Rehabilitering på kræftområdet - understøttelse af kvalitetsarbejdet

Ane Bonnerup Vind, ph.d., Videncenterchef, REHPA - Videncenter for Rehabilitering og Palliation, Region Syddanmark og Syddansk Universitet
Thomas Maribo, ph.d., Forskningsleder, DEFACTUM, Region Midtjylland og Professor i rehabilitering, Aarhus Universitet
Dorte Hofland, Centerchef, Speciallæge, MR, Center for Kræft og Sundhed, Københavns Kommune
Morten Quist, ph.d., Forskningsleder, UCSF, Rigshospitalet

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Program

Kvalitet i Rehabilitering

Ane Bonnerup Vind, ph.d., Videncenterchef, REHPA - Videncenter for Rehabilitering og Palliation, Region Syddanmark og Syddansk Universitet

Thomas Maribo, ph.d., Forskningsleder, DEFACTUM, Region Midtjylland og Professor i rehabilitering, Aarhus Universitet

Case - Hvordan arbejder vi med kvalitetsudvikling og data i den kliniske hverdag?

Dorte Hofland, Centerchef, Speciallæge, MR, Center for Kræft og Sundhed, Københavns Kommune

Hvordan kommer vores anbefalinger patienterne til gavn?

Morten Quist, ph.d., Forskningsleder, UCSF, Rigshospitalet

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

REHPA
Videncenter for
Rehabilitering og Palliation

DE® FACT UM

Kvalitet i rehabilitering

Ane Bonnerup Vind
Videncenterchef,
REHPA Videncenter for Rehabilitering og Palliation
Region Syddanmark og Syddansk Universitet

Thomas Maribo
Professor og forskningsleder
Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet,
DEFACTUM, Region Midtjylland

SDU Region Syddanmark

midt Central Denmark Region AARHUS UNIVERSITY

Hvad er rehabilitering?



Målgruppe Rehabilitering er målrettet personer, som oplever eller er i risiko for at opleve begrænsninger i deres fysiske, psykiske, kognitive og/eller sociale funktionsevne og dermed i hverdagslivet.

Formål

At muliggøre et meningsfuldt liv med bedst mulig aktivitet og deltagelse, mestring og livskvalitet

Samarbejdsproces

En samarbejdsproces mellem personen, pårørende, professionelle og andre relevante parter

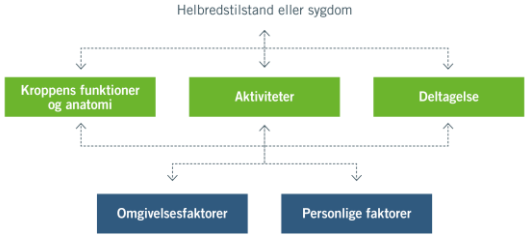
Indsatser

Målrettede, sammenhængende og vidensbaserede. Afsæt i personens perspektiver og hele livssituation

Tværfaglighed og koordinering på tværs af sektorer og forvaltningsområder er centrale forudsætninger

Kilde: Hvidbog om rehabilitering (2022), fælles dansk definition. Hent hvidbogen på www.rehabiliteringsforum.dk

Hvad er funktionsevne – baseres på WHOs biopsykosociale model ICF



Samme diagnose ≠ samme funktionsevne

Krop

Kroppens funktioner og anatomi

Aktivitet

Udførelse af opgaver og handlinger

Deltagelse

Involvering i livssituationer

Funktionsevne påvirkes af helbredstilstand, omgivelsesfaktorer og personlige faktorer.

Funktionsevne kan beskrives og måles generisk på tværs af diagnoser.

Kilde: WHO, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), se også Hvidbog om rehabilitering (2022).

Kvalitet i rehabilitering

- Ambitionen – kvalitet i hele patientens forløb
- Rehabilitering foregår tæt på patient/borgers hverdagsliv – primær sektor
- Det nære kvalitetsarbejde:
  - Kvalitetsmål skal udvikles her
  - Det målte skal være meningsfuldt for de dataindsamlende
  - Skal give svar tilbage, som kan anvendes til lokalt kvalitetsarbejde

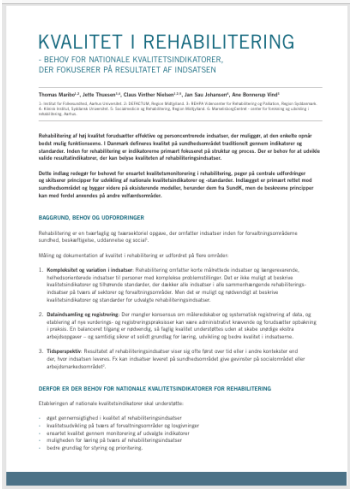
- Dødelighed og sygelighed og ????
- Rehabilitering kalder på noget andet



Mulige kvalitetsindikatorer

- Funktionsevne – ”at virke i hverdagslivet”
- Personens oplevede effekt/udbytte i forhold til hverdagslivsaspekter bliver central og uundgåelig!

- Resultatindikatorer
  - Andel med sygdom x, som har opnået en forud defineret relevant ændring i funktionsevne målt ved fx WHODAS 2.0 efter en given tid
  - Andel med sygdom x, som har opnået mål i et forud defineret omfang målt ved fx Goal Attainment Score efter en given tid
  - Andel med sygdom x, som er i uddannelse/arbejde efter en given tid


KVALITET I REHABILITERING

- BEHOV FOR NATIONALE KVALITETSINDIKATORER, DER FOKUSERER PÅ RESULTATET AF INDSATSEN

kvalitet-i-rehabilitering.pdf

- Proces
  - Andel med sygdom X, som er henvist til/har gennemført en personcentreret og helhedsorienteret rehabiliteringsindsats inden for en given tid efter diagnose
  - Andel med sygdom X, hvor der er gennemført en målsætningssamtale forud for påbegyndt rehabilitering

- Struktur
  - Rammer og struktur for rehabilitering – fx tværfaglighed og kompetencer

Forudsætninger – men kan ikke stå alene!

REHPA
Videncenter for
Rehabilitering og Palliation

DE® FACT UM

Kvalitet i rehabilitering

Ane Bonnerup Vind
Videncenterchef,
REHPA Videncenter for Rehabilitering og Palliation
Region Syddanmark og Syddansk Universitet

Thomas Maribo
Professor og forskningsleder
Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet,
DEFACTUM, Region Midtjylland

SDU Region Syddanmark

midt Central Denmark Region AARHUS UNIVERSITY

Sundhedsvæsenets Kvalitetskonference 2026

Rehabilitering på kræftområdet – understøttelse af kvalitets-arbejdet

Case – hvordan arbejder vi med kvalitetsudvikling og data i den kliniske hverdag?

Dorte Hofland
Centerchef, Speciallæge, MR

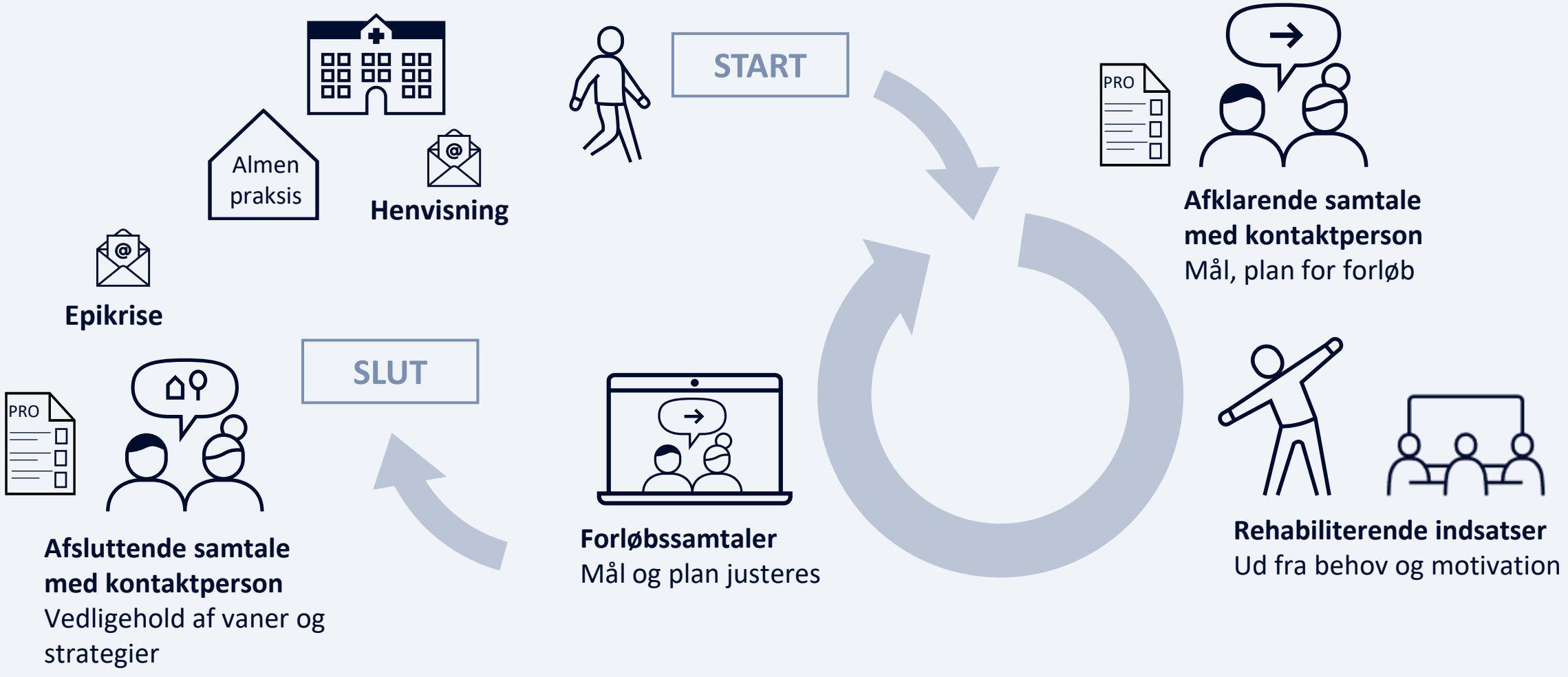
Center for Kræft og Sundhed København



Rehabilitering

- Rehabiliteringsprocessen
- Forløbstyper i CKSK

Rehabiliteringsprocessen



Forløbstyper i CKSK



Understøttelse af kvalitetsarbejdet

- Datastrategi
- Kvalitetsorganisering
- Indikatorer

Hvordan arbejder vi med data?

Datastrategi:

- ”Data med mening”
- Data der skaber værdi i det borgernære arbejde - datapakker
- Data der bidrager til kvalitetsudvikling
- Data der skaber værdi på organisatorisk niveau
- Tilgængelige data



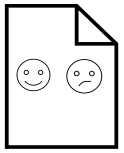
Datakilder i CKSK

Elektronisk omsorgsjournal

Patientrapporterede oplysninger (PRO)



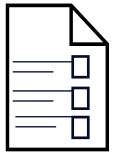
Brugertilfredsheds-undersøgelser



Fokusgrupper og individuelle interviews



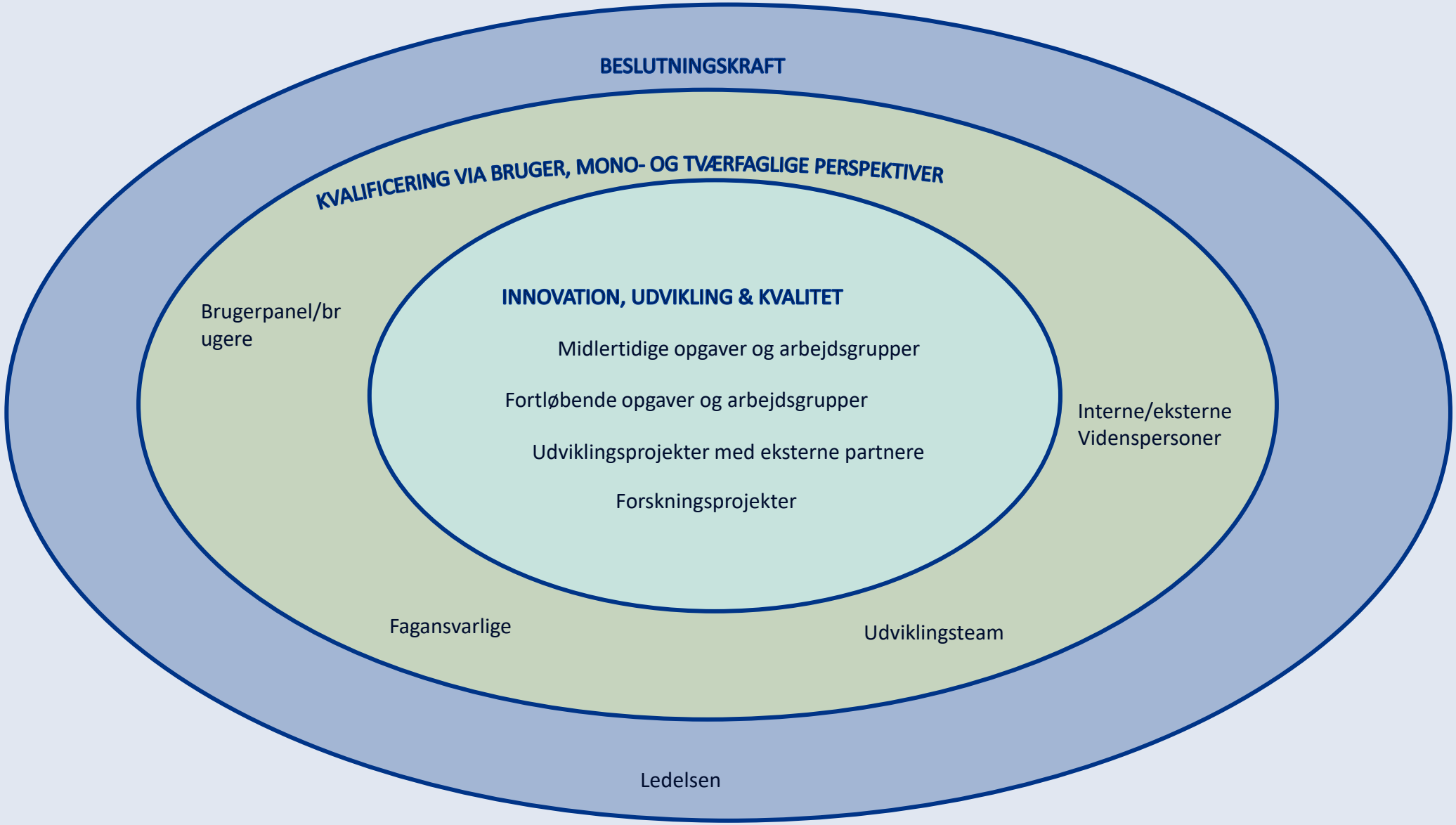
Spørgeskema-undersøgelser



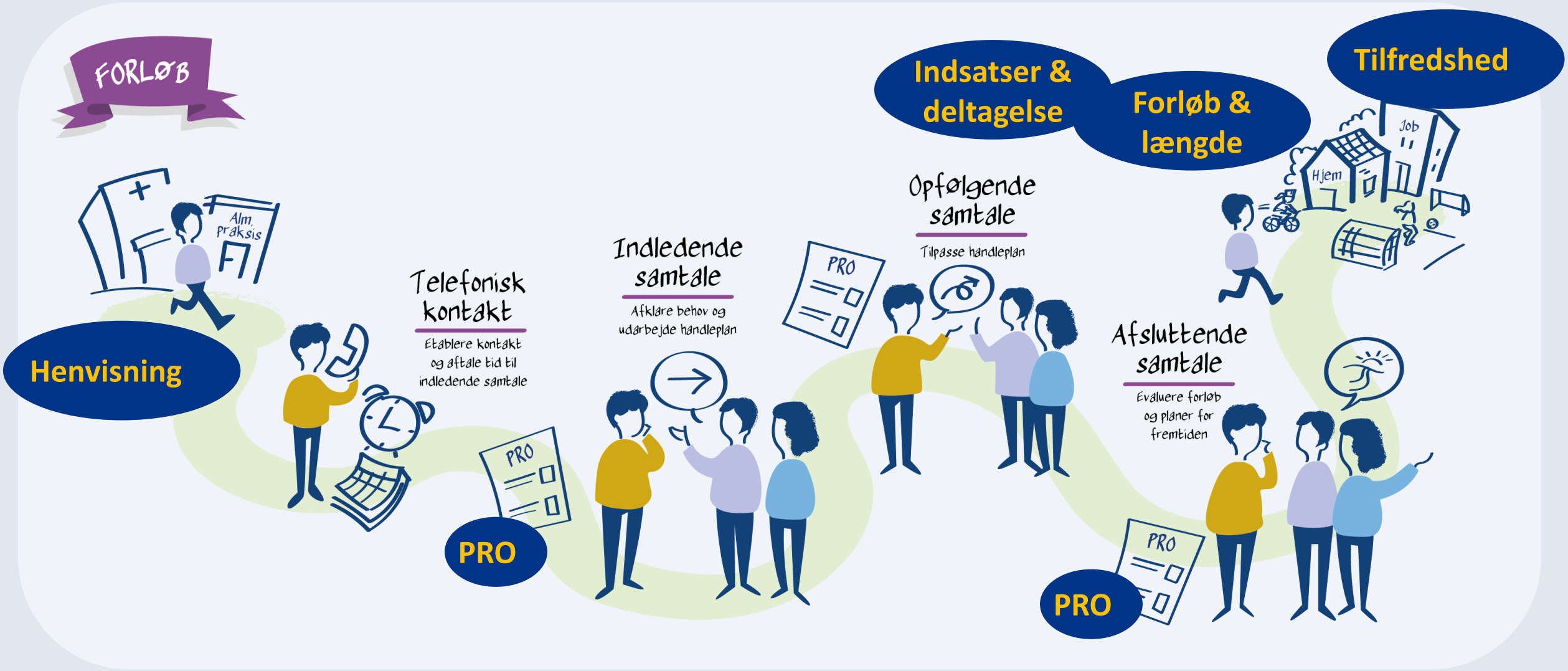
Eksterne datakilder



Kvalitetsorganisering



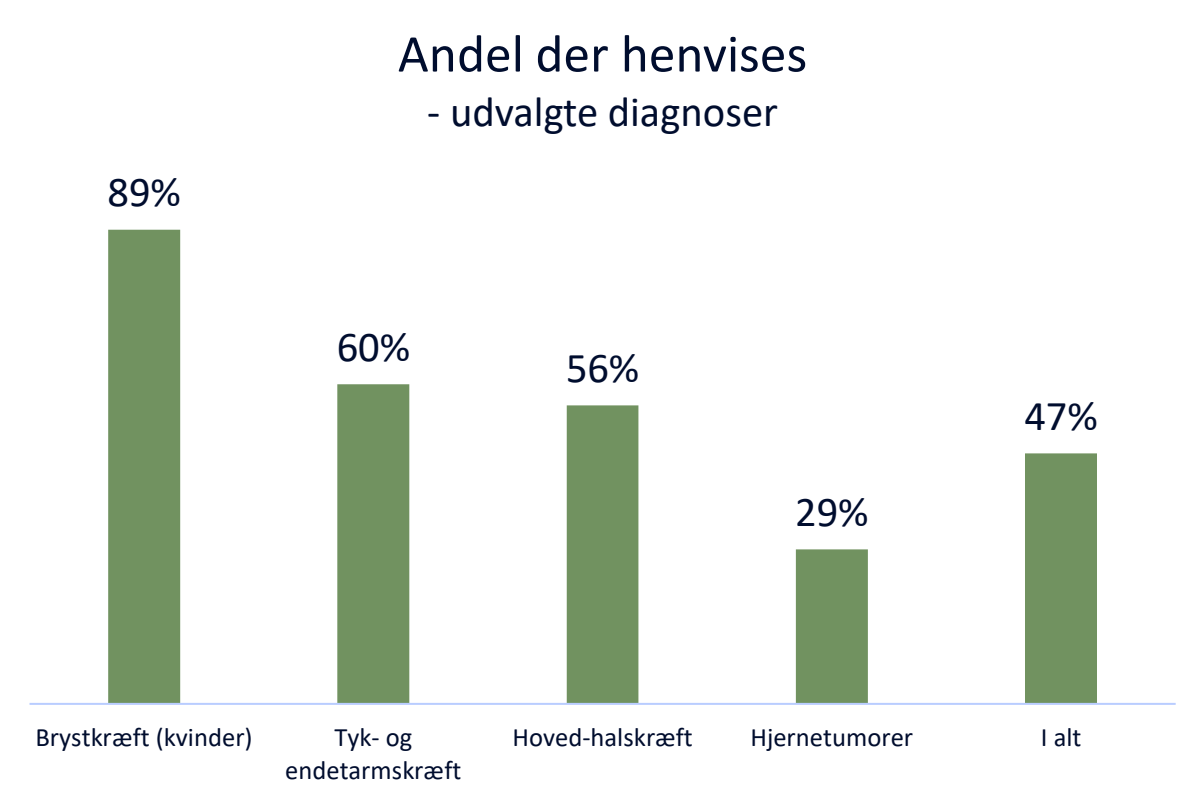
Indikatorer i rehabiliteringsforløb

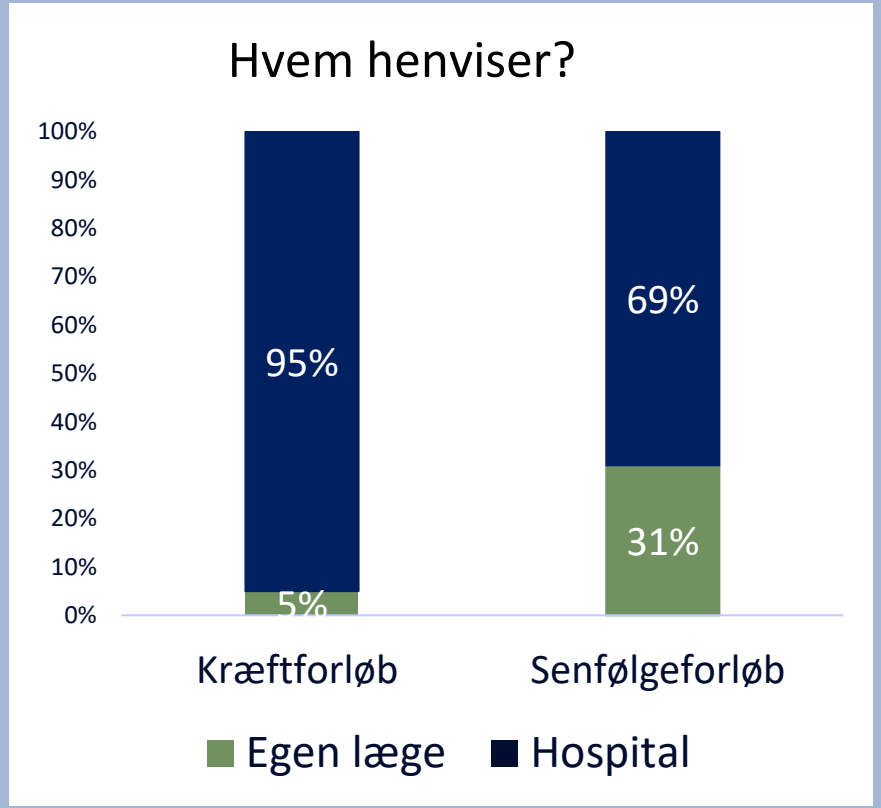


Tre cases

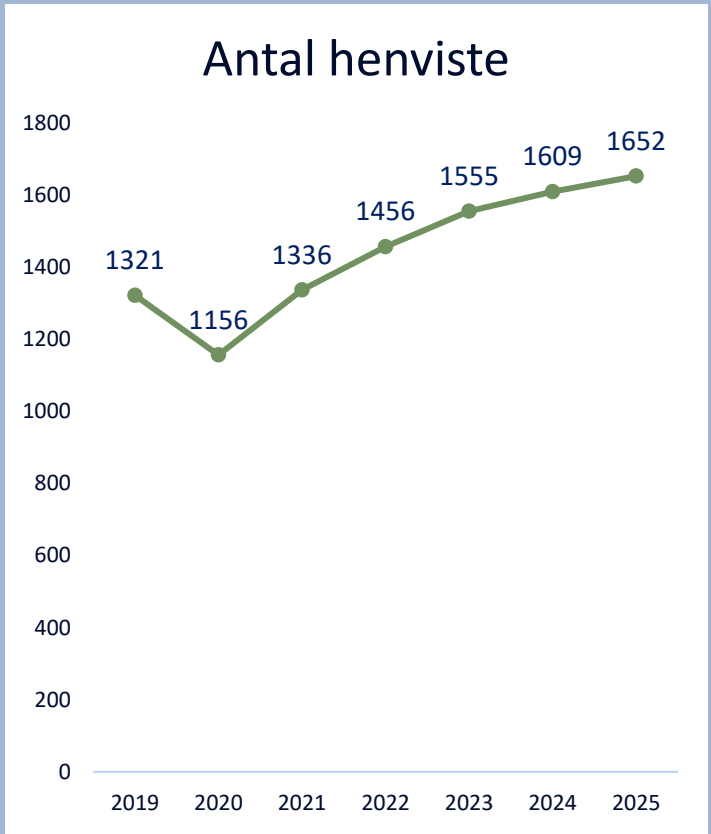
I. Henvisninger
II. Aktiv hverdag eks. på hold tilbud
III. Patientrapporterede oplysninger

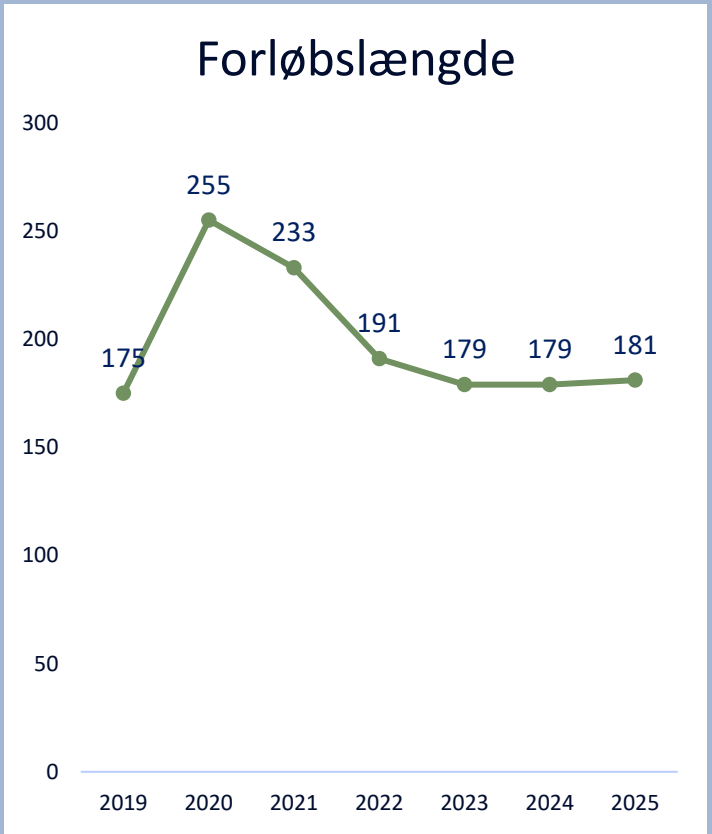
Eksempel I: Henvisninger

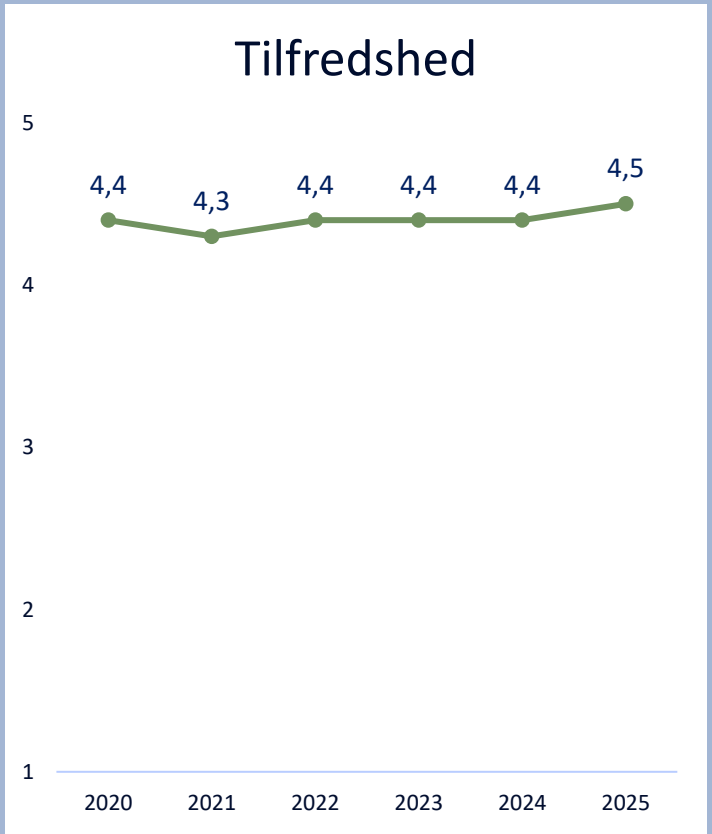




Eksempel I: Henvisninger







Eksempel II:
‘Aktiv hverdag’ – hvordan måler vi resultater (effekt)?

Intervention
Fysisk aktivitet på hold
2 gang ugentligt inde/ude
Individuel forløbslængde

Målgruppe
Borgere med lavt funktionsniveau

Fokus
Bevægelse i hverdagen

Afprøvning

- Kan vi se forskel på før og efter deltagelse?
- Er den valgte metode egnet til at vise udvikling?
- Kan det lade sig gøre at anvende metoden i daglig drift?



Eksempel II:
‘Aktiv hverdag’ – hvordan måler vi resultater?

Før-efter måling:

- Borger målsætter på aktivitetsniveau med Patient-Specific Functional Scale (PSFS).



Eftermåling:

- Prælaminære tal -tendenser
- Status: Ca. n=30 start PSFS, n=4 slut
- Meningsfuldt og motiverende for både brugere og sundhedsproffesionelle
- Resultatmål funktionsevne og helbredsrelateret livskvalitet



Eksempel II:
PRO på flere niveauer



FØLGER RRO-SVARPROCENT
(procesdata)



PRO-DATA FOR SUB-GRUPPER
(kvalitetsudvikling)

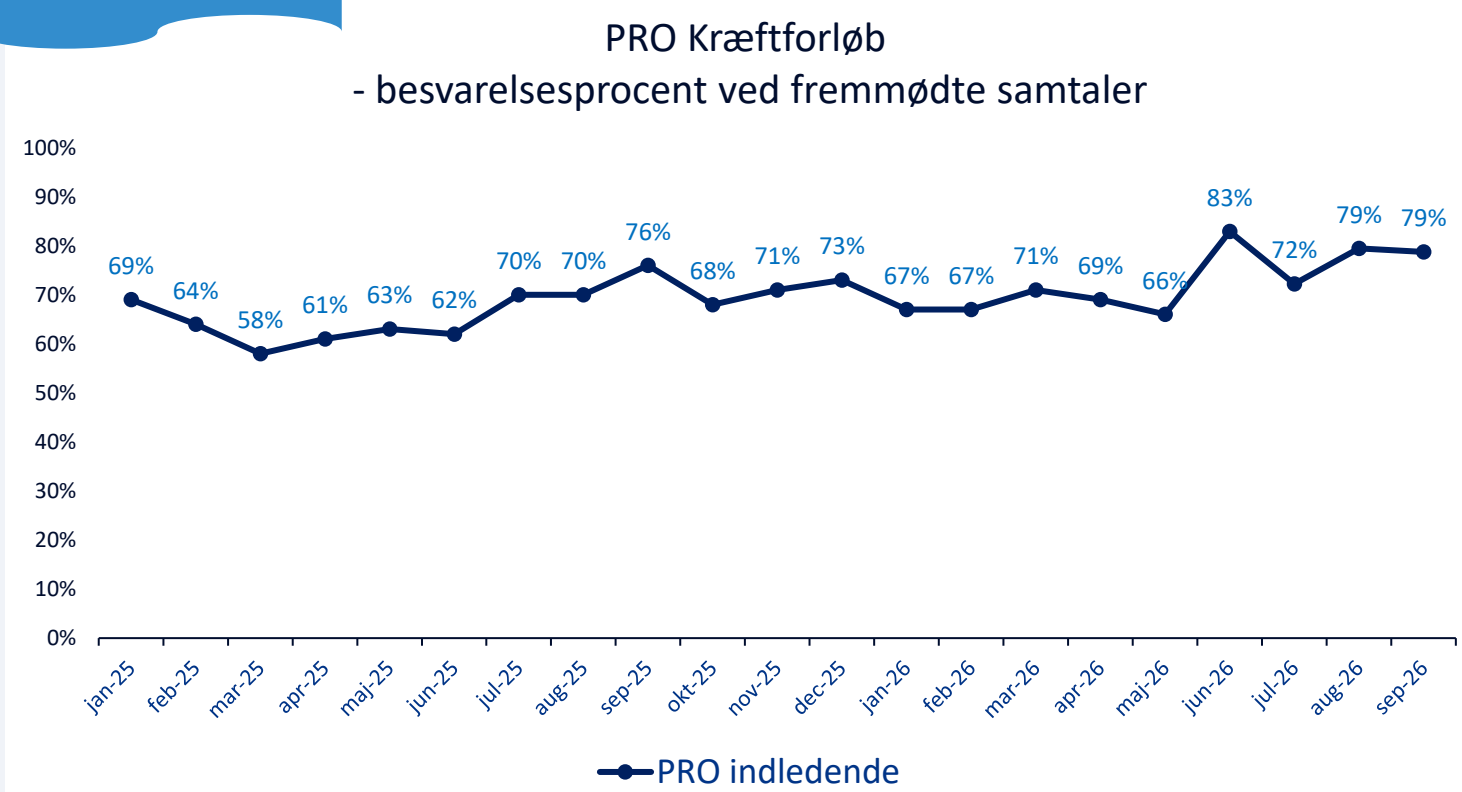


PRODUCERER NY VIDEN
(forskning)

”…. som regel, så er det ligegyldige generelle spørgsmål …, men det her var omfattende, det kom meget ind på nogle af de ting som hjalp samtalen i gang”

Eksempel III:
PRO på flere niveauer

Procesdata



Resultatdata

På sigt:

- Funktionsevne
- Mental trivsel
- Helbredsrelateret livskvalitet

Eksempel III:
PRO på flere niveauer

Udvikling

Eksempler:

- Ældre har andre behov end yngre på det sociale område → øget opmærksomhed på ensomhed hos ældre

- Hvilke behov kommer folk ind ad døren med? har vi indsatser der matcher behov?



Forskning



Take Home Message

- Der er masser af data i det nære sundhedsvæsen
- Data bruges på flere niveauer i det nære sundhedsvæsen
- Resultatmål: Helbredsrelateret livskvalitet og Funktionsevne



Hvordan kommer vores anbefalinger patienterne til gavn?

Morten Quist, PhD, Forskningsleder

Copenhagen University Hospital, Rigshospitalet, Denmark

morten.quist@regionh.dk



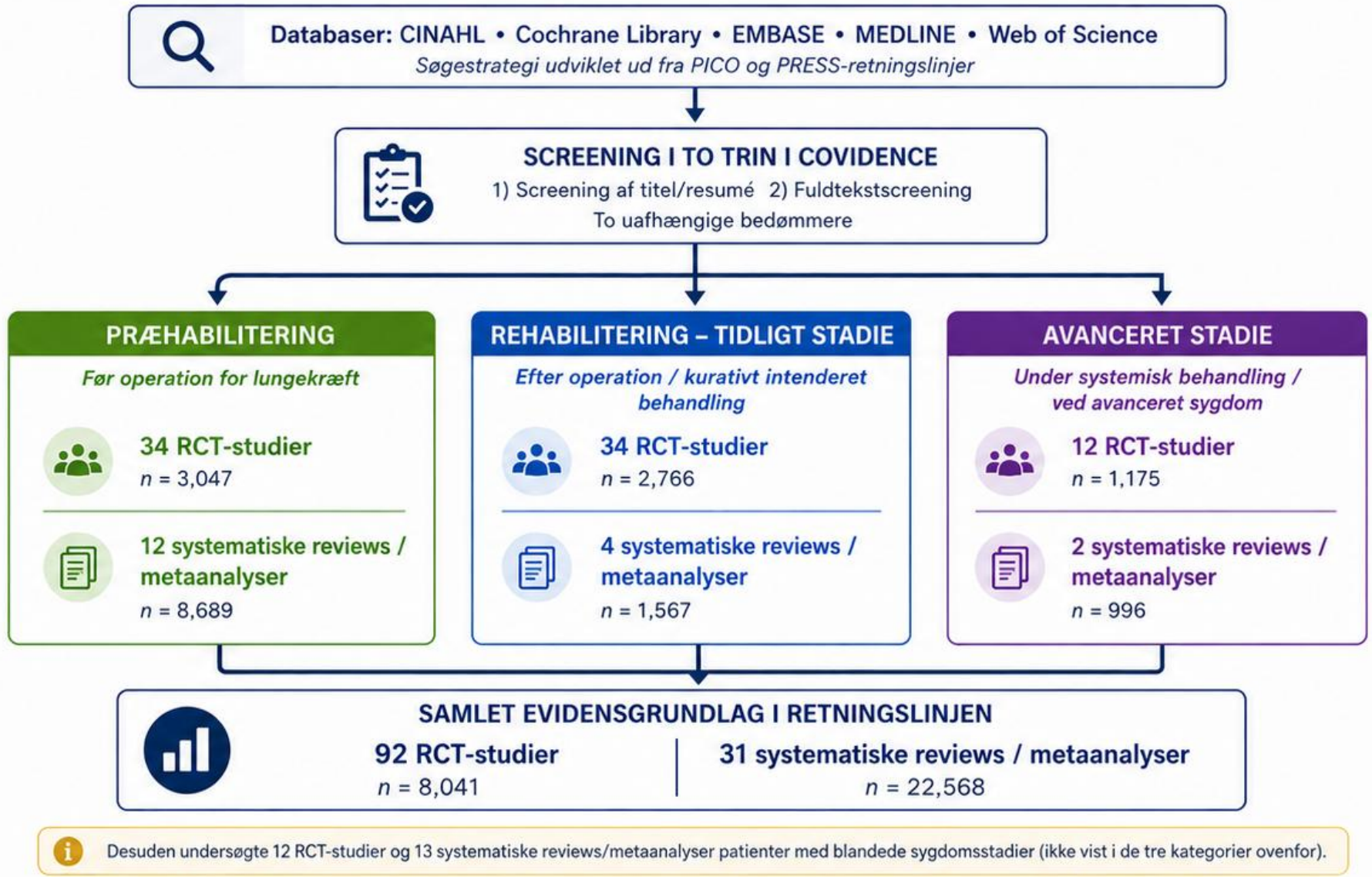
Tillykke til patienten med lungekræft i DK!

17. december 2024

En dansk klinisk retningslinje for fysisk træning ved lungekræft

Før operation, efter kurativ behandling
og ved avanceret sygdom




Databaser: CINAHL • Cochrane Library • EMBASE • MEDLINE • Web of Science
Søgestrategi udviklet ud fra PICO og PRESS-retningslinjer
SCREENING I TO TRIN I COVIDENCE
1) Screening af titel/resumé 2) Fuldtekstscreening
To uafhængige bedømmere
PRÆHABILITERING
Før operation for lungekræft
34 RCT-studier
n = 3,047
12 systematiske reviews / metaanalyser
n = 8,689
REHABILITERING – TIDLIGT STADIE
Efter operation / kurativt intenderet behandling
34 RCT-studier
n = 2,766
4 systematiske reviews / metaanalyser
n = 1,567
AVANCERET STADIE
Under systemisk behandling / ved avanceret sygdom
12 RCT-studier
n = 1,175
2 systematiske reviews / metaanalyser
n = 996
SAMLET EVIDENSGRUNDLAG I RETNINGSLINJEN
92 RCT-studier
n = 8,041
31 systematiske reviews / metaanalyser
n = 22,568
Desuden undersøgte 12 RCT-studier og 13 systematiske reviews/metaanalyser patienter med blandede sygdomsstadier (ikke vist i de tre kategorier ovenfor).

Præhabilitering kan forbedre operationsforløbet

Kortere indlæggelsestid

Færre postoperative komplikationer

10

metaanalyser finder
kortere indlæggelsestid

12

metaanalyser finder
færre komplikationer

Respirationstræning, eventuelt kombineret med konditionstræning, før operation

Kilde: DLCG v1.0, s. 7, 10–14. Metaanalyser kan overlappe. Anbefalingsgrad A.

Træning efter kurativt intenderet behandling

Bedre fysisk kapacitet

Forbedringer i kondition, styrke og gangkapacitet

Forbedringer i dele af livskvaliteten

Effekten varierer mellem studier og måletidspunkter

Anbefaling: kombineret styrke- og konditionstræning, eventuelt med respirationstræning

Kilde: DLCG v1.0, s. 16–24. Anbefalingsgrad A. Evidensen kommer især fra kirurgiske forløb.

Træning ved avanceret lungekræft

Mindre angst og depression

Et RCT med 218 patienter fandt forbedringer efter 12 ugers kombineret træning

Øget muskelstyrke

Samme studie fandt ikke en signifikant forskel mellem grupperne i VO_2peak

Kilde: DLCG v1.0, s. 26–31. Anbefalingsgrad C. EXHALE: reference 56 i retningslinjen.

Vi måler allerede for at kunne handle

Måling i kræftforløbet	Hvad bruger vi den til?
Lungefunktion	Vurdering af behandlingsmuligheder
Blodtal	Vurdering før planlagt behandling
Scanninger	Vurdering af sygdom og behandlingsrespons

Har vi samme systematik for fysisk funktion og rehabiliteringsbehov på tværs af forløbet?

Patientens funktion gennem hele forløbet

Ved udredning

?

Hvad kan patienten ved udgangspunktet?

Ved overgang fra hospital

?

Hvad har ændret sig under behandlingen?

Efter rehabilitering

?

Hvordan er funktionen og livskvaliteten nu?

Vi mangler sammenlignelige målinger gennem patientens forløb

En henvisning dokumenterer kun ét trin

Trin i forløbet	Hvad skal vi kunne dokumentere?
Behovsvurdering	Behov, patientens mål og aftalt handling
Henvisning og tilbud	Modtager og konkret indhold i tilbuddet
Opstart	Dato for første deltagelse
Deltagelse og afslutning	Faktisk deltagelse og afslutningsstatus

Matcher tilbuddet patientens behov og anbefalingerne?

Et fælles minimum af målinger

Hvad?	Eksempel	Hvornår?
Fysisk funktion	6-minutters gangtest og/eller rejse-sætte-sig-test	Udgangspunkt og aftalte overgange
Livskvalitet	EORTC QLQ-C30	Samme tidspunkter
Forløbsstatus	Tilbud, opstart, deltagelse og afslutning	Løbende

Alle relevante patienter skal kunne indgå i opfølgningen, også dem der ikke starter eller mangler en slutmåling

Skal vi stadig sige tillykke?

Hvad har patienten med lungekræft faktisk vundet?

Hvem får den anbefalede træning?
Hvordan følger vi patientens funktion og livskvalitet?

Anbefalingerne skal blive til relevante tilbud
og en opfølgning, der følger patienten

UCSF
Center for Health Research

Tak for opmærksomheden



REGION