Posterwalk 7 – Rehabilitering og opfølgning

ID	Titel på abstract	Navn
11	Nutrition for Surgical Patients with Head and Neck Cancer	Grith Lærke Nederby Larsen
26	The Amputation Counselor Intervention: Developing an Integrated Rehabilitation and Palliative Care Model Following Lower Extremity Amputation	Ulla Riis Madsen
27	Beyond Physical Rehabilitation: A Holistic Amputation Counsellor Service After Major Lower-Limb Amputation -	Ulla Riis Madsen
39	Fra hospitalsbehandling til kommunal rehabilitering – hvordan ser sammenhængen ud for mennesker med iskæmisk hjertesygdom?	Nathalie Bille
41	Styrkelse af grundlæggende sygepleje gennem strategisk udvikling: et kvalitetsudviklingsprojekt i Medicinsk Afdeling, SUH Nykøbing F.	Christina Lejre Nielsen / Helle Petersen
45	Rehabilitation for Cancer Survivors with Late Effects	Karen Trier
49	Neurorehabilitering i tal: En kortlægning af data fra Neurorehabilitering - Kbh i perioden 2018–2025	Nadia Jasmin Drinkall

NUTRITION FOR SURGICAL PATIENTS WITH HEAD AND NECK CANCER

An Improvement Project

Authors Grith Lærke Nederby Larsen, Nutrition Support Nurse[1], Mette Meldgaard, Nursing Manager[1], Mette Felding Pålsson Thomsen, Nutrition Support Nurse[1], Trine Skjødt Knudsen, Dietitian[1], Sara Bojsen, Nutrition Support Nurse[1], Silje Larsen, Nutrition Support Nurse[1], Mathilde Aalling, Medical Specialist in Otolaryngology[1], Vina Matthiesen, Nursing Specialist[1], Thomas Lynge Sørensen, Doctor[1]
Affiliations Head and Neck Surgery Unit, Department of Otolaryngology, Aarhus University Hospital, Palle Juul-Jensens Boulevard 99, DK-8200 Aarhus N, Denmark

Aim

To improve the quality of nursing care for malnourished patients with head and neck cancer.

Background

It started due to a change in enteral nutrition products in the department. The change was made to ensure adequate nutrition for patients with head and neck cancer, who often suffers from refeeding syndrome in the post-operative period.

Methods

The change in enteral nutrition products led to a series of quality improvement initiatives (QII) which, among other things, encompassed hiring a dietitian, establishing a interdisciplinary work group and overall having more focus on the nutritional aspect of the treatment in patientcare.



Change in enteral nutrition products in the department

Updating support tools

Can we make it smarter – Are there any tools in the Electronic Medical Record (EMR)?

New electronic fluid chart in EMR

Using 'Problem Oriented Plan' consistently

Nutrition and fluids registration in EMR

Updating guidelines in E-doc

Collaboration with The Central Kitchen, AUH

Baseline nutrition data

Development of data reports on nutritional status

Hiring a dietitian

Increased collaboration between clinic and the ward

Creating new discharge materials on nutrition

Creating an interdisciplinary nutrition focused work group in the department

Results

- The intervention has led to a systematized introduction and education of new personnel.
- Implementation of new work routines.
- Updated guidelines.
- Establishment of a nutrition focused interdisciplinary work group across the department.

Conclusion

The project has led to a greater focus on nutrition initiatives in the department than before the QII, though more consistent documentation and established procedures for weighing are needed.

Discussion

- The nutrition QII is a long-term effort, as it requires changes in work processes and habits. Further implementation efforts are needed to improve the nutritional care quality.
- Long term efforts takes time to implement as habit-change is a key factor. Which is why perseverance and continuity is needed.

midt
Central Denmark Region

AARHUS
UNIVERSITY
HOSPITAL

midt
Central Denmark Region

AARHUS
UNIVERSITY
HOSPITAL

Fra denne side kan du kopiere en eller flere seks-kanter og indsætte grafikken på din poster.

Grafikken er grupperet i farver – højreklik og **Opdel gruppe**, hvis du ikke ønsker at kopiere alle sekskanter i en gruppe.

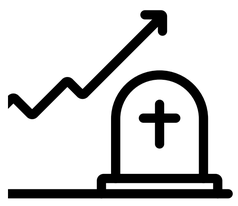
På posteren: Læg grafikken bagest.

THE AMPUTATION COUNSELOR INTERVENTION

Developing an Integrated Rehabilitation and Palliative Care Model
Following Lower Extremity Amputation

WHY THIS INTERVENTION?

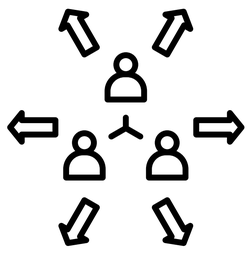
Rehabilitation after amputation is complex



High mortality



Multi morbidity



Fragmented care

Patients multidimensionel needs



- Physical
- Functional
- Psycological
- Social
- Existential

NEED FOR: CONTINUITY · COORDINATION · PERSON-CENTRED CARE

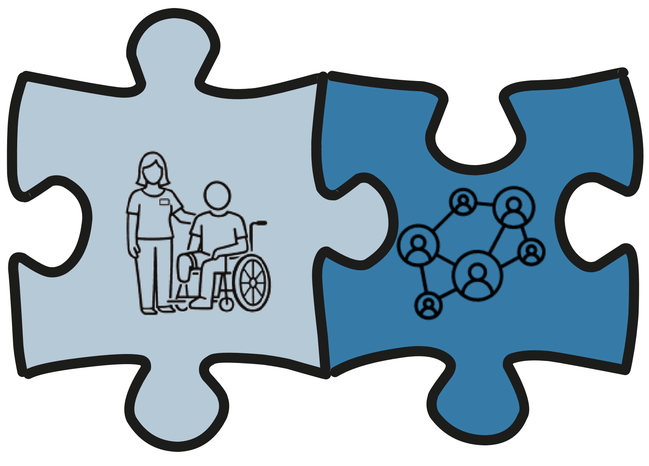
THE INTERVENTION

IMPARTIAL AMPUTATION CARE COUNSELLOR

- Initial contact during admission
- Home visit or follow-up at 5–21 days at 3 months, 6 months, and as needed up to 12 months
- Support, counselling and practical help.



2 components



PALLIATIVE CARE PERSPECTIVE
Identifying multidimensional suffering



MULTIDICIPLINARY NETWORK COLLABORATION

- Shared understanding
- Cross-sectoral collaboration
- Evidence into practice
- Annual meetings in four local clusters
- Annual regional seminar
- Monthly advisor/team meetings



DEVELOPMENT PROCESS

Iterative development in close collaboration with stakeholders

Meetings · Workshops · Feedback · Early implementation

Stakeholders



Healthcare Professionals



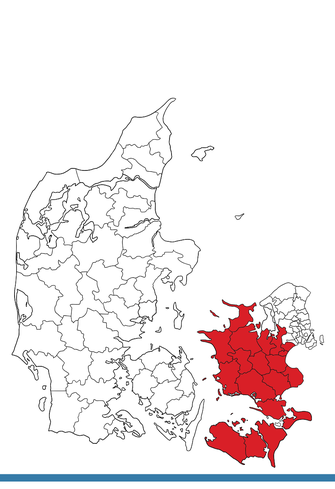
Steering committee and reference group



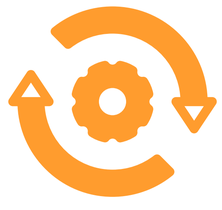
Patients from ViRSAs user panel



Amputation Counsellors



4 Hospitals
17 Municipalities



Logical model
GUIDED framework
TIDieR Checklist
EPOC taxonomy

AUTHORS:
Ulla Riis Madsen, Lars Morsø, Pernille Nymann Kirkegaard, Gitte Bunkenborg, Marie Krestense Lauridsen, Katrine Wind Nielsen, Nanna Myrhøj Møller, Anne-Sophie Schwarz Emiliussen

More details?
virsainfo@regionsjaelland.dk
or follow the QR-code

REGION ZEALAND

STENO DIABETES CENTER SJÆLLAND

ViRSA

BEYOND PHYSICAL REHABILITATION

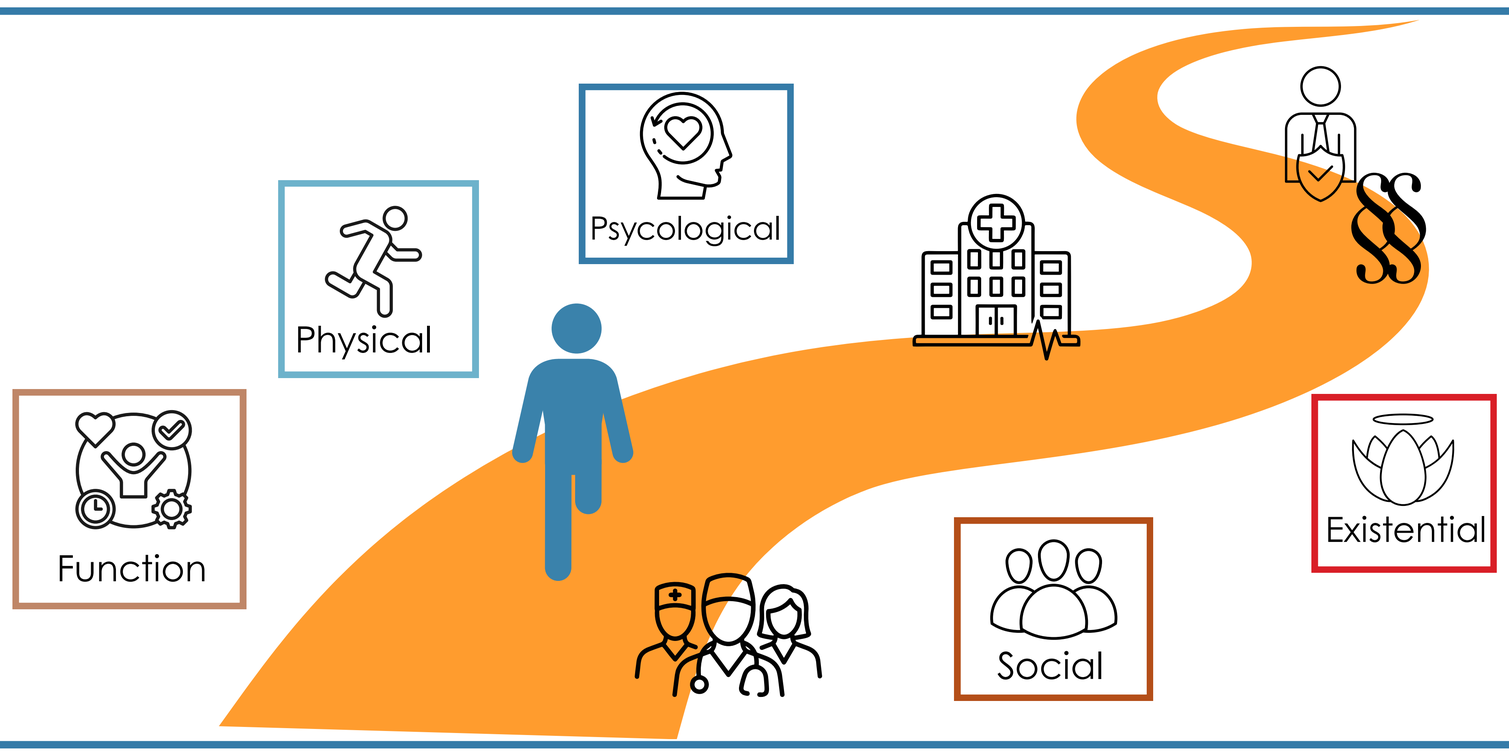
An Amputation Counsellor Service After Major Lower extremity Amputation

LIFE AFTER AMPUTATION IS MORE THAN MOBILITY



AMPUTATION COUNSELLORS ROLE:

NAVIGATE · CONNECT · GUIDE · ADAPT · SUPPORT



EVALUATION PROCESS

Multi-methods evaluation

Interviews · Workshops · Database



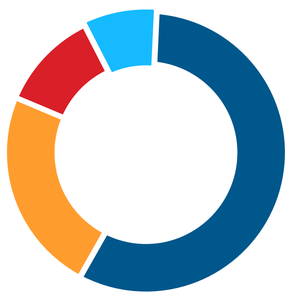
Framework analysis

25 semi-structured **interviews** with patients and relatives, municipal healthcare managers, and the Amputation counsellors

71 multidiciplinary healthcare professionals participated in **4 workshops**

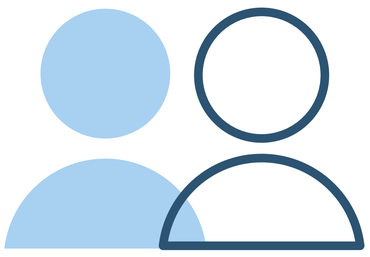
331 patients amputated
278 included
Quantitativ data from **178** patients

KEY NUMBERS



84%

of patients reached



4,3

counsellor contacts per patient



88%

of contacts were initiated by AC

A proactive - not reactive - service

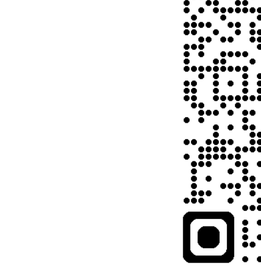
WHAT DID PATIENTS AND RELATIVES EXPERIENCE



Continuity
a consistent and independent professional



Overview
Support across transistions and services



Support
Beyond practical rehabilitation to emotional, psychosocial and exsistential needs

AUTHORS:
Ulla Riis Madsen, Lars Morsø, Katrine Wind Nielsen, Anne-Sophie Schwarz Emiliussen, Pernille Nymann Kirkegaard, Gitte Bunkenborg, Marie Krestense Lauridsen,

More details?
virsainfo@regionsjaelland.dk
or follow the QR-code

REGION ZEALAND

STENO DIABETES CENTER SJÆLLAND

VIRSA

Fra hospitalsbehandling til kommunal rehabilitering – hvordan ser sammenhængen ud for mennesker med iskæmisk hjertesygdom?

Nathalie Bille, udv. konsulent, Center for Diabetes, Hjerte- og Lungesygdomme, Københavns Kommune
Claudia Mercebach, udv. konsulent, Center for Diabetes, Hjerte- og Lungesygdomme, Københavns Kommune
Charlotte Glümer, Centerchef, Center for Diabetes, Hjerte- og Lungesygdomme, Københavns Kommune

BAGGRUND

Rehabilitering ved iskæmisk hjertesygdom (IHS) går på tværs af hospital, kommune og almen praksis. Sektorerne monitorerer primært egne aktiviteter. Det begrænser overblikket over borgernes samlede forløb og eventuelle tab i overgangene.

FORMÅL: At kortlægge forløbet fra hospitalsbehandling til kommunal rehabilitering ved IHS og belyse, om data kan vise, hvor stor en andel der når frem.

METODE

- Tværsektoriel kortlægning af borgerflowet med aggregerede data fra 2025, sammenstillet i en flowmodel (fig. 1). Borgerflowet blev belyst gennem tre centrale trin:

  1. Behandling: Rigshospitalet (RH).

  2. Henvisning: Hjerteambulatorierne på Amager og Hvidovre Hospital (AHH), Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (BFH) samt almen praksis.

  3. Opstart: Kommunal rehabilitering i Center for Diabetes, Hjerte- og Lungesygdomme (CfDHL), Københavns Kommune.

- Opgørelserne omfatter IHS, opdelt i perkutan koronar intervention (PCI), koronar bypassoperation (CABG) og angina pectoris (AP), hvor data tillader det. Diagnosekategorierne varierer mellem kilderne.

- Data er ikke koblet på individniveau. Derfor kan vi ikke følge den enkelte borger, beregne andelen, der når kommunal rehabilitering, eller tiden mellem overgangene.

RESULTATER

- ✓ 520 borgere e behandlet for IHS på RH i 2025: 440 med PCI og 80 med CABG.
- ✓ 295 henvisninger er registreret til kommunal rehabilitering: 176 fra BFH, 100 fra AHHH og 19 fra almen praksis.
- ✓ 298 opstartede IHS-rehabiliteringsforløb i CfDHL i samme periode.
- ✓ Forskellen mellem behandlede borgere og opstartede forløb er 222. Uden individkobling kan forskellen ikke tolkes som et dokumenteret tab af borgere.
- ✓ Mulige forklaringer er forskelle i rehabiliteringsbehov, brug af andre tilbud eller tab i sektorovergangene. Data kan ikke afklare årsagerne.
- ✓ Månedlig monitorering viser flere henvisninger siden samarbejdets start. Flere henvises til fulde kommunale forløb.

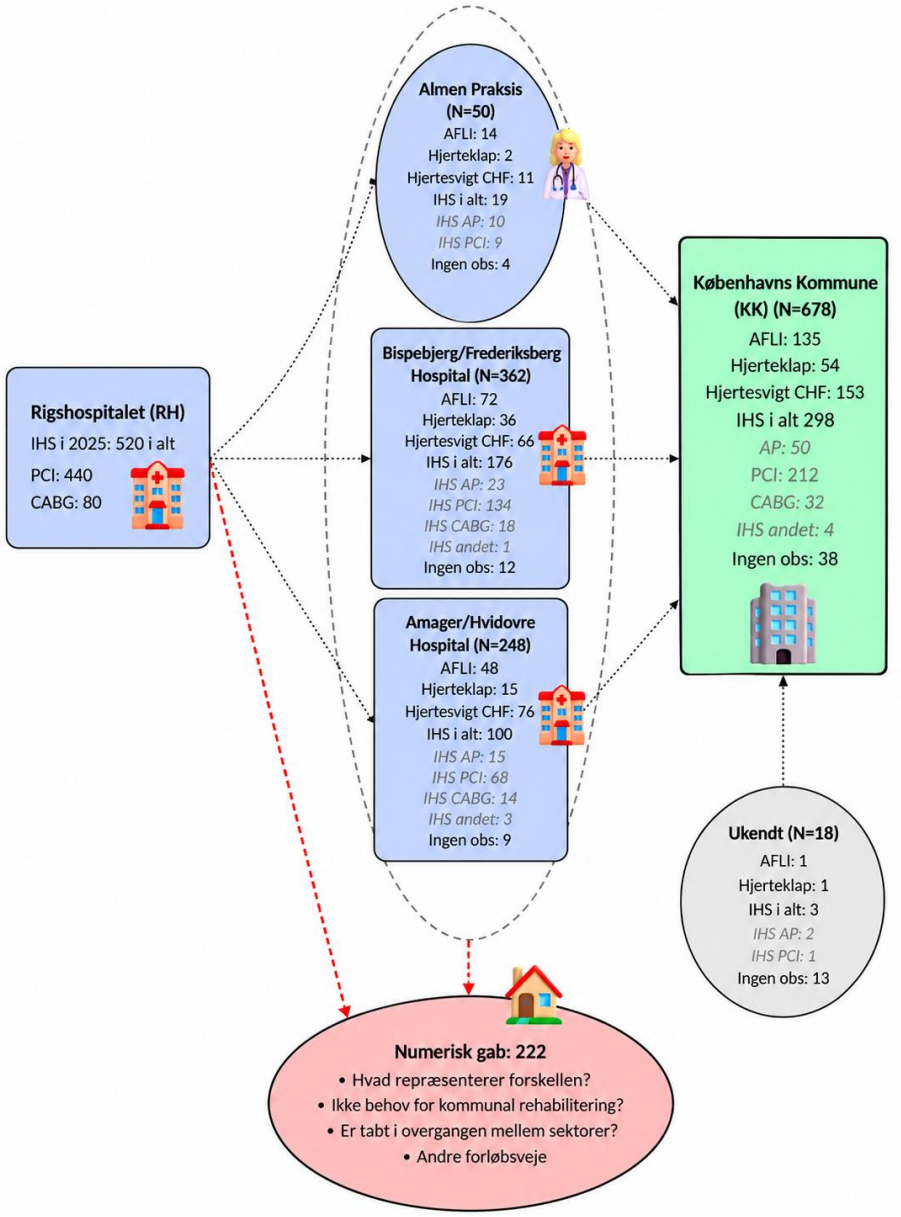


Fig. 1 – Illustration af henvisningsforløb fra behandling til kommunal rehabilitering.

UDFORDRINGER OG LØSNINGER

Hvad mangler vi at vide?

- Hvor mange behandlede borgere starter kommunal rehabilitering?
- Hvor sker eventuelle tab mellem behandling, henvisning og rehabilitering?
- Hvor lang tid går der mellem overgangene?

TAKE HOME MESSAGES

Data findes i alle dele af IHS-forløbet, men er ikke koblet på tværs.

Aggregerede data kan ikke vise andelen, der når rehabilitering, eventuelle tab eller tiden mellem overgangene.

Individbaseret datakobling er nødvendig for at monitorere og kvalitetsudvikle det samlede forløb og bør indtænkes i fremtidige databaser.

Sammenhængende rehabilitering kræver et stærkt tværsektorielt samarbejde.

Center for Diabetes, Hjerte- og Lungesygdomme, Københavns Kommune h119@kk.dk

HVORDAN BLIVER STRATEGI TIL PRAKSIS?

HOLD FAST I FÆLLES RETNING

Lokale løsninger kan se forskellige ud og stadig pege mod samme mål.
Strategien skaber et fælles fagligt grundlag på tværs af Medicinsk Afdeling.

HVAD ER VIGTIGT?

Grundlæggende sygepleje er afgørende for kvalitet, sikkerhed og patientoplevelsen.
Kompleksitet og begrænsende ressourcer gør fokus på grundlæggende sygepleje nødvendig.

GIV PLADS TIL FORSKELLIGHED

En fælles retning kræver ikke, at alle gør det samme.
Hver klinisk enhed omsætter strategien ud fra forudsætninger og rammer.

Strategi for udvikling og forskning i sygepleje på Medicinsk Afdeling

Sjællands Universitetshospital, Nykøbing F.



2024 – 2029

SKAB DEN SAMMEN

Fælles retning skabes bedst med dem, der skal omsætte strategien.
Workshops, høringer og dialog kvalificerede strategien undervejs.

GØR STRATEGIEN SYNLIG

Strategien skal tæt på den kliniske hverdag.
Derfor er strategiens fælles retning synlig i forskellige formater.

STÅ PÅ ET FAGLIGT FUNDAMENT

Fundamentals of Care giver en fælles teoretisk referenceramme.
Personcentreret og evidensbaseret sygepleje er strategiens fælles retning.

SAML INDSATSEN

Fem indsatsområder omsætter visionen til konkrete mål:
Klinisk praksis, Kvalitetsudvikling, Uddannelse, Kompetenceudvikling og Forskning.

GØR VÆRDIER TIL HANDLING

Værdier gør først en forskel, når de kan omsættes i klinisk praksis.
11 handlingsorienterede principper gør strategiens værdier konkrete.

LÆS STRATEGIEN HER:

Sygeplejefaglig forskningsleder Helle V. Petersen, Klinisk udviklingssygeplejerske Christina Lejre Nielsen & Chefsygeplejerske Else Dueled, Medicinske Sygdommme, SUH, Nykøbing F.
Henvendelse til nfs-intmed@regionsjaelland.dk

REGION SJÆLLAND – vi er til for dig

Rehabilitation for Cancer Survivors with Late Effects

Karen Trier[1], Sine Rossen[1], Pia Kofod Bjertrup[1], Dorte Hofland[1]
[1]Copenhagen Centre for Cancer and Health (CCCH), Denmark

BACKGROUND

CCCH has developed a rehabilitation program for cancer survivors experiencing late effects:

- Focused on managing specific late effects in everyday life
- Based on an individual needs assessment using PROMs
- Evaluated using PREMs, with a focus on outcomes and patient satisfaction with the program

AIM: To evaluate the CCCH program

METHODS

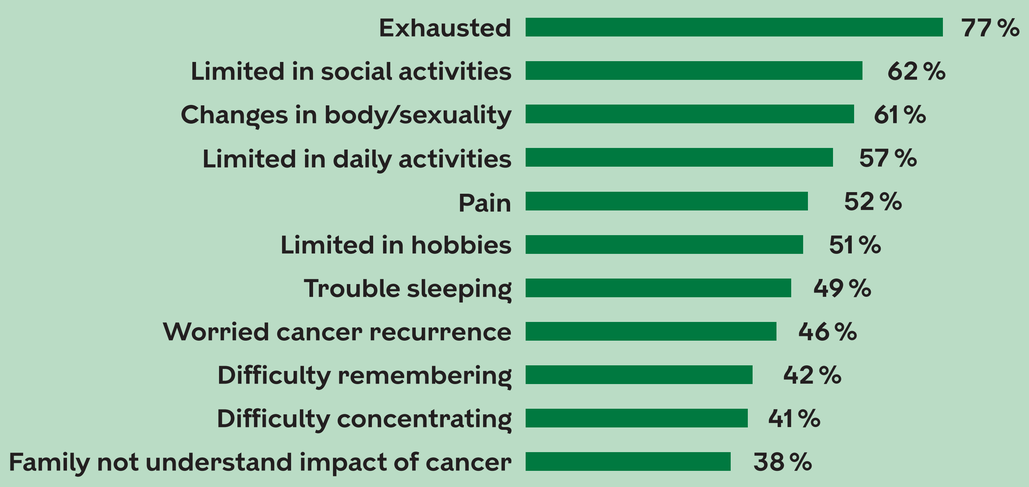
- Design: Mixed-methods
- Participants: Cancer survivors with late effects referred to CCCH
- Data collection: PROMs (baseline, completion), PREMs (completion), semi-structured interviews (1 and 6 months after completion). Collected April to August 2026
- Analyses: Quantitative and qualitative analyses

CONCLUSIONS

The CCCH program contributes to improved well-being, reduced distress, and high satisfaction among cancer survivors with late effects.

RESULTS

Late effects: % Quite a bit/Very much, baseline (n=61*)



*75% >6 months post-treatment and 49% Not previously participated in rehabilitation

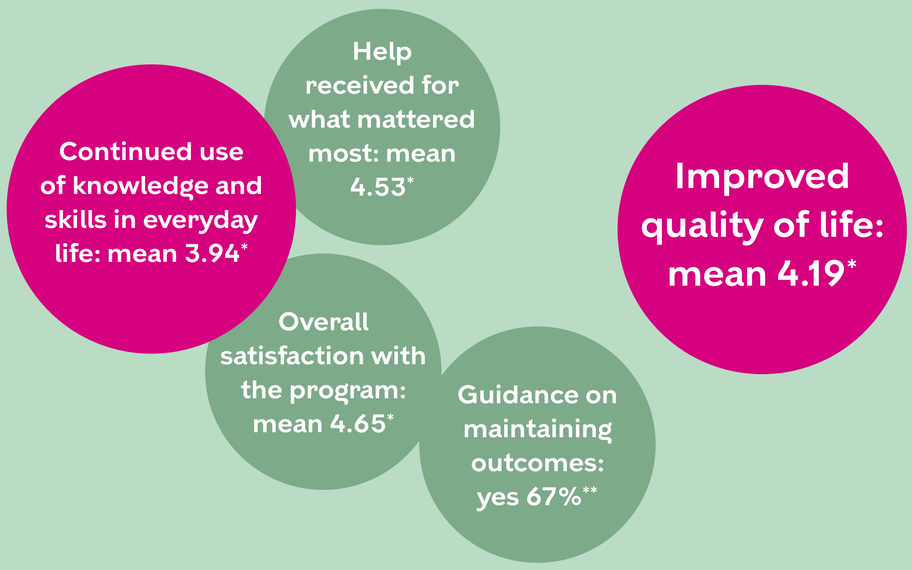
Perceived coping, months after completion (n=12)

THE CCCH PROGRAM:

- Offered recognition and reduced feelings of isolation
- Provided normalisation and reduced the burden of navigating support
- Improved knowledge and self-management

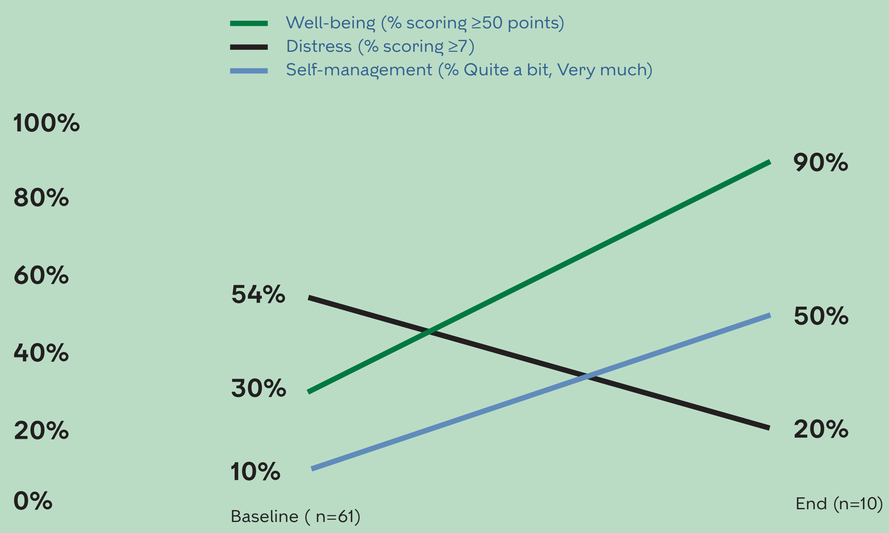


Perceived outcome and satisfaction, completion (n=18)



*Mean, scale from 'Not at all' (1) 'to A very great extent' (5) **% answering yes

Changes in WHO-5, Distress Thermometer and self-management



THE CCCH PROGRAM

n=87 cancer survivors (Jun 2025–Aug 2026); 75% female, 79% ≥50 yrs. Median program duration: 92 days. Interventions: group education 25%, physical activity 20%, individual counselling 53%. Attendance: 1 time (16%), 2–5 times (38%), 6–10 times (26%), >10 times (20%).



The CCCH 'late effect' team

Neurorehabilitering i tal

En kortlægning af data fra Neurorehabilitering - Kbh i perioden 2020-2025

Nadia Jasmin Drinkall[1], Pernille Langer Søndergaard[1*], Susanne Lorentzen[1]
[1]Neurorehabilitering - Kbh, Strandvejen 119, Københavns Kommune, 2900 Hellerup
*Korresponderende forfatter: x52m@kk.dk, Neurorehabilitering - Kbh, Københavns Kommune, Strandvejen 119, 2900 Hellerup

1. BAGGRUND

Neurorehabilitering - Kbh varetager rehabilitering og genoptræning af ramte med erhvervet hjerneskade i ambulante og døgnbaserede forløb på forskellige specialiseringsniveauer[1,2].

De ramte har ofte komplekse og varierende rehabiliteringsbehov, som kræver tværfaglige indsatser og visitation til det rette tilbud[2].

Et samlet overblik over aktivitet, diagnosegrupper og forløbstyper kan bidrage til at beskrive centrets opgavevaretagelse og understøtte fremtidig planlægning, kapacitet og organisering.

2. FORMÅL

Formålet er at skabe et samlet, databaseret overblik over borgergrundlag og opgaveprofil på Neurorehabilitering - Kbh i perioden 2020-2025.

Fokus er på antal rehabiliteringsforløb, udvalgte diagnosegrupper samt fordelingen mellem ambulante og døgnbaserede forløb på avanceret og specialiseret niveau.

Overblikket bidrager med et grundlag for fremtidig planlægning og organisering.

3. METODE

Borgerdata om forløb og ydelser udtrækkes fra Qlik Sense, som Københavns Kommune anvender til monitorering af aktivitet samt understøttelse af datatransparens og kvalitetsudvikling.

Data behandles i R version 4.5.2 via RStudio.

Deskriptive analyser belyser det årlige antal startede og afsluttede rehabiliteringsforløb samt fordelingen efter rehabiliteringsniveau og diagnosegruppe.

Resultaterne præsenteres grafisk for at understøtte overblik og formidling.

4. RESULTATER

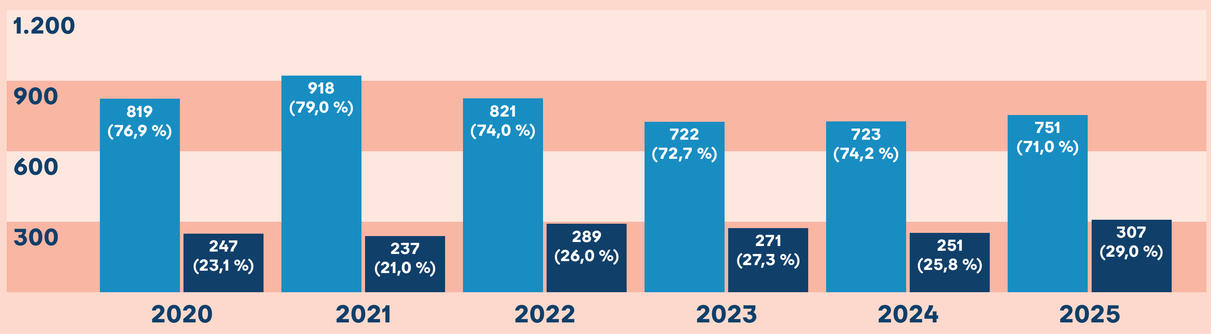
4a. Hovedtal for 2025

1.058
startede rehabiliteringsforløb

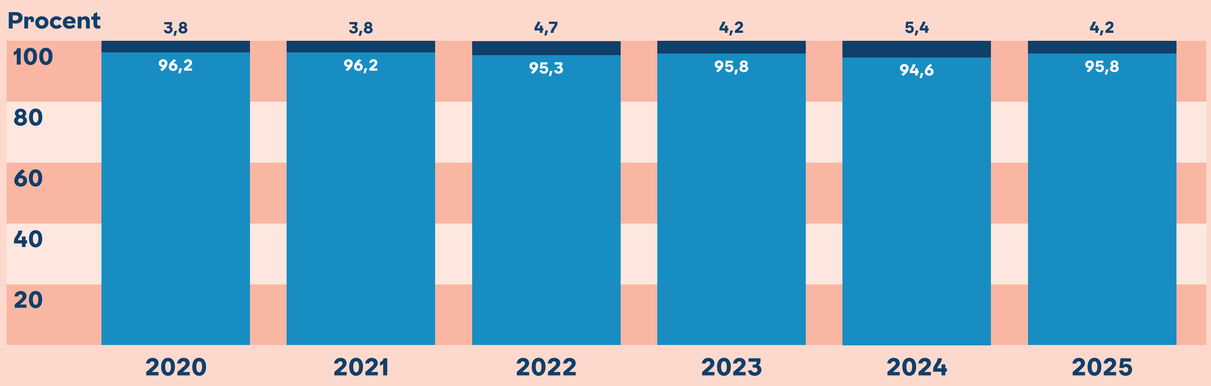
1.046
afsluttede rehabiliteringsforløb

71%
af alle startede forløb var ambulante i 2025

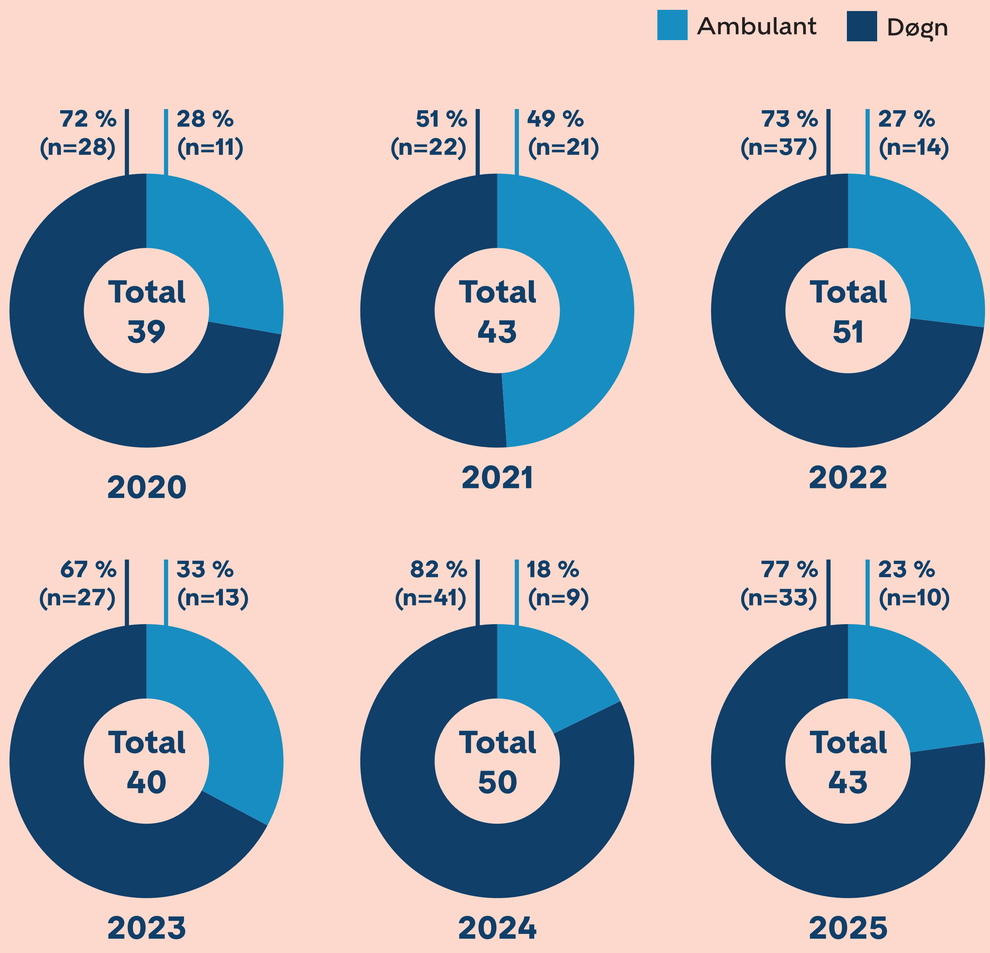
4b. Antal startede forløb pr. år efter forløbstype



4c. Avancerede og specialiserede forløb



4d. Fordeling af specialiserede rehabiliteringsforløb



4e. Startede forløb blandt diagnosegrupper, 2020-2025

Største diagnosegrupper	Procent
Stroke	66,5–76,8
Facialisparese	6,3–15,0
Cancer	2,9–8,6
Traumatisk hjerneskade	4,4–7,0
Sclerose	2,7–6,0

5. KONKLUSION OG PERSPEKTIVERING

- Antallet af startede og afsluttede rehabiliteringsforløb varierer fra år til år, men fra 2020 og frem er antallet af startede forløb forblevet omkring 1.000 årligt. De afsluttede forløb følger overordnet samme udvikling.
- Fra 2020 fylder de ambulante forløb mere end døgnforløbene (71-79%), og af de avancerede og specialiserede forløb, udgør de avancerede hovedparten (94,6-96,2%). Af de specialiserede fylder døgnforløbene mest (51-82%).
- Stroke er den største diagnosegruppe i alle år.
- Kortlægningen giver et databaseret grundlag for fremtidig monitorering, kapacitetsplanlægning og organisering.

6. REFERENCER

1. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade. Sundhedsstyrelsen (2021). https://www.sst.dk/da/udgivelser/2020/anbefalinger-for-tvaersektorielle-forloeb-for-voksne-med-erhvervet-hjerneskade

2. Hvad er rehabilitering og genoptræning? Neurorehabilitering – Kbh. https://neurorehabilitering.kk.dk/vores-tilbud/om-tilbuddene/om-rehabilitering-og-genoptraening

Neurorehabilitering – Kbh