindsamling med henblik på en fælles opfattelse af en helhedsorienteret borgeroverlevering faggrupper og sektorer imellem. De socialmedicinske samtaler blev gennemført i Onkologisk afdeling R for at give kvinderne en oplevelse af sammenhæng mellem det regionale og kommunale tilbud samt styrke samarbejdet mellem aktørerne i rehabiliteringsprocessen. Soliallægens notat fra

Figur 6. Forløbsdiagram over aktiviteter, der er udviklet og gennemført i projektet.

Forløbsfaser	Tidsperiode	Aktiviteter, der er udviklet og gennemført
Forberedelsesfasen	15.09.2007- 01.04.2008	<ul style="list-style-type: none"> • Udarbejdelse af informationsfolder om projektet med socialmedicinsk samtale, samt informationskort om træningstilbud til borgerne • Samtykkeerklæringer til udveksling af data • Informationsmøder med personale i Onkologisk afdeling, OUH, sagsbehandlere i Sygedagpengeafsnittet, fysioterapeuter i Ældre- og Handicapforvaltningen • Udviklet guide til brug for gennemførelse af socialmedicinske samtaler • Plan for gennemførelse af socialmedicinske samtaler og fysisk træning
Afprøvningsfasen	01.04.2008-30.11.2009	<ul style="list-style-type: none"> • Gennemførelse af to socialmedicinske samtaler til hver inkluderet borger med en kommunal ansat socialmedicinsk læge, Socialafdelingen, Odense Kommune • Vurdering af behov for fysisk træning, udarbejdelse af mål og gennemførelse af fysisk træning ved to fysioterapeuter fra Aktivitet og Træning, Odense Kommune
Afrapportering	1.8.2009-31.03.2010	<ul style="list-style-type: none"> • Databearbejdning, telefoninterviews af projektdeltagerne og analyse og bearbejdning af datamateriale samt udarbejdelse af rapport ved personale på Marselisborg-Centret

samtalerne indgik i lægejournalen og blev desuden anvendt af Odense Kommunes sagsbehandlere, personalet i Onkologisk afdeling R, OUH samt Odense Kommunes fysioterapeuter.

8.4 Gennemførelse af projektet

Projektet blev gennemført og afviklet i tre faser herunder forberedelse, afprøvning og dokumentation (figur 6 side 37).

Der er undervejs gennemført justeringer af de forskellige faser forløb som led i håndtering af udfordringerne.

8.5 Projektetik

I forbindelse med projektets gennemførelse blev der indhentet samtykke mhp. udveksling af oplysninger vedrørende helbred, arbejde og sociale forhold mellem Onkologisk afdeling R, OUH og Odense Kommune. Deltagerne blev in-

formeret om projektet mundtligt og skriftligt og oplyst om, at indsamlede data både fra lægejournaler, socialmedicinske samtaler, fysioterapeuterne opgørelser og telefoninterviews er fortrolige og offentliggøres i anonymiseret form. Borgerne blev eksplicit gjort opmærksomme på, at de når som helst kunne trække givet samtykke tilbage uden konsekvenser for den sædvanlige kommunale sagsbehandling eller behandling på Onkologisk afdeling R, OUH. Borgere, der ikke ønskede at deltage i projektet, blev tilbudt vanlig kommunal sygedagpengeopfølgning. For brystkræftopererede kvinder var projektet et supplement til det sædvanlige genoptræningstilbud efter Sundhedsloven § 140. Odense Universitetshospital henviser ikke kvinder med underlivskræft og kvinder med recidiv af brystkræft til genoptræning i kommunalt regi, og derfor har projektet været eneste tilbud til disse kvinder.

9.0 RESULTATER

Dette afsnit beskriver resultater og erfaringer med en koordineret kræftrehabiliteringsindsats hos borgere med bryst- eller underlivskræft. Fokus var at styrke borgerens handlekompetencer til at tackle muligheder i hverdags- og arbejdslivet under og efter et behandlingsforløb for en kræftsygdom.

Resultatafsnittet belyser data opsamlet gennem projektet, herunder demografiske data, sygdoms og arbejdsrelaterede data, samt resultater opgjort fra den fysioterapeutiske indsats. Alle data er opgjort ved simpel statistik. Resultatafsnittet belyser desuden borgernes tilfredshed med Odense Kommunes rehabiliteringstilbud samt en beskrivelse af enkelte personalers erfaringer med de forskellige udfordringer og barrierer, der kan ligge i samarbejdet sektorer og faggrupper imellem.

Et eksempel på et sygdoms- og rehabiliteringsforløb:

34 årig kvinde opereret for kræftsygdom i æggestokkene. Behandlet kirurgisk og med kemoterapi. Behandlingsforløbet langvarigt og kompliceret. Arbejder som akademiker med skiftende arbejdstider. Fuldt sygemeldt under hele behandlingsforløbet og efterfølgende kortvarig rekreation. Rehabiliteringstilbud givet som to socialmedicinske samtaler, fysisk træning og rundbordssamtale på arbejdspladsen med deltagelse af sociallæge og arbejdsfastholdelseskonsulent.

Plan for tilbagevenden til arbejde – genoptaget arbejdet delvist og raskmeldt til tidligere beskæftigelse på fuld tid efter 6 uger med delvis raskmelding. Tilkendt § 56 aftale. Samlet sygemelding 9 måneder – 15 måneder efter sygdomsdebut atter i ordinær beskæftigelse.

9.1 Profil af inkluderede projektdeltagere

Datamaterialet blev indsamlet fra de to socialmedicinske samtaler gennemført i perioden 20.04.2008 til 30.11.2009. Der blev i undersøgelsen inkluderet 48 kvinder der var opereret for bryst- eller underlivskræft. Kvindernes alder var fra 26-59 år, flest i alderen mellem 40 og 60 år (tabel 1).

Tabel 1. Aldersfordeling set på 48 kvinder opereret for bryst- eller underlivskræft i Odense Kommune.

Alder	Antal n=48
20-29 år	1
30-39 år	4
40-49 år	22
50-59 år	21

Blandt de 48 kvinder var 73 % samboende, og en næsten tilsvarende andel angav at bo i eget hus eller i en andelsbolig. Ved den socialmedicinske samtale blev der spurgt ind til kvindernes egen oplevelse af deres sociale netværk, og her oplyste 88% de havde et godt og stabilt netværk i familie, venner eller arbejdskollegaer.

I alt 81 % af kvinderne har et eller flere børn. Den overvejende andel har to børn, mens to kvinder har fire børn (tabel 2). Næsten halvdelen af kvinderne har aktuelt børn i den skoleseende alder.

Tabel 2. Antal børn hos 48 kvinder opereret for bryst- eller underlivskræft i Odense Kommune.

Antal børn	Antal n=48
Ingen børn	9
1 barn	6
2 børn	23
3 børn	8
4 børn	2

I forhold til erhvervsuddannelse angav 38%, at de havde en erhvervsfaglig uddannelse med arbejde indenfor servicefag, mens 40% havde en mellemlang videregående uddannelse indenfor sundheds- og socialområdet med tungt arbejde, belastende løft og arbejdsstillinger.

9.2 Den socialmedicinske samtale

Totalt set tog 48 kvinder imod Odense Kommunes tilbud om socialmedicinske samtaler med sociallægen. Seks kvinder gennemførte ikke den anden samtale, dels på grund af et allerede afsluttet behandlingsforløb, og dels med baggrund i en påbegyndt sag om førtidspension i kommunen. Enkelte kvinder havde samtale med sociallægen mere end to gange. Den overvejende andel af kvinderne blev henvist til tilbuddet gennem personalet på Onkologisk afdeling, OUH, mens en tredjedel blev kontaktet direkte af sociallægen, når denne var i Onkologisk afdeling, eller blev informeret om tilbuddet af en sagsbehandler i Odense Kommune. Ifølge sygeplejerskerne i Onkologisk afdeling R, OUH ønskede 13 kvinder ikke at tage mod tilbuddet, dette blev ikke dokumenteret gennem datamaterialet.

Helbredsrelaterede oplysninger

I forbindelse med den socialmedicinske samtale blev der indsamlet helbredsrelaterede oplysninger om hver enkelt projektdeltager, og heraf ses at 80% af kvinderne var brystkræftopereret (tabel 3).

Tabel 3. Sygdomsbaggrund set på 48 kvinder opereret for bryst- eller underlivskræft i Odense Kommune.

Kræftsygdom	Antal n=48
Brystkræft	38
Livmoderhalskræft	2
Livmoderkræft	2
Kræft i æggestokke	6

Blandt de 81% af kvinderne i projektet var kræftsygdommen nydiagnosticeret. Udover en operativ behandling gennemførte samtlige kvinder supplerende efterbehandling iværksat i Onkologisk afdeling, OUH. Kvinderne gennemgik ofte flere forskellige behandlingsindsatser i efterforløbet, og af tabel 4 ses at 98% af kvinderne var i behandling med kemoterapi, mens 67% tillige fik stråleterapi. I alt tog ni kvinder imod tilbuddet om operativ rekonstruktion på et senere tidspunkt, mens to profylaktisk skal have fjernet det raske bryst.

Tabel 4. Gennemført behandling hos 48 kvinder opereret for bryst- eller underlivskræft i Odense Kommune.

Iværksat behandling for kræftsygdom	n=48 antal (%)
Kemoterapi	47 (98)
Stråleterapi	32 (67)
Antihormonbehandling	24 (50)
Antistofbehandling	11 (23)

Samtlige kvinder i undersøgelsen angav bivirkninger af forskellig art i tilslutning til efterbehandling af kræftsygdommen. En tredjedel angav bivirkningerne som lette, mens to tredjedele betegnede dem som svære. Hyppigst blev bivirkningerne oplyst som problemer med koncentration og nedsat hukommelse i hverdagen, udtalt træthed, søvnproblemer, depressive tendenser, smagsændring, nedsat appetit

og kvalme. Nogle kvinder oplevede i tilslutning til efterbehandling vægttab, mens andre fik vægtøgning.

De brystkræftopererede kvinder angav hyppigt hudproblemer, lige fra rødme af huden til åbne sår, samt problemer med lymfødem i armen og føleforstyrrelser i fingrene til følge. Kvinder, der var opereret i underlivet, oplevede desuden symptomer som hestigninger og øget svedtendens, som et dominerende og væsentligt problem. Generelt gav kvinderne udtryk for, at bivirkningerne i høj grad var med til at påvirke identitet og selvopfattelse samt hverdagslivet og de daglige gøremål i familien. Her blev nævnt problemer med at overkomme den daglige rengøring, at handle ind og lave mad, manglende overskud til lektielæsning med børn samt almindeligt samvær med familie og venner.

Der blev ved begge de socialmedicinske samtaler spurgt ind til, om der var andre helbredsforhold end kræftsygdommen, der havde indflydelse på funktionsevnen. I alt 69% af kvinderne angav foruden deres nuværende kræftsygdom, anden sygdom som også var symptomgivende i hverdagen. Her blev væsentligst nævnt symptomer fra ryg og bevægeapparatet, problemer af psykisk art eller vandladningsgener.

Deltagernes selvvaluerede helbred

Over 75% af kvinderne angav, at de havde et kompliceret sygdomsforløb med mange bivirkninger. Af tabel 5 ses kvindernes selvvaluerede helbred ved henholdsvis 1. og 2. socialmedicinske samtale.

Ved 1. socialmedicinske samtale vurderede 17% af kvinderne, at de havde et meget godt helbred, mens 42% angav et godt helbred og 31% et nogenlunde godt helbred. En mindre procentdel gav direkte udtryk for, at de havde et dårligt eller et meget dårligt helbred. Ved 2. samtale vurderede en mindre procentdel, at de havde et meget godt helbred, mens henholdsvis 36% og 47% oplevede deres helbred som godt

Tabel 5. Selvvalueret helbred ved 1. og 2. socialmedicinske samtale blandt 48 bryst- eller underlivskræft opererede kvinder i Odense Kommune.

Selvvalueret helbred ved	1. socialmedicinske samtale	2. socialmedicinske samtale
Mit helbred er:	Antal n=48	Antal n=42
• meget godt	8	4
• godt	20	15
• nogenlunde godt	15	20
• dårligt	2	1
• meget dårligt	3	2

eller nogenlunde godt. En mindre procentdel vurderede uændret deres helbred som dårligt eller meget dårligt.

Idet der for begge målgruppers sygdom lå et sundhedsfremmende og forebyggende perspektiv i efterforløbet, blev der ved den socialmedicinske samtale spurgt ind til levevis, herunder anvendelse af alkohol og tobak. En enkelt deltager blev i forbindelse med et væsentligt alkoholproblem anbefalet at tage kontakt til sin almen praktiserende læge eller Odense Kommunes alkoholbehandlingscenter. I alt 20% af kvinderne angav daglig rygning, og i forbindelse med den socialmedicinske samtale blev de anbefalet rygeophør eventuelt efter kontakt med egen læge.

Arbejdsrelaterede data

Under efterbehandlingen og ved første socialmedicinske samtale var 75% af kvinderne fuldt sygemeldt, 15% var delvist sygemeldt og 10% i fuldt arbejde. Flest var sygemeldt fra deres ordinære job, mens 25% forud for sygdommen enten var i fleksjob, arbejdsløs, studerende eller under revalidering (tabel 6).

Ved 2. socialmedicinske samtale angav 69% af kvinderne stadigvæk at være fuldt sygemeldt, mens 29% var delvist sy-

Tabel 6. Status vedrørende sygemelding ved 1. SMS hos 48 kvinder opereret for bryst- eller underlivskræft i Odense Kommune.

Status vedrørende sygemelding	Antal n=48
Sygemeldt fra ordinært job	36
Sygemeldt fra fleksjob	4
Arbejdsløs	1
Studerende	1
Under revalidering	1
Ikke sygemeldt eller ikke oplyst status	5

gemeldt, og en var tilbage i ordinært fuldtidsarbejde. Flere kvinder påregnede at vende tilbage til arbejdet inden for den næste måned. I forhold til arbejdsfastholdelse og arbejdsmarkedstilknytning ses af notater fra de socialmedicinske samtaler, at sociallægen sammen med hver enkelt kvinde har drøftet muligheder for ændringer og tanker om det fremtidige job på arbejdsmarkedet (tabel 7).

Som en del af samtalen blev behovet for en rundbordssamtale med deltagelse af sagsbehandler, sociallægen, fagforbund, egen almen praktiserende læge og andre aktuelle aktører drøftet. Efterfølgende og ved behov blev indsatserne effektueret i et samarbejde mellem kvinden og de samarbejdende myndigheder. Otte kvinder fik af kommunal sagsbehandler tilkendt en § 56 ordning pga. risiko for øget sygefravær eller fravær på grund af behandling. Fire kvinder blev tilkendt pension, to kom i fleksjob og en påbegyndte i virksomhedspraktik. Ved 1. socialmedicinske samtale gav 91% af kvinderne udtryk for, at de forventede at komme tilbage til arbejdsmarkedet, og ved 2. samtale var det 93%.

Gennem projektet ønskede man at kortlægge sygehusvæsenets indsats i forhold til kvindernes arbejdsliv i forbindelse med en kræftsygdom. Derfor blev deltagerne ved den socialmedicinske samtale spurgt, om de havde haft kontakt til

Tabel 7. Emner og tanker drøftet ved de socialmedicinske samtaler i Odense Kommune.

Spørgsmål, emner og tanker drøftet med henblik på afklaring af hverdags – og arbejdsliv
• Hvordan klarer du hverdagslivet
• Livsstil - vaner og aktuelle problemer
• Samvær og netværk med familie og venner
• Motion og fysisk træning
• Aktuelle jobs og arbejdsopgaver
• Jobbets arbejdsbelastninger
• Mulighed for ændring i nuværende arbejdsopgaver
• Tanker om fremtid i jobbet
• Vejledning omkring skånehensyn
• Løfteteknikker og arbejdsstillinger
• Arbejdsredskaber
• Behov for arbejdspladsvurdering
• Behov for andre indsatser psykolog, diætist, sexolog, rekreation
• Behov for rundbordssamtale
• Mulighed for reduceret arbejdstid – pension – virksomhedspraktik

en socialrådgiver på Onkologisk afdeling, OUH. Hertil svarede 48% 'ja', men der blev ikke spurgt ind til baggrund for samtalen. Ved opgørelsen af data ses, at den overvejende andel af kvinderne efter udskrivelsen fra sygehuset havde haft skriftlig eller telefonisk kontakt med en sagsbehandler i kommunen, mens 33% havde haft et direkte møde med en sagsbehandler (tabel 8).

Tabel 8. Status vedrørende kontakt til kommunal sagsbehandler hos 48 kvinder opereret for bryst- eller underlivskræft.

Kontakt til kommunal sagsbehandler	N=48 antal (%)
Skriftlig kontakt med kommunal sagsbehandler	37 (77)
Telefonisk kontakt med kommunal sagsbehandler	24 (50)
Samtale med kommunal sagsbehandler i forvaltningen	16 (33)

Indsatser tilbudt ved socialmedicinske samtale

Samtlige af projektets deltagere blev tilbudt fysisk træning ved 1. socialmedicinske samtale, idet sociallægen vurderede, at alle havde et reelt og aktuelt rehabiliteringsbehov. Andre rehabiliteringsindsatser blev iværksat i forbindelse med de socialmedicinske samtaler, herunder blev otte henvist til diætistvejledning, mens 14 blev henvist til samtaler med psykolog enten alene eller sammen med ægtefælle. Nogle af kvinderne blev henvist til privat praktiserende psykolog i samråd med egen læge, andre deltog i Kræftens Bekæmpelses psykologiske rådgivning. Muligheden for samtale med en sexolog blev drøftet med flere kvinder, men i den aktuelle projektperiode valgte ingen at tage imod tilbuddet. En enkelt projektdeltager fik støtte og rådgivning i forbindelse med skolesøgende børn. Direkte adspurgt, om kvinderne savnede tilbud fra Odense Kommune, var svaret generelt 'nej', og at de var tilfredse med tilbuddet. Få deltagere efterlyste et øget samarbejde med virksomhederne, længerevarende og mere fleksible træningsindsatser samt en kommunal koordineret støtte til hele familien, hvor der var skolesøgende børn.

9.3 Fysioterapeutisk indsats

Kvinderne i projektet, henvendte sig med ønske om et træningsforløb efter, at de havde fået udleveret fysioterapeuternes informationskort af sociallægen. Fra Aktivitet og Træningsafdelingen, Ældre- og Handicapforvaltningen i Odense Kommune blev oplyst, at der i projektperioden blev modtaget 21 genoptræningsplaner på brystopererede kvinder (nyopererede), mens der ikke blev modtaget genoptræningsplaner på kvinder med recidiv af sygdommen eller underlivskræfteropererede.

9.3.1 Fysisk træning

Der var 31 kvinder der ønskede at starte fysisk træning i pro-

jektet, en kvinde modtog udlukkende telefonisk rådgivning, og fire kvinder udeblev fra træning efter den indledende samtale med terapeuterne. En kvinde blev trænet i eget hjem på grund af problemer med at komme til træningen. Ialt 25 kvinder gennemførte projektets træningstilbud. De hyppigste årsager til at kvinderne ikke ønskede at deltage i tilbuddet var træthed og uoplagthed, praktiske problemer med bustransport, og få var selv startet i et privat træningscenter.

Blandt de 31 kvinder, der initialt ønskede fysisk træning, var 24 opereret for brystkræft og 7 for underlivskræft. Syv kvinder havde recidiv af kræftsygdommen. Den overvejende andel, der deltog i træningen, var mellem 40 og 60 år (tabel 9).

Tabel 9. Aldersfordeling set på 31 bryst- eller underlivskræft opererede kvinder i træningsforløb i Odense Kommune.

Alder	Antal n=31
20-29 år	1
30-39 år	2
40-49 år	15
50-59 år	13

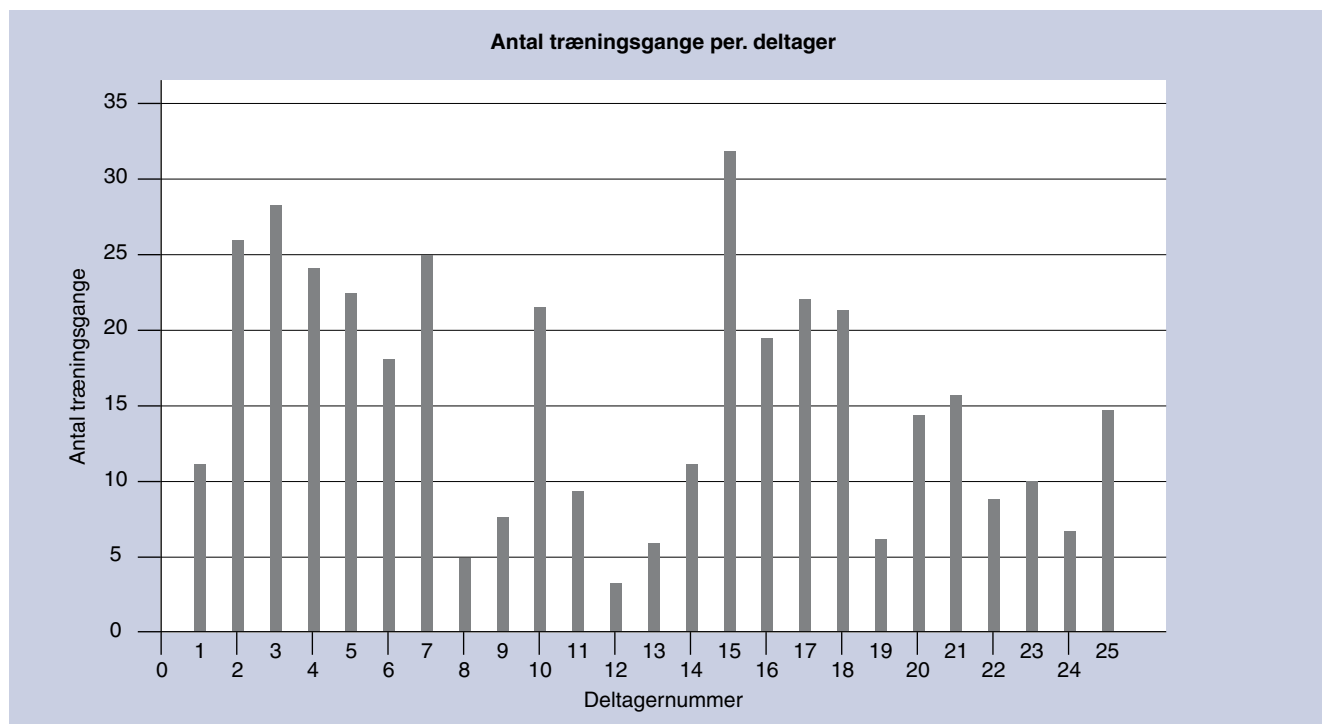
Træningsforløbet blev gennemført over en periode på mellem to uger og seks måneder, en enkelt deltager havde et afbrudt forløb på grund af behandlinger. Træningsbehovet for de enkelte kvinder varierede, og følgelig var antallet af træningssessioner for den enkelte deltager forskelligt. De ni kvinder, der først startede træningsforløbet i september måned 2009, afsluttede træningen med projektets ophør den 30.11.2009, og de fik derfor ikke mulighed for et fuldt træningstilbud.

Samtlige kvinder, der var opereret for underlivskræft, og som deltog i den fysiske træning, gennemførte programmet. Blandt de 25 kvinder, der gennemførte, trænede de 18 kvinder mellem 10 og 32 gange, mens de øvrige deltagere trænede mellem 1 og 10 gange (figur 7).

Kvinderne vurderede EQ-5D skemaets fem dimensioner på tre niveauer:

- ingen problemer
- nogle problemer
- alvorlige problemer.

Figur 7. Oversigt over antal træningsgange fordelt på 25 bryst- eller underlivskræft opererede kvinder i Odense Kommune.



Kvindernes egen oplevelse af træningen blev opgjort på baggrund af en VAS skala og et EQ-5D skema, hvor de scorede selv vurderet funktionsevne og helbredstilstand ved første og sidste træningsdag.

I alt 30 kvinder scorede eget selvoplevet helbred ved start af træningsforløbet, mens 25 deltagere scorede ved afsluttet træning. I tabel 10 og 11 ses en opgørelse over kvindernes selv vurderede helbred og funktionsevne før og efter den fysiske træningsindsats opgjort ved EQ-5D skemaet.

Tabel 10. Deltagernes selv vurderede funktionsevne og helbred, opgjort ved EQ-5D skema **før** fysioterapeutisk træning (1. scoring).

Antal n=30			
	ingen problemer	nogle problemer	alvorlige problemer
• Evne til bevægelighed	22	8	0
• Udføre personlig pleje	28	2	0
• Daglig aktivitet	6	20	4
• Smerter eller ubehag	6	24	0
• Angst – depression	19	9	2

Tabel 11. Deltagernes selv vurderede funktionsevne og helbred, opgjort ved EQ-5D skema **efter** fysioterapeutisk træning (2. scoring).

Antal n=25			
	ingen problemer	nogle problemer	alvorlige problemer
• Evne til bevægelighed	19	6	0
• Udføre personlig pleje	24	1	0
• Daglig aktivitet	11	12	2
• Smerter eller ubehag	11	14	0
• Angst – depression	18	7	0

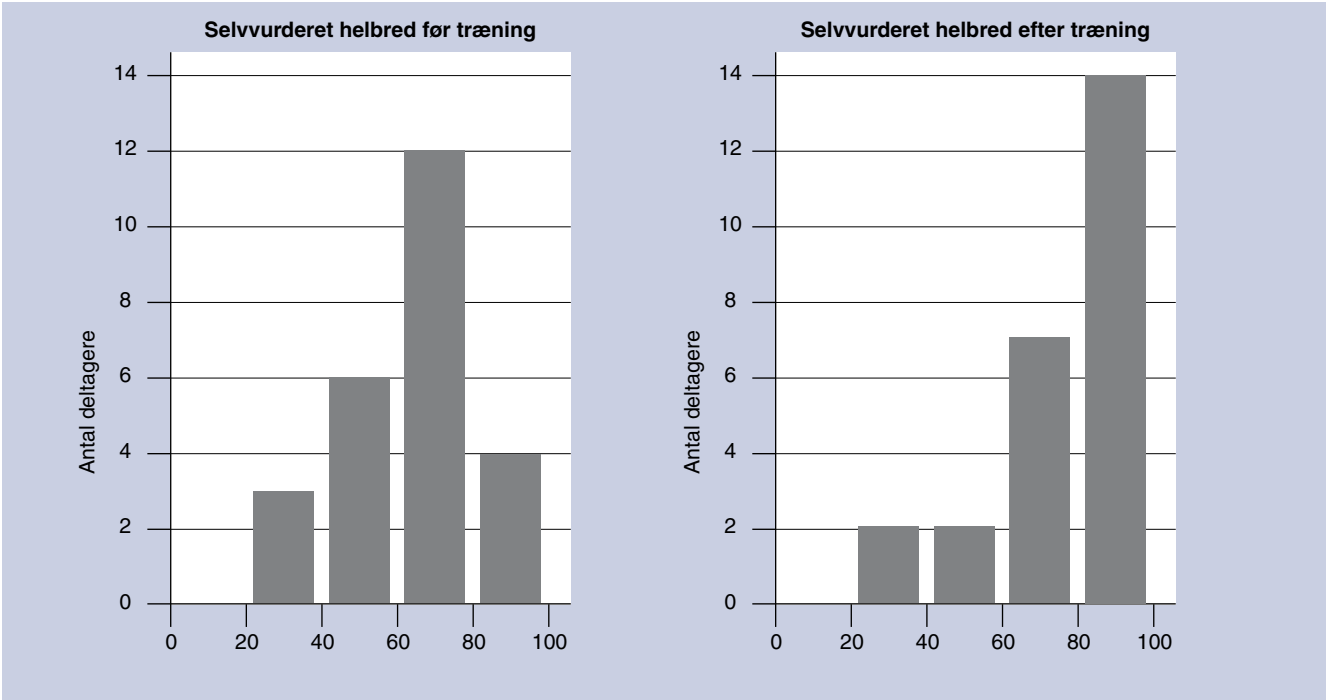
Ved første scoring oplyste 73% af kvinderne, at de ingen problemer havde med at bevæge sig, og stort set alle kunne udføre den personlige pleje selv (tabel 10). Der var 67% af kvinderne, der angav problemer med at udføre de daglige aktiviteter, mens 13% gav udtryk for, at de havde et alvorligt problem med dette. Ved den første scoring angav 80% kvinder smerter og ubehag i dagligdagen, mens 36% gav udtryk for moderate smerter eller angst/depression.

Ved den anden scoring gav stort set samme andel af kvinderne ingen eller kun få problemer med bevægelighed eller med at udføre personlig pleje, mens en lidt større andel på

dette tidspunkt ikke havde problemer med at udføre de daglige aktiviteter (tabel 11). En væsentlig andel oplevede ved den anden scoring færre smerter og mindre ubehag.

For nogle af kvinderne ses generelt en bedring i tilstanden, for andre er almentilstanden ringere med tiltagende problemer med mobilitet, personlig pleje, udførelse af sædvanlige aktiviteter, smerter eller ubehag og angst eller depression. Deltagernes selv vurderede helbred blev udover EQ- 5D skemaet opgjort ved en VAS skala. Højeste score var 100 point. I figur 8 side 46 ses en illustration af kvindernes VAS score opgjort før og efter træning.

Figur 8. Selvvurderet helbred opgjort ved VAS skala, hos 25 kvinder som gennemførte projektets fysiske træning.



Ændringen i deltagernes selvvurderede helbred med point på en VAS skala, ses af tabel 12 opgjort ved percentiler, og her ses medianen ændret fra 65 point før træning til 80 point efter træning.

Tabel 12. Deltagernes selvvurderede helbred og funktionsevne, opgjort ved VAS skala skema **før** og **efter** træning.

Fordeling af score ved selvvurderet helbred opgjort ved VAS skala		
	Point før træning	Point efter træning
10%	39 point	44 point
25%	50 point	67 point
50%	65 point	80 point
75%	75 point	88 point
90%	85 point	95 point

Ved telefoninterviewet blev deltagerne spurgt ind til oplevelsen af det fysiske træningstilbud. Ud af de 40 kvinder, der deltog i interviewet, oplyste 30, at de var startet i projektets træningstilbud. I alt 97% af kvinderne svarede, at træningsindsatsen i høj eller nogen grad var vigtigt, og kun en enkelt syntes ikke, træning havde betydning. Med hensyn til hvilken betydning den konkrete træningsform havde, var deltagerne enige i at specielt udspænding og øvelser for bevægeligheden havde stor betydning set i relation til de senfølger, der ofte ses hos brystkræftopererede med stram hud (tabel 13).

der er godt lige netop i mit sygdomstilfælde, og hvor meget jeg kan tåle og må!

Tidsrummet for træningsindsatserne var fastlagt af fysioterapeuterne blandt andet ud fra, hvad der var mulighed for lokalemæssigt. På forespørgsel om hvordan træningstidspunktet passede den enkelte kvinde, svarede 87%, at det bedste tidsrum for opstart af træning var mellem klokken 8 og 10. Kun få deltagere mente, at det bedste tidspunkt var mellem 10 og 12, en enkelt ønskede træningsprogrammet afviklet over middag.

Tabel 13. Oversigt over 30 bryst- eller underlivskræft opererede kvinders oplevelse af vigtigheden af træning i efterforløbet.

Antal n=30				
Træningsindsats	høj grad	nogen grad	ringe grad	ved ikke
Konditionstræning	18	9	2	1
Styrketræning	18	8	2	2
Bækkenbundstræning	20	6	2	2
Bevægelighed – udspænding	23	6	1	0
Individuel rådgivning	21	8	1	0

Adskillige af kvinderne gav ved telefoninterviewet udtryk for, at træningsindsatsen var af stor betydning. To kvinder udtrykte det således:

'den fysiske træning havde helt uvurderlig betydning for, at jeg kom forholdsvis hurtigt på fode igen efter at have været kørt helt ned fysisk og delvist psykisk efter den hårde behandling med kemo – og strålebehandling, antihormon og Herceptin. Det var træningen, der fik mig i gang og gav mig over skud til at starte dagen og livet!'

'hvis ikke tilbuddet havde været der, så havde jeg måske selv opsøgt det – men et træningscenter ved jo ikke, hvad

Som et led i at belyse hvad de kræftramte kvinder tænkte om holdtræning sammen med andre kræftramte, blev der ved interviewet spurgt således:

'foretrækker du holdtræning, hvor deltagerne har samme diagnose?'

Hertil svarede halvdelen af kvinderne, at diagnosen ingen betydning havde i træningssammenhæng, og at det i ingen eller kun ringe grad havde betydning for træningsforløbet, at den enkelte deltager havde nydiagnosticeret kræft eller recidiv af sygdom. Flere af kvinderne udtrykte ved interviewet helt spontant det positive i at kunne lære af hinandens erfaringer.

Udover den konkrete betydning af fysisk træning var det fysioterapeuternes umiddelbare oplevelse, at der var et socialt element i træning og træningsforløb på hold. Efter træningen var det derfor muligt for projektdeltagerne at mødes for socialt samvær i et tilstødende rum med terapeuterne. I forbindelse med telefoninterviewet blev der spurgt ind til betydningen af at kunne etablere socialt netværk i forbindelse med træningen. Der var 87%, der svarede, at det i høj eller nogen grad havde betydning, og at de havde dannet netværk med andre kvinder med kræftsygdom.

9.3.2 Fysioterapeuternes oplevelse af træningsforløbene

Fysioterapeuternes oplevelser omkring arbejdet med kræftpatienter var, at målgruppen i deres behandlingsforløb var meget svingende både fysisk og psykisk samt påvirkede af den iværksatte behandling og bivirkningerne i efterforløbet. Fysioterapeuterne berettede skriftligt, at de oplevede, at kvinderne generelt havde behov for at tale med en person for at få klarlagt og konkretiseret problemer samt finde ud af, hvem de skulle kontakte for hvilke problemstillinger. For fysioterapeuterne var det klart, at det kommunale personale tidligt i kræftrehabiliteringsforløbet bør være langt mere op-søgende og fleksible. Dette skal ses i forhold til at kunne imødekomme rehabiliteringsindsatser, når kvinderne var klar og selv mærkede et behov.

9.4 Projektdeltagernes oplevelse af SMS og fysisk træning

Af de 40 kvinder, der medvirkede i spørgeskemaundersøgelsen, gennemførte 27 deltagere et telefoninterview, mens 13 besvarede spørgeskemaet skriftligt. Syv kvinder ønskede ikke at deltage, og en var død på tidspunktet for interviewet. Ved interviewet blev deltagerne spurgt til, hvordan de blev tilbudt at deltage i projektet.

'Hvordan fik du tilbud om deltagelse i Odense Kommunes projekt?'

Af tabel 14 ses det, at 53 % af kvinderne fik information og tilbud om Odense Kommunes rehabiliteringsindsats gennem sygeplejerskerne i Onkologisk afdeling, OUH.

Tabel 14. Oversigt over hvordan deltagerne blev informeret og inkluderet i Odense Kommunes rehabiliteringsprojekt.

Tilbud Odense Kommunes rehabiliteringsprojekt	Antal n=40
Personalet Onkologisk afdeling, OUH	21
Sociallægen henvendte sig selv	11
Gennem sagsbehandler i Kommunen	8

Ved interviewet blev kvinderne spurgt direkte, hvilken betydning Odense Kommunes rehabiliteringstilbud som helhed havde for deres efterforløb af kræftsygdommen. Ved besvarelsen var der mulighed for at svare bekræftende på flere af spørgsmålene (tabel 15 side 49).

Over halvdelen af deltagerne oplevede generelt, at der gennem rehabiliteringstilbuddet blev taget fat om deres hverdagsproblemer, og at de blev opmærksom på deres egne styrker og ressourcer. I alt 63% gav udtryk for, at de fik støtte til bearbejdning af deres situation, mens knapt halvdelen anførte at de fik vejledning til at håndtere gener af efterbehandlingen. Cirka halvdelen af kvinderne oplevede, at der blev taget hånd om deres arbejdssituation herunder at de fik viden om forholdsregler på arbejdspladsen. Næsten halvdelen angav, at de etablerede netværk med andre kvinder med kræft.

Kvindernes motivation for at indgå i projektet var meget forskellig. De fleste svarede, at de selv havde lyst til at gøre noget aktivt, ønskede at få kroppen aktiveret. Nogle gav udtryk for, at det på sygehuset var svært at få at vide, hvordan de skulle komme videre med livet efter udskrivelsen.

Tabel 15. Deltagernes vurdering af betydningen af Odense Kommunes rehabiliteringstilbud for deres efterforløb.

'Hvilken betydning har Odense Kommunes rehabiliteringstilbud som helhed haft for dit efterforløb?' (sæt gerne flere kryds) n=40	
Ja jeg:	antal
• fik talt mine hverdagsproblemer godt igennem	21
• blev opmærksom på egne styrker og ressourcer og hvad jeg selv kan gøre	22
• fik støtte og vejledning til at håndtere gener af behandlingen	17
• fik taget hånd om min arbejdssituation	16
• oplevede velvillighed og samarbejde mellem min arbejdsplads og kommunen	9
• fik ny viden om forholdsregler jeg skal tage på min arbejdsplads	10
• fik en individuel plan og løsning for mig	12
• blev aktivt inddraget i mit eget forløb og egne muligheder	14
• etablerede netværk med andre i samme situation	18

En kvinde sagde:

'Jeg tager imod alt det, jeg kan få fra kommunen – alt det, der giver mig en ny viden, er værd at prøve. Jeg vil gerne snart tilbage i arbejde, og det gik for langsomt på sygehuset.'

Flere gav udtryk for, at de generelt ønskede mere synlige tilbud for kræfteropererede kvinder i Odense Kommune, og at de ved at deltage i projektet måske på sigt kunne være med til at hjælpe andre kvinder i samme situation – at være med til at gøre en forskel og være 'brobygger'.

Andre udtalte at de havde været usikre på, hvordan de skulle forholde sig, når de ønskede at vende tilbage på job, og ønskede psykisk støtte og rådgivning omkring dette. Adskillige kvinder gav udtryk for, at de bare gerne ville være sammen medigestillede.

Udover projektets tilbud om to samtaler med sociallægen blev kvinderne tilbudt fysisk træning samt rehabiliteringsindsatser af anden art, der kunne støttes økonomisk. Ved telefoninterviewet blev deltagere spurgt om hvilke tilbud, de havde valgt at deltage i udover de socialmedicinske

samtaler. Ved interviewet havde kvinderne mulighed for at svare bekræftende på, at de havde deltaget i flere forskellige tilbud. Tabel 16 giver en oversigt over antallet af kvinder, der havde deltaget i de forskellige rehabiliteringsindsatser.

Tabel 16. Oversigt over tilbud deltagerne selv har svaret de har deltaget i, udover de socialmedicinske samtaler.

'Hvilke tilbud har du modtaget i forløbet udover den socialmedicinske samtale' (sæt gerne flere kryds) n=40	
Indsatstype	Antal
• Fysioterapeutisk træning	27
• Tilbud om arbejdsfastholdelse	11
• Psykolog	10
• Diætistvejledning	11
• Sexologsamtale	1
• Tilbud i Kræftens Bekæmpelse	7
• Andet – kræftskole OUH	1

Ud over Odense Kommunes tilbud om fysisk træning som 68% af kvinderne svarede, de havde deltaget i, oplyste en-

kelte, at de havde deltaget i Odense Kommunes almindelige genoptræningstilbud til brystkræftopererede, mens andre havde gået i et privat træningscenter.

Der var 11 kvinder, som oplyste, de havde fået støtte til henholdsvis arbejdsfastholdelse og diætrådgivning, mens 10 havde modtaget tilbud om psykologstøtte. Tilbuddet blev givet som et ordinært tilbud med ti samtaler, og i et samarbejde med kvindens almen praktiserende læge. En kvinde nævnte, at hun havde haft samtale med en sexolog, mens en kvinde oplyste, hun havde deltaget i OUH's Kræftskole og udtrykte meget stor tilfredshed med dette tilbud. En af projektets deltagere fik støtte og rådgivning til et skolesøgende barn, der var påvirket af moderens kræftsygdom. Som en kvinde sagde:

'det er bare meget vigtigt, at tilbuddene er der for de kræft-ramte. Jeg vidste, der var et sted, jeg kunne gå hen, og at der var et sikkerhedsnet, når jeg følte mig alene. Jeg synes, der er behov for at nogen holder fast i kræfttramte i meget længere tid efter behandling'.

Telefoninterviewet belyste, hvordan deltagerne syntes, det var bedst at blive informeret om Odense Kommunes rehabiliteringstilbud med socialmedicinsk samtale og fysisk træning. Hertil svarede 65%, at de ønskede at blive informeret om tilbuddet på sygehuset af en sygeplejerske eller en læge, mens 25% helst ønskede at blive kontaktet direkte på hospitalet af sociallægen. Kun få ønskede tilbuddet givet gennem den kommunale sagsbehandler.

En anden hensigt med interviewet var at få belyst, hvilke kvalifikationer deltagerne syntes, at en samtalepartner i kommunal rehabilitering skal have. Følgende spørgsmål blev stillet:

'hvilke kvalifikationer skal stilles til en kommunal samtalepartner omkring kræftrehabilitering?'

Som det ses af tabel 17, havde kvinderne flere krav til en kommunal samtalepartner, der arbejder med kvinder opereret for bryst- eller underlivskræft. I alt 95% fandt det betydningsfuldt at en kommunal samtalepartner, har faglig viden om kræft, kræftbehandling og bivirkninger af behandlingen.

Tabel 17. Oversigt over deltagernes ønsker om kvalifikationer til en samtalepartner i kommunal kræftrehabilitering.

'Hvilke kvalifikationer synes du, en samtalepartner skal have omkring kræftrehabilitering?' (sæt gerne flere kryds) n=40	
Samtalepartneren i kommunen bør have:	Antal
• kendskab til behandlende sygehusafdeling	23
• faglig viden om kræftbehandling og bivirkninger	38
• kende kommunens rehabiliteringstilbud	35
• viden om kommunal sagsbehandling	29
• evne til at skabe sammenhæng mellem sektorer	32
• gode evner til at lytte	35

De fleste vurderede, at det var vigtigt at samtalepartneren var god til at lytte og i stand til at finde borgerens ressourcer. I alt 80% af kvinderne angav, at samtalepartneren skal have evner til at skabe sammenhæng i indsatserne de kommunale forvaltninger imellem, mellem det kommunale system og sygehusvæsenet, og helt specifikt at samtalepartneren skal have kendskab til den behandlende sygehusafdeling. I forhold til kvalifikationer der kan understøtte kvindernes job- og arbejdsmarkedsmæssige situation, mente 72%, at samtalepartneren skal have viden om kommunal sagsbehandling vedrørende arbejdsfastholdelse. Næsten alle kvinder mente, at samtalepartneren skal have kendskab til og overblik over, de rehabiliteringstilbud Odense Kommune

kan tilbyde kræfttramte. En væsentlig andel (60%) af kvinderne oplyste, at det havde stor betydning, at samtalepartneren havde en lægefaglig baggrund (tabel 18).

Tabel 18. Deltagernes vurdering af at samtalepartneren i kommunen har lægefaglig baggrund.

'Havde det betydning for dig, at samtalen i kommunen blev varetaget af en person med lægefaglig baggrund?' n=40	
Svar	Antal
• i høj grad	24
• i nogen grad	13
• i ringe grad	2
• slet ikke	1

Deltagerne blev også spurgt om, en anden faggruppe ville have kunnet varetaget samtalen, fx en socialrådgiver eller fysioterapeut. Hertil svarede en lige stor andel 'ja' og 'nej', mens nogle få kvinder ikke havde forholdt sig til dette spørgsmål. For at belyse deltagernes kontakt med deres almen praktiserende læge, blev hver enkelt under interviewet spurgt om:

'har du haft kontakt til din praktiserende læge i efterbehandlingsforløbet på Onkologisk afdeling R, OUH?'

Hertil oplyste 40% af kvinderne, at de havde haft kontakt til deres almen praktiserende læge i efterbehandlingsforløbet på Onkologisk afdeling R, OUH.

Ved telefoninterviewet blev, der desuden sat fokus på, om det var det rette tidspunkt i sygdoms- og efterbehandlingsforløbet, at de socialmedicinske samtaler blev gennemført på. Her svarede 78%, at de syntes, det var det rette tidspunkt for afvikling af begge samtaler, mens få svarede, at samtalerne blev afviklet for sent eller tidligt i forløbet. Fire deltagere fik ikke afviklet den anden socialmedicinske samtale

enten på grund af pensionssag, eller fordi behandlingsforløbet var afsluttet.

For at klarlægge om de socialmedicinske samtaler hjalp kvinderne til en bedre hverdag, blev deltagerne spurgt om dette. Her svarede 60% af kvinderne, at de socialmedicinske samtaler var med til at gøre deres hverdag bedre. Til uddybning af hvordan blev de spurgt:

'på hvilken måde hjalp de socialmedicinske samtaler dig?'

I tabel 19 ses en opgørelse af, på hvilke måder kvinderne syntes samtalen hjalp dem til en bedre hverdag.

Tabel 19. Bryst- eller underlivskræft operede kvinders oplevelse af på hvilken måde de socialmedicinske samtaler med sociallægen hjalp dem.

'På hvilken måde hjalp de socialmedicinske samtaler med sociallægen dig?' (sæt gerne flere kryds) n=40	
Svar – jeg fik:	Antal
• støtte til bearbejdning af situationen	25
• løst op for hverdagsproblemer	20
• drøftet gener af min behandling	22
• fokus på min fremtidige arbejdssituation	19
• råd om forholdsregler i forbindelse med arbejde	20
• kontakt til sygedagpengemedarbejder i kommunen	17
• råd om netværk eller organisationer for hjælp	18

Der var ved besvarelsen mulighed for at svare bekræftende på flere af ovennævnte udtalelser. I alt 63% oplyste, at kommunens sociallæge gjorde hverdagen lettere, ved at give støtte til bearbejdning af den enkelte kvindes situation. Over halvdelen gav udtryk for, at de her drøftede hverdagsproble-

mer, fik hjælp til at håndtere gener af efterbehandling samt information om forholdsregler i forbindelse med opstart af et kommende arbejde. På spørgsmålet, om den enkelte kvinde generelt oplevede behov for vejledning til at håndtere egen arbejdssituation i forbindelse med sygdomsforløbet, svarede 40% 'ja'.

Med henblik på at indkredse det rette tidspunkt for at tale arbejdsfastholdelse på i et kræftforløb, blev følgende spørgsmål stillet:

'hvornår synes du, det rette tidspunkt er for hjælp til at håndtere arbejdssituationen på hos kræftpatienter?'

I tabel 20 ses deltagernes svar på spørgsmålet. I alt 58% af kvinderne mente, at det bedste tidspunkt at tage fat om arbejdssituationen var, mens de fik efterbehandling på Onkologisk afdeling R, OUH. En mindre andel gav udtryk for, at emnet skal berøres allerede på diagnosetidspunktet, og knap en tredjedel ønskede først emnet drøftet når behandlingsforløbet på Onkologisk afdeling R var afsluttet.

Tabel 20. Deltagernes oplevelse af det rette tidspunkt for hjælp til at håndterer arbejdssituationen.

Det rette tidspunkt for hjælp til at håndtere arbejdssituationen på for en kræftpatient er: n=40	
Svar	Antal
• på diagnosetidspunktet	6
• under behandlingen	23
• efter at behandlingen er afsluttet	11

Seks kvinder gav ved interviewet udtryk for, at personalet på Onkologisk afdeling, OUH havde talt arbejdsfastholdelse med dem i forbindelse med deres behandlingsforløb i afdelingen. En mindre andel gav udtryk for, at arbejdspladsen havde behov for yderligere vejledning og støtte til at

håndtere kræftpatienters situation under et sygdomsforløb.

På spørgsmålet om der var tilbud fra Odense Kommune, som deltagerne i dette projekt savnede, var svaret 'nej' fra 78%. Nogle få kvinder gav udtryk for, at der skal gives mere information til arbejdspladserne, når en kræftamt skal tilbage i job, behov for tidligere oplysning om rettigheder og muligheder som sygemeldt, og at sociallægen burde inddrages tidligere. De øvrige kvinder havde ikke forholdt sig til eller besvaret spørgsmålet.

9.5 Det koordinerede tværfaglige og tværsektorielle samarbejde

Projektet lagde op til et optimeret og bredt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde. Der blev i projektet afsat midler til sygeplejersketimer på onkologisk afdeling. Disse timer skulle bruges til at opspore patienter, der kunne være kandidater til projektet. Onkologisk afdeling valgte at bruge timerne til patientforløbsvejlederfunktionen, idet der var en forventning om, at disse patienter meget tidligt i forløbet ville kontakte vejlederen, som derefter kunne informere kvinderne. De overordnede oplevelser i forbindelse med projektet har imidlertid vist, at det ikke var den mest farbare måde at opspore patienterne på. Det viste sig at være bedre at dedikere en sygeplejerske, i henholdsvis sengeafdelingen og ambulatoriet, til opgaven med at gennemgå nye journaler med henblik på at opspore potentielle kvinder og informere disse om projektet. Forskellige faggrupper kommenterede det tværfaglige og tværsektorielle samarbejdes udfordringer og barrierer.

Sygeplejerskernes oplevelser af koordinering og samarbejde
Kvindernes første samtale med personalet i Onkologisk afdelings informationsambulatorium indeholdt mange forskellige informationer om behandling og forløb. Samtalerne foregik tillige i et travlt ambulatorium, hvor der kommer pa-

tienter fra hele Region Syddanmark, og det var derfor svært for sygeplejerskerne at have fokus på et projekt med en lille målgruppe fra en specifik kommune. Der var rekrutteringsvanskeligheder, specielt fordi det i afdelingen ikke blev en fast procedure at tilbyde socialmedicinske samtaler og fysisk træning til alle, men udelukkende var tilbud rettet mod borgere i Odense Kommune.

To sygeplejersker fra Onkologisk afdeling udtrykte det således:

'Vi gjorde i starten meget ud af at udbrede viden om projektet – men vi er en travl afdeling med mange projekter og et stort flow i personalegruppen. Kunne ønske der blev fulgt op på projektethver tredje måned. Tilbuddet bør sættes ind i afdelingens flowskema, så alle var opmærksomme'.

Overlægens oplevelser af koordinering og samarbejde

En af overlægerne i Onkologisk afdeling gav udtryk for følgende erfaringer, der viser, hvor svært det er med et projekt, der går på tværs af sektorer. Afdelingen, hvor overlægen er ansat, behandler patienter fra hele Region Syddanmark, og samarbejder med cirka 20 kommuner, hvoraf Odense Kommune klart er den største. Overlægens skriftlige kommentarer var:

'Før Strukturreformen var Fyns amt en geografisk velafgrænset enhed, og de tilbud, der var til patienterne, var forholdsvis ens og kunne benyttes af de fleste. Sådan er det ikke længere, og afstandene er blevet større. I forhold til indsatserne i borgerens efterforløb med rehabilitering, er der fortsat usikkerhed omkring hvilke opgaver, der er hospitalets, og hvilke der er kommunernes. Ovenstående betyder, at patienter ikke får de samme tilbud. De kender ikke deres rettigheder, og personalet i hospitalerne har svært ved at gøre rede for dem, da reglerne tolkes forskel-

ligt i forskellige kommuner. Nogle patienter oplever, at sit demanden får et meget bedre rehabiliteringstilbud end det, de selv får.

Administrativt/logistisk havde det været svært at få projektet til at fungere, hvis ikke der havde været en dedikeret tovholder som sociallægen. Det viste sig at være et stort arbejde at holde styr på patienterne og informere dem, selvom Onkologisk afdeling R, OUH i projektperioden fik økonomisk støtte til, at sygeplejerskerne kunne forestå det administrative ansvar med information om projektet, udlevering af informationsmateriale, modtagelse af samtykkeerklæringer og booking af socialmedicinske samtaler. Det er oplagt, at patienterne skal informeres i en anden struktur end i vore traditionelle informationsambulatorier. Det kunne for eksempel være i et sygeplejerskeambulatorium. Generelt mangler vore egne sygeplejersker og læger viden om rehabiliteringsmuligheder og rettigheder i de forskellige kommuner, som Onkologisk afdeling samarbejder med.'

Såvel sygeplejersker som overlægen oplevede at de kvinder, der har deltaget i projektet, har været glade for det, og at ideen med at skabe sammenhæng henover sektorgrænsen også på arbejdsområdet kan støttes med samarbejde omkring struktur og økonomi.

Sociallægens oplevelser af koordinering og samarbejde

Den socialmedicinske samtale blev overvejende booket af dagafsnittet for kemoterapi, og sociallægen havde to faste ugentlige arbejdsdage på afdelingen, men med mulighed for fleksibilitet. Da borgernes behandlingsforløb blev gennemført alle ugens hverdage, havde sociallægen udviklet stor fleksibilitet og holdt selv styr på, hvornår anden type af behandling som stråleterapi blev iværksat, og fandt derefter selv vej til den enkelte borger. Forsinkelser med blodprøver,

ændret behandlingsdato eller driftsproblemer var en del af udfordringerne. I projektperioden blev behandlingstilbudene på afdelingen ændret og udvidet, hvilket medførte problemer omkring ledige lokaler, idet samtalerne blev afviklet i Onkologisk afdeling. Problemet blev løst ad hoc med stor fleksibilitet og velvilje fra samtlige aktører.

På grund af sociallægens ansættelsesforhold i kommunen havde denne ikke direkte adgang til sygehusets journaler. Dette gjorde det svært for sociallægen at have kendskab til, hvilken behandling borgeren aktuelt fik, om der var recidiv af kræftsygdommen og dette blev oplevet som en barriere for lægen. I projektperioden blev problemet delvist løst ved, at borgerne gav deres skriftlige samtykke til udveksling af oplysninger. Sociallægen fik således adgang til en kopi af de lægelige oplysninger i de onkologiske journaler udfærdiget i forbindelse med visitation og informationsmøde. Kopien blev efterfølgende arkiveret i borgerens kommunale lægejournal.

I projektperioden overgik Onkologisk afdeling til elektroniske patientjournaler (EPJ), og sociallægen havde af samme årsager som ovenfor nævnt ikke adgang til elektroniske optegnelser som patientkalender og patientdata. Dette medførte barrierer i forhold til at kunne se, hvornår kvinderne skulle til andre undersøgelser eller havde for mange bivirkninger til at deltage i en samtale.

Samarbejdet de kommunale forvaltninger imellem blev gennemført ved, at sociallægen informerede borgerens sagsbehandler i kommunen. Det kommunale team, der mødte nye sygemeldte, var opmærksomme på målgrupperne, og tilbød kvinderne yderligere information ved sociallægen. Notatet, som sociallægen udfærdigede efter hver enkelt socialmedicinsk samtale, blev lagt i kvindens kommunale lægejournal efter samtykke med den enkelte og videresendt til Ældre – og Handicapforvaltningen, når borge-

ren ønskede at deltage i træningsforløb og havde givet samtykke til oversendelse af notatet.

Fysioterapeuternes oplevelse af koordinering og samarbejde

I projektbeskrivelsen var der lagt op til, at den halvtidsansatte fysioterapeut ligesom sociallægen kunne mødes med projektdeltagerne på Onkologisk Afdeling R, OUH. På grund af lokalemangel på OUH blev dette dog aldrig effektueret i praksis, og fysioterapeuterne vurderede dertil, at det var mest hensigtsmæssigt at mødes og træne med projektdeltagerne i kommunens eget træningslokale. Terapeuterne oplevede, at dette medførte, at de fysisk var langt væk fra sygehuset.

Fysioterapeuterne har som sociallægen ikke juridisk ret til journalindsigt og kendte derfor ikke den enkelte kvindes behandlingsforløb ud over det, som denne selv kunne oplyse og data i notatet fra den socialmedicinske samtale. Såfremt fysioterapeuterne i forbindelse med genoptræning jf. genoptræningsplan eller i forbindelse med træning jf. kræftrhabiliteringsprojektet havde behov for supplerende oplysninger fra Onkologisk afdeling R, OUH, var der mulighed for at kontakte afdelingen direkte via sekretariatet for de enkelte team.

Sagsbehandleres oplevelse af koordinering og samarbejde

Sagsbehandlerne gav udtryk for at samarbejde og koordinering fungerede rigtig godt, når sociallægen kendte borgeren. Sociallægen havde fagligt et langt bedre grundlag for at tale med borgeren om betydningen af de helbredsmæssige forhold og var god til at formidle til sagsbehandleren. De fandt det betydningsfuldt, at sociallægen deltog i 'rundbordssamtalerne' og opfølgningssamtalerne med henblik på tværfagligt at vurdere, hvornår borgeren helbredsmæssigt var klar til at vende tilbage til arbejdsmarkedet og med hvilke hensyn.

10.0 KONKLUSION OG DISKUSSION

Hensigten med dette projekt var at indsamle erfaringer med en koordineret og sammenhængende indsats fra sygehus til kommune for erhvervsaktive kvinder, der var i behandling på Onkologisk afdeling, OUH, efter operation for kræft i bryst eller underliv.

Projektets formål var at afprøve en model, der kunne afdække indsatser og faktorer betydende for, at borgeren kunne fastholde sit arbejde eller opnå anden arbejdsmarkedstilknnytning. Herunder også erfaringer med en individuel fysioterapeutisk indsats omfattende vejledning og træning. Endvidere var hensigten at opnå erfaringer med forhold, der har betydning for samarbejde faggrupper imellem, koordinering og samarbejde mellem Onkologisk afdeling, OUH og Odense Kommunes forvaltninger.

Der har i hele projektperioden været et godt samarbejde mellem Onkologisk afdeling, OUH, projektets sociallæge samt sagsbehandlere i sygedagpengeafsnittet i Odense Kommune om at opspore og inkludere deltagere i projektet. På trods af deres indsats blev færre kvinder end oprindeligt antaget inkluderet. Dette kan forklares ved en overvurdering af inkluderbare patienter før projektstart, men også ved at potentielle projektdeltagere ikke ønskede at medvirke kombineret med, at det ikke altid var muligt at have nok fokus på projektet i Onkologisk afdeling. Det viste sig svært i en travl hverdag kun, at skulle informere borgere bosiddende i Odense Kommune om projektets tilbud. Det mindre antal af inkluderede borgere i projektet har medført, at det ikke var muligt, at gennemføre en effektevaluering af tilbuddets betydning for en øget arbejdsmarkedstilknnytning. Projektets resultater kan derfor kun tolkes som en tendens og erfaringsopsamling.

I Onkologisk afdeling, OUH, var der afsat midler til sygeplejersketimer, som skulle bruges til at opspore potentielle kandidater til projektet. Sygeplejersketimerne skulle endvidere bruges til at orientere om projektet, udlevere informationsmateriale og samtykkeerklæringer samt booke tid til den første socialmedicinske samtale med sociallægen. Onkologisk afdeling valgte at bruge disse timer til en patientforløbsvejlederfunktion, idet der var en forventning om, at kvinderne ville henvende sig til forløbsvejlederen forud for informationssamtalen i Onkologisk afdeling. Dette viste sig ikke at være tilfældet. Derfor dedikerede man i stedet i projektperioden en projektansvarlig sygeplejerske, i henholdsvis sengeafdelingen og ambulatoriet til at opspore deltagere. Dette viste sig at være en god disposition. Praksis viste desuden, at det var godt, at den kommunale sagsbehandler og sociallægen selv kunne informere om og inkludere kvinder til projektet. Datamaterialet fra projektet viser, at kvinderne primært ønskede at blive informeret om Odense Kommunes rehabiliteringstilbud i Onkologisk afdeling i forbindelse med opstart af efterbehandlingen.

En alternativ tilgang til at identificere rehabiliteringskrævende borgere på kunne være ved de opfølgningssamtaler, sygemeldte har med kommunens sagsbehandlere i sygedagpengeafsnittet, hvor borgernes helbredsforhold og muligheder for tilbagevenden til arbejdsmarkedet drøftes.

Målgruppen

Projektets deltagere var hyppigst gifte kvinder i den erhvervsaktive alder, og mange med børn i den skolesøgende alder. Næsten samtlige kvinder var før sygdomsdebut erhvervsaktive med stabil arbejdstilknytning og jobs indenfor blandt andet sundheds-, service- eller socialområdet. Man-

ge af kvinderne oplyste, at de havde et fysisk hårdt arbejde med tunge løft og belastende arbejdsstillinger. Den overvejende andel af kvinderne angav et godt netværk og gode boligforhold. En forklaring på dette kan være, at deltagelse i projektet var frivilligt og at en stor del af de patienter, der havde overskud til at deltage i projektet, sundhedsfremmende tiltag m. m. er borgere med mange ressourcer. Tidligere undersøgelser på blandt andet hjerterehabiliteringsområdet tyder på, at personer med et lille netværk og lav uddannelse har et særligt behov for støtte til rehabilitering, og lignende kan muligvis gøre sig gældende på kræftområdet (31).

Selvom målgruppen ikke er repræsentativ, var der sammenfaldende tendenser til litteraturen om kræftpatienternes lange og komplicerede forløb, bivirkninger af behandlingen og den indflydelse det har for den enkelte borgers hverdags- og arbejdsliv. Helbredsmæssigt viste datamaterialet, at hovedparten af kvinderne udover kræftsygdommen havde en del bivirkninger som følge af efterbehandlingen så som kvalme, træthed og depressive tendenser. Kvindernes selv-vurderede helbred tyder på, at de mange bivirkninger påvirkede overskuddet til at klare hverdags- og arbejdslivet.

Socialmedicinsk samtale og rehabiliteringsindsatser

Den socialmedicinske samtale blev gennemført ud fra en spørgeguide udviklet på baggrund af de klinisk socialmedicinske principper. Spørgeguidens indhold var opbygget ud fra et helhedsperspektiv, som sikrede, at relevante aspekter af borgerens liv blev berørt. Der var her fokus på såvel borgerens helbredsforhold, selvoplevet funktionsevne, sociale forhold, indsatser der allerede var iværksat, den erhvervsmæssige prognose og skånehensyn før, under og efter behandlingsforløbet. Spørgeguiden blev primært anvendt som

et støtteredskab for sociallægen under samtalen og blev justeret undervejs i projektet.

Helt centralt var den overordnede indsats i den socialmedicinske samtale rettet mod vejledning og rådgivning for der-ved at styrke borgerens ressourcer og handlekompetencer til at tackle helbred, hverdags- og arbejdslivet under og efter et behandlingsforløb for en kræftsygdom. Den socialmedicinske samtale, efter udskrivelsen fra sygehuset, havde tilsyneladende stor betydning for deltagernes tanker om deres fremtidige jobsituation. Kun ganske få kvinder havde i sygehusregi oplevet, at der blev spurgt til deres arbejde under indlæggelsen og i efterbehandlingsforløbet. Arbejdsmarkedssituationen blev et centralt omdrejningspunkt i den socialmedicinske samtale og bevirkede samarbejde mellem borgeren, aktuelle forvaltninger i kommunen og virksomhederne. Projektdeltagerne gav udtryk for, at det bedste tidspunkt til at tage fat om arbejdssituationen på var i efterbehandlingsforløbet på Onkologisk afdeling.

I forhold til deltagernes hverdagsliv tyder det på, at bryst- og underlivsopererede kvinder især i efterforløbet har behov for en samtale med bred information, der omtaler mulige kommunale tilbud, viden om sygdom og livet med familie, børn og venner samt arbejdsbelastninger. Væsentligst havde deltagerne behov for vejledning og redskaber til at håndtere deres arbejdssituation under sygdomsforløbet. Dertil havde enkelte gavn af samtaler med psykolog eller diætist, hvilket er indsatser, der alle kan medvirke til at håndtere det daglige liv. En enkelt deltager oplyste at have deltaget på Onkologisk afdelings Kræftskole. Senere har Onkologisk afdeling R, OUH opgjort, at 15 kvinder fra projektet har deltaget på kræftskolen i projektperioden.

I datamaterialet, der blev indsamlet gennem de socialmedicinske samtaler, ses der helt specifikke udfordringer og behov for indsatser i efterforløbet hos erhvervsaktive kvinder

med bryst- eller underlivskræft – herunder problemer med at fastholde hverdagsliv og arbejdsmarkedstilknytning. Datamaterialet kunne tyde i retning af, at samtalen med den socialmedicinske læge har haft stor betydning for kvinderne. De blev selv i stand til at sortere mellem tilbuddene, og hver enkelt rehabiliteringsforløb blev gennemført ud fra deltagernes egne valg og iværksat, når de var klar. I undersøgelsen blev kun registreret få, der havde behov for kommunale sundhedsfremmende tilbud som for eksempel rygestop. Dette kan hænge sammen med den selekterede målgruppe med ressourcestærke kvinder. I forhold til dette projekt, som var diagnosespecifikt, oplevede deltagerne ikke at mangle tilbud fra kommunen, og om en kommunal rehabilitering fremover skal være diagnosespecifik kan være åben for diskussion.

Der syntes størst behov for en samtale med en kommunal medarbejder ved påbegyndelse af kemo- og/eller stråleterapi og igen i forbindelse med afslutningen af behandlingen. Projektet tyder i retning af, at der er behov for en kommunal samtalepartner med stor faglig viden om kræft, kræftbehandling og bivirkninger. Generelt ses der at være behov for samtaler, der kan støtte en fremtidig arbejdsfastholdelse, og at samtalerne bør afvikles af en person med sundhedsfaglig baggrund. Lignende fund er gjort gennem andre undersøgelser eksempelvis KOSAK projektet (1). Kvinderne i projektet gav desuden udtryk for, at den kommunale samtalepartner bør være godt inde i kommunal sagsbehandling vedrørende arbejdsfastholdelse, have overblik over kommunale rehabiliteringstilbud, evne til at skabe sammenhæng kommunale forvaltninger og sygehusvæsenet imellem, samt have kendskab til den behandlende sygehusafdeling. Således ses sociallægen som mulig brobygger eller koordinator i samarbejdet mellem borgeren, kommunen og den behandlende sygehusafdeling. Et alternativ kunne være

en forløbskoordinator med anden sundhedsfaglig baggrund. I dagligdagen opfattes den almen praktiserende læge som borgerens tovholder omkring sygdom og behandling, men i forbindelse med gennemførelsen af dette projekt havde under halvdelen af kvinderne haft kontakt til deres læge under behandlingsforløbet for deres kræftsygdom.

Der blev ikke systematisk indsamlet data vedrørende varighed af rehabiliteringsperiode eller varighed af fravær fra arbejdsmarkedet. Det var ikke muligt at indsamle sammenlignelige data for rehabiliteringsperiode og fravær fra arbejdsmarkedet blandt kvinder i behandling for bryst- eller underlivskræft, der *ikke* deltog i projektet. Det var således ikke muligt, at vurdere om projektpatienterne faktisk oplevede kortere rehabiliteringsperioder, eller om et øget antal borgere som følge af projektets tilbud hurtigere vendte tilbage til deres job eller anden arbejdsmarkedstilknytning.

Fysisk træning

EQ-5D skemaet, som blev anvendt i forbindelse med selv-vurderet helbred og funktionsevne, vurderede udelukkende deltagernes øjeblikkelige oplevelse af tilstanden, og var ikke begrundet i en faglig vurdering fra personalet. Med baggrund i det relativt lille antal deltagere og udvidelsen af projektets målgruppe med recidivpatienter kan der kun peges på tendenser og ikke på en effekt af træningsindsatsen. Derfor blev det heller ikke fundet relevant at omregne svar fra EQ-5D skemaets fem dimensioner til en samlet værdi for 'helbredsrelateret livskvalitet'.

Den overvejende andel af deltagerne indgik i projektets tilbud om fysisk træning både kvinder opereret for bryst- eller underlivskræft samt kvinder med recidiv af kræftsygdommen. Enkelte kvinder havde forud for projektets tilbud om fysisk træning deltaget i Odense Kommunes genoptræning for brystkræftopererede jf. genoptræningsplanen i Sund-

hedsloven §140. Tidsrammen for projektets gennemførelse bevirkede, at de sidste træningsforløb sandsynligvis blev afsluttet tidligere, end de ellers ville være blevet. Træningsenheden i Ældre- og Handicapforvaltningen har efter projektets afslutning opgjort, at der ikke er tilgået genoptræningsplaner fra behandlende sygehuse i projektperioden, for hverken kvinder med recidiv af kræft eller nyopereret for underlivs-kræft.

Ved opgørelsen af datamaterialet ses en tendens til, at den fysiske træning har haft stor betydning for deltagernes hverdagsliv. Kvinderne vurderede øget velvære, færre smerter og ubehag samt bedre evne til at kunne udføre daglige aktiviteter i hverdagen. Dette underbygges af litteraturen, hvor der ses evidens for, at indsatser med fysisk aktivitet kan påvirke livskvalitet og medvirke til at reducere bivirkninger af kræftbehandling. Dette projekt tyder i retning af at specifikke øvelser med fokus på bevægelighed i muskulaturen, udspænding, bækkenbundsøvelser samt styrke- og konditionstræning havde stor betydning for kvinder, der var kræft- eller underlivsopererede. Flere kvinder var motiverede for at benytte private træningscentre, men samtidig utrygge ved centrenes manglende fagspecifik viden om kræftsygdommen og de medfølgende behandlingsrestriktioner. For det faglige personale blev det en udfordring at give individuel rådgivning til deltagere med et meget højt eller et meget lavt fysisk funktionsniveau ved holdtræning. Generelt oplevede projektdeltagerne, at det var den fysiske træning der, kombineret med at de etablerede netværk med andre kvinder i sammen situation, var medvirkende til at de kom i gang med hverdagslivet.

I dette projekt gav kvinderne generelt udtryk for, at de ikke manglede kommunale tilbud. Fra politisk side ses der i tiden øget fokus på at fremme borgernes ansvarlighed for eget liv, men spørgsmålet er i hvilken grad og med hvilke

metoder, den enkelte borger sættes i stand til at opfylde disse krav. Hvis borgerne skal inddrages, synes det væsentligt, at tilbuddene i kommunalt regi er synlige og afklarede. Deltagernes motivation for at indgå i projektet bekræfter tesen om, at kræftsyge oftest har en positiv tilgang til at påvirke eget forløb.

Koordinering og samarbejde sektorer og kommunale forvaltninger imellem

Sundhedsstyrelsens anbefalinger og litteratur omkring kræftbehandling fremhæver organisering af patientforløb som et væsentligt og meget centralt område. Ofte ses der eksempler på, at manglende koordinering og samarbejde sektorerne imellem kan skabe problemer af forskellig art for borgerne med kræft. Af udtalelser fra fagpersoner på Onkologisk afdeling og sociallægen ansat i kommunen synes der at være udfordringer og barrierer i forbindelse med udveksling af patientdata, der kan medvirke til koordinering og planlægning af indsatser i kvindernes rehabiliteringsforløb. En af udfordringerne i projektperioden viste sig at være de forskellige lovgivninger, fagpersonalet i de to sektorer arbejder under. Personale ansat på sygehusene er underlagt bestemmelserne i Sundhedsloven og har behandlingsansvar, mens den kommunale forvaltning agerer under andre bestemmelser og lovgivninger. Fysioterapeuter ansat i kommunen arbejder under Sundhedsloven med genoptræningsplanerne. Læger ansat i kommunen, er ligesom det administrative personale, omfattet af de almindelige love, der gælder i forvaltningerne, dvs. Forvaltningsloven, Retsikkerhedsloven og Lov om offentlighed i forvaltningen. På grund af lovgivningen var det ikke umiddelbart muligt at udveksle dokumentationsmateriale mellem de forskellige sektorer og forvaltninger uden borgerens samtykke. Dette komplicerede dataudvekslingen og det fælles udgangspunkt for vurdering af borgerens behov for de indsatser, der kan

ydes i forskelligt regi. En nemmere mulighed for udveksling af data omkring borgerens helbred, hverdags- og arbejdsliv i rehabiliteringsforløb, ville sandsynligvis medføre en hurtigere, bredere og mere målrettet indsats i forhold til borgeren.

Onkologisk afdeling, OUH, er en regional afdeling med mange målgrupper og kommuner involveret. Selvom Odense Kommune er den største i region Syddanmark, har det

været svært for personalet at have fokus på et projekt med en afgrænset målgruppe fra en specifik kommune, når der i afdelingen var optag fra mange kommuner. Det var en udfordring, at det ikke var praktisk muligt at informere om projektet ved informationssamtalen på Onkologisk afdeling, og at projektet kun henvendte sig til borgere i Odense kommune. Med baggrund i ovenstående barrierer, er det ikke muligt, at vurdere om alle blandt målgrupperne blev tilbudt projektet.

11.0 PERSPEKTIVERING OG ANBEFALINGER

Projektets erfaringer med arbejdsfastholdelse, fysisk træning og tværsektorielt samarbejde tyder i retning af, at det er muligt at bidrage med indsatser i forløbet hos kvinder opereret for kræft i bryst og underliv. Dette bør give anledning til diskussioner og stillingtagen til hvilke indsatser, der bør tilbydes borgere med kræft i lange og komplicerede behandlingsforløb, og hvordan ansvarsfordelingen bør være. Det ville være af afgørende betydning at sammentænke den kommunale socialmedicinske tilgang til borgerens hverdags- og arbejdsliv med rehabiliteringens helhedssyn og dermed sætte fokus på betydningen af en samlet tværfaglig og tværsektoriel tilgang, hvor borgeren gøres aktiv og selv er med til at sætte dagsorden.

Gennem udnyttelse af viden og ekspertise, der er opnået gennem dette projekt, vil der være behov for at etablere en organisering for kræftpatienter, der sætter ind på tværs af sektorer og de kommunale forvaltninger og det faglige personale imellem. Her tænkes på, hvordan kommunerne i en vurderingsproces kan medvirke til en tidlig opsporing af hvilke borgere, der har behov for rehabiliteringsindsatser, i hvilket omfang der er behov, og med hvilke redskaber. Det synes betydningsfuldt, at det enkelte forløb planlægges individuelt, og at borgeren har mulighed for selv at vælge indsatser ud fra egen formåen og motivation.

Følgende anbefalinger vedrørende forbedring af arbejdsfastholdelse hos erhvervsaktive kvinder opereret for bryst- eller underlivskræft kan tænkes ind ved den fremtidige tværfaglige og tværsektorielle indsats.

- **Tværsektorielt samarbejde** omkring organisering af henvisningsmønstre og dokumentation, der kan sikre både

kvinder med primært bryst – eller underlivskræft eller recidiv, koordinerede og målrettede indsatser sektorer og forvaltninger imellem. Kontinuitet mellem sektorer og faggrupper kan optimeres ved udarbejdelse af en forløbsmodel for samarbejde mellem sektorer og forvaltninger, og synliggørelse af hvilke indsatser, de forskellige sektorer byder ind med i en kræftpatients forløb. En nemmere måde at udveksle relevant journalmateriale om borgeren på mellem forskellige faggrupper og sektorer er ønskelig i forhold til at kunne gennemføre målrettede, koordinerede og sammenhængende forløb for kræfttramte.

- Borgere med komplekse problemstillinger, der kræver kommunal indsats, skal henvende sig til de forskellige specialafsnit flere forskellige steder i kommunen. Dette kan være belastende i forbindelse med sygdom og nedsat funktionsevne. På baggrund af projektets erfaringer kan man overveje, om det kan være en fordel for borgeren, og dennes videre sagsbehandling i kommune/sygehusvæsen, at denne kan henvende sig til **en gennemgående koordinator i det kommunale system**. Dette kunne eksempelvis være en socialmedicinsk læge eller en anden sundhedsfaglig uddannet person, som kan honorere kravene til at være en samtalepartner, der både har viden om sygdom, bivirkninger af behandlinger, arbejdsmarkedet samt de forskellige forvaltninger og sygehusvæsenet.
- Med henblik på at kortlægge individuelle behov for rehabilitering, der kan sikre hverdagsliv og fastholdelse af arbejdsmarkedstilknytningen, kan **et kommunalt tilbud om afklarende og vejledende samtaler** til kvinder opereret for bryst- eller underlivskræft tænkes gennemført. Samtalerne kan gennemføres i forbindelse med påbe-

gyndt efterbehandling i sundhedsvæsenet, og efter afsluttet behandling.

- **Anvendelse af en kommunal samtaleguide** opbygget ud fra det klinisk socialmedicinske perspektiv og rehabiliteringens tankesæt, kan være med til at kortlægge kræftramte kvinders ressourcer og problemer i forhold til helbred, hverdags- og arbejdsliv. Dette kan medvirke til at styrke kvindens handlekompetencer under og efter et sygdomsforløb. Samtaleguiden kan desuden være med til at sikre tidlig opsporing, stratificering og individuel planlægning i forhold til de indsatser, der skal understøtte borgerens hverdagsliv og arbejdsmarkedstilknytningen.
- **Iværksættelse af et kommunalt træningstilbud** specifikt målrettet kvinder med primær eller recidiv af bryst- eller underlivskræft. Træningsindsatsen kan gennemføres med holdtræning med gruppestørrelser på cirka 10, og der bør etableres rammer, der bevirker mulighed for netværksdannelse. Det individuelle forløb sikres gennem en individuel forsamtale og rådgivning. Træningstilbuddet bør være uafhængigt af det tidligere genoptræningstilbud jf. Sundhedsloven §140.
- For at styrke kvindernes muligheder for fortsat arbejdsmarkedstilknytning er der behov for **en tidligere opmærksomhed** i forhold til indsatser, der kan facilitere tilbagevenden til arbejdsmarkedet helt eller delvist under eller efter behandling for bryst- eller underlivskræft. Kommunerne har her en opgave i forhold til tidlig afdækning af den enkelte kvindes helbredsforhold, behandlingsmuligheder, funktionsevne samt midlertidige og varige skånehensyn. Desuden er der en opgave i forhold til vurdering af indsatser i forhold til muligheder for tilbagevenden til hidtidige eller andet arbejdsområde.

- Endvidere ville det være hensigtsmæssigt i forhold til fremtidig arbejdsmarkedstilknytning at vurdere behovet for og effekten af en tværfaglig rehabiliteringsindsats. Kommunen har dertil en opgave i, sammen med den kræftramte kvinde, at **samarbejde med kvindens arbejdsplads** omkring information, forholdsregler, skånehensyn, arbejdsredskaber eller andre indsatser, der kan medvirke til en tidlig tilbagevenden til arbejdspladsen.
- Med baggrund i erfaringer fra dette projekt vurderes det, at kvinder med bryst- eller underlivskræft har behov for såvel almene tilbud om sundhedsfremme og genoptræning men også har gavn af **mere diagnosespecifikke tilbud** som led i et rehabiliteringsforløb. Lignende vurderes at være gældende for andre diagnosegrupper. Det kan derfor anbefales, at kommunerne er opmærksomme herpå i forbindelsen med fremtidig planlægning af sundhedsfremmende tilbud og rehabiliteringsindsatser.
- Borgere med komplekse problemstillinger og med et behov for sundhedsfremmende og rehabiliterende indsatser kan have svært ved, at overskue hvilke tilbud der udbydes i offentligt, privat eller frivilligt regi i den kommune de bor i. Det anbefales derfor, at kommunerne på deres hjemmesider har **en ajourført oversigt over tilgængelige og mulige tilbud**, således at borgeren har mulighed for selv at være med til at vælge det tilbud, der passer bedst til den enkeltes behov og aktuelle situation.

I et samlet perspektiv bør erfaringerne fra dette projekt tænkes ind og ses ift. den fælles erfaringsopsamling, der finder sted for de 11 projekter under det tidligere nævnte partnerskab, og som offentliggøres i marts måned 2010.

12.0 REFERENCER

1. Hjortbak, BR et al. Rehabilitering hos borgere med kræft. Et projekt- og udviklingssamarbejde om rehabilitering ved kræft hos borgere i den erhvervsaktive alder I Herning, Randers, Skive og Viborg kommuner. MarselisborgCentret 2009.
2. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2008): Nøgletal for kræft august 2008. Kontoret for Sundhedsstatistik. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København 2008.
3. Tvede CF, Brandstrup B, Engholm G, Tønnesen H. Potential number of rehabilitated cancer patients in Denmark an estimat. Ugeskrift for Læger 2003; 165:123-8.
4. Sundhedsstyrelsen: Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb. Sundhedsstyrelsen, København 2005.
5. Esbensen, B.A. Mennesker med kræft – sygepleje i et tværfagligt perspektiv. Munksgaard. København. 2002.
6. Grønvold M, Johnsen A.T, Jensen C.R. Kræftpatientens Verden. En undersøgelse af hvad danske kræftpatienter har brug for. Resultater, vurderinger og anbefalinger. Forskningsenheden. Palliativ medicinsk afdeling. H:S/Bispebjerg Hospital. 2006.
7. Ploug Hansen H. Antropologisk opmærksomhed. Refleksioner fra et feltarbejde om kvinder, kræft og rehabilitering. Socialmedicinsk Tidsskrift nr 6. Stockholm 2004.
8. Snæbum M, Schluter B. 5 år med samtalegrupper for yngre kvinder med brystkræft. Fokus på kræft og sygepleje 2006. SK Landskursus 2006.
9. World Health Organization. Rehabilitation, definition. <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en>
10. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Rehabilitering i Danmark. Rehabiliteringsforum Danmark og MarselisborgCentret, 2004.
11. Strukturreformen: <http://www.kl.dk/Nyhedsarkiv/Opgave- og-strukturreformen/>
12. Sundhedsstyrelsen. Kræftplan I. Sundhedsstyrelsen. København. 2000.
13. Sundhedsstyrelsen. Kræftplan II. Sundhedsstyrelsen. København. 2005
14. Sundhedsstyrelsen. Opfølgning på kræftplan II. Sundhedsstyrelsen. København. 2007.
15. Hansen Ploug H, Piester CB. Rehabilitering af kræftpatienter: nutid og fremtid. Månedsskriftet Praktisk Lægegerning 2007; 85: 1271-80.
16. Andersen C, Adamsen L; Moeller T; Midtgaard J; Quist M; Tveteraas A; Rorth M. The effect of a multidimensional exercise program on symptoms and side-effects in cancer patients undergoing chemotherapy – the use of semistructured diaries. Eur J Oncol Nurs. 2006; 10:247-62.
17. Adamsen L, Quist M, Midtgaard J, Andersen C, Møller T, Knutsen L, Tveterås A, Rørth M. The effect of a multidimensional exercise intervention on physical capacity, wellbeing and quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. Support Care Cancer. 2006;14 (2):116-27.
18. Morimoto T, Tamura A, Ichihara T, Minakawa T, Kuwamura Y, Miki Y, Sasa M. Evaluation of a new rehabilitation program for postoperative patients with breast cancer. Nurs Health Sci. 2003; 5:275-282

19. Taskila T, Lindbohm ML. Factors affecting cancer survivors' employment and work ability. *Acta Oncol.* 2007;46:446-51
20. Rasmussen DM, Elverdam B. The meaning of work and working life after cancer: an interview study. *Psychooncology* 2008;17:1232-8
21. Schaffalitzky de Muckadell O.B, Haunsø S, Vilstrup H. *Medicinsk Kompendium*. 17 udg. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck. København. 2009
22. Mardanas Y, Trudeau M, Franck JA, Pritchard KI, Messersmith H. Adjuvant/neoadjuvant trastuzumab therapy in woman with HER-2/neuoverexpressing breast cancer; a systematic review. *Cancer Treat Rev.* 2008 Oct; 34(6):539-57. Epub 2008.
23. Sundhedsstyrelsen. Generelle indsatser vedrørende psykosocial omsorg, pleje og symptomlindring, rehabilitering og palliation i relation til sundhedsfaglige elementer i pakkeforløb for kræft. Notat fra Sundhedsstyrelsens kræftstyregruppe. Sundhedsstyrelsen. 2008
24. Sundhedsstyrelsen. Rehabilitering for kræftpatienter i pakkeforløb. Notat og afrapportering fra arbejdsgruppen om rehabilitering for kræftpatienter i pakkeforløb under Task Force for patientforløb på kræft- og hjerteområdet. Sundhedsstyrelsen 2009.
25. Michelsen N, Toftgård Jensen B, Vinther Nielsen C. *Klinisk Socialmedicin*. FADL 's Forlag. København. 2004.
26. Nyhus M, Søgaard J. Rekonvalescens, sygemelding og sundhedsøkonomi. *Ugeskr Læger* 2009; 171(40):2888-92.
27. Høgelund J, Filges T, Jensen S. Langvarigt sygemeldte – langvarigt sygefravær – hvad sker der og hvordan går det? Rapport Socialforskningsinstituttet. København 2003.
28. Carlsen et al. Cancer and the risk for taking early retirement pension. A Danish cohort study. *Scand J Public.* 2008;36:117-25.
29. Hvas A.C, Thesen J. At styrke patientens egne kræfter og modvirke undertrykkende kræfter: "Empowerment" i et medicinsk perspektiv. *Ugeskr Læger* 2002;164(46):5361.
30. Iversen L et al. *Medicinsk Sociologi, samfund og sygdom*. København 2005.
31. Melliore I. I gang efter blodprop i hjertet – social differentieret hjerterehabilitering. Center for Folkesundhed, Region Midtjylland, Århus 2007.
32. Nielsen CV et al. Rehabilitering for sundhedsprofessionelle. Gads forlag 2008.

13.0 BILAGSOVERSIGT

1. Socialmedicinsk spørgeguide
2. EQ-5D skema
3. VAS skala
4. Guide til telefoninterviews
5. Rykkerskrivelse udsendt ved telefoninterviews
6. Samtykkeerklæringer
7. Pjece til borgerne omkring Odense Kommunes tilbud
8. Fysioterapeuternes informationsmateriale til borgerne

Bilagene kan fås ved henvendelse til:

Socialcenter, Social- og Arbejdsmarkedsforvaltningen, Odense Kommune



ODENSE KOMMUNE



Region Syddanmark

ISBN: 978-87-88166-02-6