

Ansøgning til Pulje til kommunale projekter på kræftrehabiliteringsområdet – prioriterede indsatsområder

”Forebyggende rehabiliteringspakke, forløbskoordinatorfunktion og arbejdspladsfastholdelse. Et projekt- og udviklingssamarbejde mellem fire kommuner på tre indsatsområder med henblik på at udvikle, afprøve, evaluere og implementere en målrettet og ressourceoptimal indsats overfor kræftramte borgere”



Ny Herning Kommune



Ny Randers Kommune



Skive Storkommune



Viborg Storkommune



1	Projektets titel	3
2	Projektets perspektiver	3
3	Baggrund	4
4	Formål	6
4.1	Indsatsområde I: Udvikling af en kommunal forebyggende rehabiliteringspakke	6
4.2	Indsatsområde II: En kommunal forankret forløbskoordinatorfunktion	7
4.3	Indsatsområde III: Et arbejdsfastholdelsesprogram	9
5	Materiale	9
6	Projektdesign og metode	10
6.1	Projektdesign og metode - Indsatsområde I: Udvikling af en kommunal forebyggende rehabiliteringspakke	10
6.2	Projektdesign og metode – Indsatsområde II: Kommunal forankret forløbskoordinatorfunktion	11
6.3	Projektdesign og metode – Indsatsområde III: Et arbejdsfastholdelsesprogram	12
6.4	Evalueringsfasen, 4 måneder 01.05.08 – 01.09.08	16
6.5	Formidlings- og implementeringsfasen, 4 måneder 01.09.08 – 01.01.09	17
7	Godkendelse og etik	17
8	Projektorganisering	17
9	Økonomi	18
10	Bilagsfortegnelse	18
	Bilag 1 - Projektets aktiviteter	19
	Bilag 2 – Model over faserne i de tre indsatsområder	20
	Bilag 3 - Model over arbejdspladsfastholdelsesprogram	21
	Bilag 4 – Samarbejdsaftale	22

1 Projektets titel

Forebyggende rehabiliteringspakke, forløbskoordinatorfunktion og arbejdspladsfastholdelse. Et projekt- og udviklingssamarbejde mellem fire kommuner på tre indsatsområder med henblik på at udvikle, afprøve, evaluere og implementere en målrettet og ressourceoptimal indsats overfor kræftframte borgere.

2 Projektets perspektiver

Kommunalreformen og den nye sundhedslov betyder, at indsatsen overfor borgere med et rehabiliteringsbehov samles i kommunerne, og at kommunerne får et medansvar for den patientrettede forebyggelse. Der er tale om nye opgave- og indsatsområder, og der er derfor behov for at udvikle og afprøve metoder og indsatser i kræftrehabiliteringen

Ny Herning Kommune, Ny Randers Kommune, Skive Storkommune og Viborg Storkommune har et samlet befolkningsgrundlag på cirka 313.000 borgere, og de udgør omkring 25 procent af befolkningen i Region Midtjylland. De fire kommuner står over for en række nye udfordringer og opgaver på sundhedsområdet – herunder udviklingen af rehabiliterings-indsatsen over for borgere, der rammes af kræft.

De fire kommuner har et fælles ønske om at udvikle og afprøve metoder og indsatser, der sigter mod at en tidlig og forebyggende indsats, der aktivt inddrager borgernes/kræftpatienternes egne ressourcer, som skaber sammenhæng, koordination og ressourceoptimalt samarbejde mellem alle aktørerne, og som inddrager arbejdspladsfastholdelsesperspektivet for borgere/kræftpatienter i den erhvervsaktive alder.

Ny Herning Kommune, Ny Randers Kommune, Skive Storkommune og Viborg Storkommune ønsker at etablere et projektsamarbejde med Udviklingsfunktionen, MarselisborgCentret, og JobCenter Marselisborg med henblik på at udvikle og afprøve metoder og indsatser i kræftrehabiliteringen.

Ved at udvikle og afprøve de samme indsatser i fire forskellige kommuner med hver deres organisering, befolknings sammensætning og lokale aktører med videre, antages det, at der i den efterfølgende evaluering kan drages sammenligninger på tværs af de kommunale forskelle med hensyn til, hvad der henholdsvis hæmmer/fremmer metoder og indsatser. Projektets målepunkter er blandt andet:

- forebyggende rehabiliteringspakkes effekt på tidlig indsats målt på brug af tilbud samt borgeres og professionelles tilfredshed
- forløbskoordinatorfunktionens effekt på koordination og sammenhæng, målt på borgere og professionelles tilfredshed
- øget arbejdspladsfastholdelsesgrad ved en tidlig og målrettet indsats.

Hermed kan der skabes unikke muligheder for at etablere og formidle en solid erfarings- og vidensplatform, som kan danne grundlag for evidensbaseret praksis og anbefalinger i den videre etablering og udvikling af kræftrehabiliteringsindsatsen i de danske kommuner.

Der ansøges derfor om kr. 8.712.000 til dækning af projektets omkostninger (se afsnit 9).

3 Baggrund

I 2005 var der cirka 250.000 danskere, der enten havde været, eller som var i behandling for en kræftsygdom. En tredjedel af disse personer var i den erhvervsaktive alder.¹

Statistisk beregnet vil der i en kommune med 50.000 borgere hvert år være:

- 310 borgere, der får konstateret kræft (A), heraf 100 i den erhvervsaktive alder (B)
- 2.130 borgere, som skal leve med kræft (C), heraf 690 i den erhvervsaktive alder (D)
- 150 borgere, der vil dø af kræft, heraf 40 i den erhvervsaktive alder
- 40 børn og unge, der mister en far eller en mor på grund af kræft.²

Med udgangspunkt i disse tal viser en forholdsmæssig beregning for henholdsvis Ny Herning Kommune, Ny Randers Kommune, Skive Storkommune og Viborg Storkommune følgende:

Kommune	Indbygger- tal iflg. Danmarks Statistik pr. 1. januar 2005	Antal nydiagnostiserede borgere		Antal borgere som lever med kræft.	
		I alt pr år (A)	Erhvervsaktive alder pr år (B)	I alt pr år (C)	Erhvervsaktive alder pr år (D)
Ny Herning Kommune	83.000	520	170	3.540	1.150
Ny Randers Kommune	92.000	570	180	3.920	1.270
Viborg Storkommune	90.000	560	180	3.830	1.240
Skive Storkommune	48.000	300	100	2.050	660
I alt	313.000	1.950	630	13.340	4.320

Tabel 1

Fra dansk side antages det, at to tredjedele af alle nydiagnostiserede kræftpatienter har et rehabiliteringsbehov, og i den internationale litteratur er der konsensus om, at cirka en tredjedel af alle nydiagnostiserede kræftpatienter har et kortvarigt ofte mindre behov, mens den sidste tredjedel har et stort længerevarende behov.³ Af tabel 1 fremgår det at der hvert år vil være 1950 nydiagnostiserede kræftpatienter i de fire kommuner. Af disse vil der anslået være 650 borgere, der

¹ Kræftplan II, Sundhedsstyrelsen, 2005

² Din kommune og kræft – et oplæg til samarbejde mellem kommunen og Kræftens Bekæmpelse, 2006

³ Kræftplan II, Sundhedsstyrelsen, 2005

har et kortvarigt, ofte mindre behov og omkring 650 borgere med et stort længerevarende behov. Med kommunernes nye ansvar på sundhedsområdet er det vigtigt, at kommunerne er i stand til at differentiere på et kvalificeret grundlag og dermed tilbyde borgerne en målrettet, stratificeret og ressourceoptimal indsats.

En tredjedel af alle kræftpatienter befinder sig i den erhvervsaktive alder. Heraf må en stor andel antages at være i beskæftigelse ved diagnosetidspunktet. Disse personer har en øget risiko for at miste deres job og dermed også en øget risiko for at blive marginaliseret fra arbejdsmarkedet i løbet af deres sygdomsperiode. Efterfølgende kan det være vanskeligt for en tidligere kræftpatient at vende tilbage til arbejdsmarkedet - selv efter en succesfuld helbredelse/rehabilitering. Det er derfor relevant at undersøge, hvordan kræftpatienter fastholder deres tilknytning til arbejdspladsen.

I Kræftplan II anføres det, at mange patienter lever med senfølger af sygdom og behandling i form af træthed, vægttab, smerter, nedsat livsmotiv, og det fremhæves, at Sundhedsvæsenet står over for en stor udfordring: ”Stadigt flere mennesker vil overleve i stadig længere tid, men der bliver ikke målrettet og systematisk taget hånd om de fysiske og psykiske problemer, en stor andel af denne gruppe har i relation til og efter behandlingsforløbet”.⁴

Dette bekræftes i ”Kræftpatientens verden.” Her fremgår det, at mange kræftpatienter ikke får tilbudt den genoptræning og rehabilitering, der i høj grad kan være relevant for at imødekomme deres psykiske og fysiske behov samt afhjælpe de sociale- og økonomiske følgevirkninger af diagnosen.⁵ Der peges endvidere på, at den utilstrækkelige indsats er præget af manglende koordination – især mellem sygehus og kommune - og at kræftpatienter ikke får systematisk tilbud om genoptræning og rehabilitering.⁶

I Kræftplan II anføres det, at kræftrehabiliteringsindsatsen bør iværksættes, når patienten får sin kræftdiagnose, og fra dette tidspunkt bør der skabes klarhed over ansvar og kompetence.⁷ Der lægges vægt på, at indsatsen iværksættes så tidligt som muligt.

Endvidere anføres det i Kræftplan II, at ”samarbejde mellem specialiseret personale fra kræftafdelinger og personale i primærsektoren kan styrke kvalitet og sammenhæng i den langsigtede rehabiliteringsindsats. I den kommende opgavefordeling mellem regioner og kommuner er det vigtigt at sikre størst mulig sammenhæng for patienten med anvendelse af de rette personaleressourcer.”⁸

To væsentlige elementer i den fremtidige kræftrehabiliteringsindsats omkring den enkelte borger og dennes behandlings- og rehabiliteringsforløb er derfor en tidlig indsats og et effektivt samarbejde – både tværsektorielt og tværfagligt.

I forlængelse af ovennævnte må det derfor være klart, at såvel indsats som samarbejde bør baseres på et rehabiliteringsfagligt grundlag. Hvidbogens⁹ rehabiliteringsbegreb indeholder en række centrale elementer, som, der er bred konsensus om, bør indgå i den fremtidige

⁴ Kræftplan II, side 50, Sundhedsstyrelsen, 2005

⁵ Kræftpatientens verden, Kræftens Bekæmpelse, 2006

⁶ Kræftpatientens verden, Kræftens Bekæmpelse, 2006

⁷ Bilag til Kræftplan II, 10.2 Rehabilitering, Sundhedsstyrelsen 2005

⁸ Kræftplan II, side 51, Sundhedsstyrelsen, 2005

⁹ Rehabilitering i Danmark, Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet, MarselisborgCentret, oktober 2004

kræftrehabiliteringsindsats – herunder borgerens deltagelse i rehabiliteringsprocessen samt behovet for individuel og fleksibel tilrettelæggelse.

På baggrund af ovenstående ønsker Ny Herning Kommune, Ny Randers Kommune, Skive Storkommune og Viborg Storkommune at gennemføre et forsøgs- og udviklingsprojekt i hver kommune, som retter sig mod kræftrehabilitering på tre indsatsområder.

4 Formål

I dette afsnit præsenteres formålet med projektet samt forslag til de tre indsats-områder

Formålet med projektet er at udvikle, afprøve og evaluere kommunale indsatser, der

- Ved hjælp af en tidlig og forebyggende indsats aktivt inddrager, støtter og fremmer borgerens/kræftpatientens evner og muligheder for at håndtere sin sygdom og livssituation
- Skaber sammenhæng, koordination og ressourceoptimalt samarbejde i kræftrehabiliteringsforløb på tværs af kommunale serviceområder og sikrer sammenhæng, koordination og effektivt samarbejde mellem kommune, region/sygehus og praksissektor og borger/kræftpatient
- Aktivt inddrager og udbygger samarbejdet med borgeren/kræftpatienten, offentlige og private virksomheder omkring arbejdspladsfastholdelse af kræftframte medarbejdere

Ovennævnte ønskes udviklet, afprøvet og evalueret på tre indsatsområder:

- En kommunal ”forebyggende rehabiliteringspakke”: Den forebyggende rehabiliteringspakke tilbydes borgeren/kræftpatienten tidligt i forløbet – når denne har modtaget sin kræftdiagnose.
- En kommunal forankret forløbskoordinatorfunktion: Koordinatorfunktion skal bidrage til at skabe sammenhæng og koordination på tværs af de kommunale serviceområder og sikre samarbejde og koordination med henholdsvis sygehus, praktiserende læge og borger omkring den enkelte borger/kræftpatients behandlings- og rehabiliteringsforløb.
- Et arbejdsplads-fastholdelsesprogram: Her ønskes udarbejdet et program, der aktivt inddrager og udbygger samarbejdet med offentlige og private virksomheder omkring arbejdspladsfastholdelse af kræftframte medarbejdere.

Projektets tre indsatsområder præsenteres i det følgende.

4.1 Indsatsområde I: Udvikling af en kommunal forebyggende rehabiliteringspakke

Der er bred konsensus om, at en tidlig og aktiv egenindsats suppleret og støttet af information og tilbud øger mulighederne for, at borgere med et rehabiliteringsbehov får et kvalitativt bedre forløb

med forøget livskvalitet og bedre resultater til følge. I nærværende projekt ønskes udviklet og afprøvet en kommunal ”forebyggende rehabiliteringspakke”, som tilbydes borgeren umiddelbart efter, at denne har modtaget sin kræftdiagnose.

Den kommunale forebyggende rehabiliteringspakke skal være et bidrag og supplement til borgerens samlede behandlings- og rehabiliteringsforløb. For at kunne opfylde sit formål, skal pakken derfor udvikles i et tæt samarbejde med de (for kommunen) centrale eksterne aktører – nemlig sygehus/kræftafdeling, de praktiserende læger og Kræftens Bekæmpelse. Et centralt spørgsmål vil derfor være, hvordan der skabes en hensigtsmæssig opgave- og ansvarsfordeling, der både sikrer borgeren/kræftpatienten faglig optimal information og vejledning og samtidig betyder, at vigtig information og vejledning ikke går tabt på grund af manglende koordination og samarbejde. Et andet centralt spørgsmål til afklaring vil være, hvem der henviser/oplyser til - og hvordan der henvises/oplyses om den kommunale forebyggende rehabiliteringspakke.

Internt i den kommunale organisation vil der ligeledes være behov for afklaring af en hensigtsmæssig opgave og arbejdsfordeling. Væsentlige analyse spørgsmål som udgangspunkt for udvikling af den kommunale forebyggende rehabiliteringspakke vil være:

Kan der udvikles en kommunal forebyggende rehabiliteringspakke, der kan understøtte borgerens/kræftpatientens aktive deltagelse og fremme dennes handlemuligheder i relation til sundhed, sygdom og livssituation?

Kan en kommunal forebyggende rehabiliteringspakke medvirke til en tidlig indsats?

Hvilke informations- og vejledningsopgaver bør der i givet fald indgå i en kommunal forebyggende rehabiliteringspakke, og hvordan skabes der en hensigtsmæssig opgave- og ansvarsfordeling, der både sikrer borgeren/kræftpatienten faglig optimal information og vejledning og samtidig betyder, at vigtig information og vejledning ikke går tabt på grund af manglende koordination og samarbejde?

Hvem skal henviser til/oplyse om - og hvordan skal der henvises til /oplyses om den kommunale forebyggende rehabiliteringspakke?

4.2 Indsatsområde II: En kommunal forankret forløbskoordinatorfunktion

I Hvidbog ¹⁰ om rehabiliteringsbegrebet anføres det, at med hensyn til den nødvendige sammenhæng og timing af rehabiliteringens delprocesser er der brug for et ”ejerskab” til koordineringsfunktionen. Ofte er det borgeren selv og de pårørende, der må varetage koordinationen, men mange har ikke – i en for dem i øvrigt psykisk belastet situation – ressourcer eller overblik til at kommunikere på den relevante måde og herved skabe den nødvendige sammenhæng og koordinering. Nogle borgere - som for eksempel dem med de relativt enkle rehabiliteringsforløb - kan selv klare koordineringen, mens andre borgere har brug for, at en sammenhængende og velkoordineret indsats. Desto mere komplekst rehabiliteringsprocessen er, jo

¹⁰ Rehabilitering i Danmark, Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet, MarselisborgCentret, oktober 2004, side 37

mere er der behov for koordinering af det samlede forløb, så borgeren oplever sammenhæng og ejerskab over processen, hvilket fremmer et godt resultat.

Med det nye kommunale ansvar for indsatsen overfor borgere med et rehabiliteringsbehov følger både kommunale forpligtelser overfor den kræftramte borger samt et kommunalt økonomisk ansvar og incitament for at skabe borgerfokuserede velkoordinerede og sammenhængende rehabiliteringsforløb.

Det er på mange måder en ny opgave i kommunerne, og der foreligger derfor heller ikke mange praksiserfaringer for, hvordan man løser denne opgave. Der er derfor behov for at udvikle og afprøve metoder, der skaber sammenhæng, koordination og ressourceoptimalt samarbejde i kræftrehabiliteringsforløb på tværs af kommunale serviceområder og sikrer sammenhæng, koordination og effektivt samarbejde mellem kommune, region/sygehus og praksissektor og borger/kræftpatient

Den kommunalt forankrede forløbskoordinatorfunktion skal udvikles, afprøves og evalueres i et samarbejde mellem borger/kræftpatient, Kræftens Bekæmpelse, sygehus/kræftafdeling, praktiserende læger og kommune.

Væsentlige analysespørgsmål som udgangspunkt for udvikling af en kommunal forankret forløbskoordinatorfunktion vil være:

I relation til det eksterne samarbejde mellem forløbskoordinatorfunktion, sygehus/kræftafdeling og praktiserende læge:

- *Hvordan skabes der en hensigtsmæssig opgave- og ansvarsfordeling?*
- *Hvordan etableres der et effektivt samarbejde, der sikrer kommunikation og koordination omkring den enkelte borgers/kræftpatients forløb?*
- *Hvordan inddrages borgeren/kræftpatienten aktivt i dette samarbejde?*

I det interne samarbejde på tværs af de kommunale serviceområder:

- *Hvordan skabes der en hensigtsmæssig opgave- og ansvarsfordeling?*
- *Hvordan etableres der et effektivt samarbejde, der sikrer kommunikation og koordination omkring den enkelte borgers/kræftpatients forløb?*
- *Hvordan inddrages borgeren/kræftpatienten aktivt i dette samarbejde?*

Hvor i den kommunale organisation bør forløbskoordinatorfunktionen forankres?

Hvilke indhold og opgaver bør der ligge i forløbskoordinatorfunktionen, herunder:

- *hvilke opgaver og funktioner skal forløbskoordinatorfunktionen varetage i forhold til borgeren/kræftpatienten?*
- *hvordan og hvem visiteres til forløbskoordinatorfunktionen?*

4.3 Indsatsområde III: Et arbejdsfastholdelsesprogram

Ved at fastholde den kræftramte borger på arbejdspladsen er det ofte muligt at skabe en win-win situation for alle parter. Borgeren fastholder et selvstændigt forsørgelsesgrundlag og det sociale netværk på arbejdspladsen, hvilket kan bidrage positivt til rehabiliteringsprocessen. Kommunen fastholder en aktiv samfundsborger og kommunale udgifter i form af for eksempel sygedagpenge mv. reduceres. Virksomheden fastholder medarbejderens viden og kompetencer. Erfaringer viser, at en tidlig målrettet indsats er altafgørende for arbejdsfastholdelse af svage grupper på arbejdspladsen. Arbejdsfastholdelsesprogrammet undersøger, hvad en sådan tidlig indsats skal indeholde. Programmet stiller følgende analysespørgsmål:

Hvilken form bør et arbejdsfastholdelsesprogram for borgere med kræftdiagnose have herunder hvornår er det rette tidspunkt for en indsats i forhold til arbejdsfastholdelse (indsatsens timing)?

Kan en ændret organisering af kommunens sygedagpengevejledning bidrage med en målrettet indsats, der fastholder borgeren på arbejdspladsen?

Hvordan skal en tidlig indsats tilrettelægges for at forebygge marginalisering fra arbejdspladsen?

Kan kommunens vejledning og information til virksomheder og borgere styrke deres kompetencer til fastholdelse af ansættelse i virksomheden?

5 Materiale

Der indhentes data fra følgende grupper:

Cirka 510 borgere som:

- er bosiddende i Ny Herning Kommune, Ny Randers Kommune, Skive Storkommune eller Viborg Storkommune
- har modtaget en kræftdiagnose på et tidspunkt, der gør det muligt at inkludere dem i projektet.
- befinder sig i den erhvervsaktive alder

Fagprofessionelle, som yder bidrag til kræftpatienters behandlings- og rehabiliteringsproces på de regionssygehuse, som kommunernes kræftramte borgere frekventerer.

Praktiserende læger i de fire kommuner.

Fagprofessionelle i de fire kommuner, som yder bidrag til kræftpatienternes behandlings- og rehabiliteringsproces.

Ansatte i Kræftens Bekæmpelse, som yder bidrag til kræftramte borgere i de fire kommuner.

¹ Projekt 'Fastholdelse i Fleksjob' JobCenter Marselisborg, 2006

Andre private aktører, som yder bidrag til kræftramte borgere i de fire kommuner – herunder private virksomheder og privat praktiserende terapeuter og psykologer.

6 Projektdesign og metode

I det følgende gennemgås projektdesign og metode for hvert af de tre indsatsområder, Hvert indsatsområde indeholder fire faser: 1) udviklingsfasen 2) afprøvningsfasen, 3) evalueringsfasen og 4) formidlings- og implementeringsfasen. For hvert af de tre indsatsområder er udviklingsfasen og afprøvningsfasen separat beskrevet. Evalueringsfasen og formidlings og implementeringsfasen er beskrevet i et fælles afsnit (for en skematisk oversigt, se venligst bilag 1: Projektaktiviteter og bilag 2: Model over faserne i de tre indsatsområder).

6.1 Projektdesign og metode - Indsatsområde I: Udvikling af en kommunal forebyggende rehabiliteringspakke

6.1.1 Udviklingsfasen, fire måneder: 01.01.07 – 01.05.07

Formålet med udviklingsfasen er at udvikle og kvalificere indholdet af en kommunal forebyggende rehabiliteringspakke. Følgende aktiviteter gennemføres og følgende metoder anvendes i hver af de fire kommuner:

- Spørgeskemaguide og fokusgruppeinterview med repræsentanter for de praktiserende læger, sygehus/kræftafdeling, Kræftens Bekæmpelse og Kommune med henblik på at indhente fagprofessionelles anbefalinger til den forebyggende rehabiliteringspakkes indhold, opgave- og arbejdsfordeling.
- Litteraturstudie med henblik på at fremkomme med anbefalinger til indhold af en forebyggende rehabiliteringsindsats.
- Analyse af nuværende tilbud samt eventuelt planlagte tilbud. Hvilke tilbud forefindes og hvilke tænkes etableret af relevans for kræftramte borgere?
- Spørgeskemaguide og fokusgruppeinterview med kræftramte borgere, der på interviewtidspunktet har haft en kræftdiagnose i mellem seks og 12 måneder.
- Spørgeskemaguide og fokusgruppeinterviews med en række relevante fagpersoner med henblik på at indhente mono- og tværfaglige anbefalinger fra en bred kreds af professioner og serviceområder, der bidrager til borgeren/kræftpatientens rehabiliteringsproces.

På baggrund af ovenstående udarbejdes 1. udgave af den forebyggende rehabiliteringspakke, som kvalificeres i et fokusgruppeinterview med fagprofessionelle og kræftramte borgere.

Endelig udgave af den forebyggende rehabiliteringspakke udarbejdes og klargøres til afprøvning.

6.1.2 Afprøvningsfasen, 12 måneder 01.05.07 – 01.05.08.

Formålet med afprøvningsfasen er at teste den kommunale forebyggende rehabiliteringspakke. Med henblik på at kvalificere og underbygge den efterfølgende evaluering, indsamles der i afprøvningsfasen en række data.

Henvisende instans:

Henvisende instans henviser borgeren/kræftpatienten konsekutivt i perioden 01.05.07 – 01.02.08 til den forebyggende rehabiliteringspakke og noterer antallet af borgere/kræftpatienter, der oplyses om/henvises. (Indikator for antal borgere, der har modtaget oplysning/henvisning til tilbud om forebyggende rehabiliteringspakke-samtale – sammenholdes med antal faktisk afholdte forebyggende rehabiliteringspakke-samtaler). Kommunen orienteres om henvisningen. Skriftlig samtykkeerklæring med frankeret svarkuvert vedr. deltagelse i undersøgelsen udleveres til borgeren.

På baggrund af henvisning indkalder kommunen borgeren til samtale om den forebyggende rehabiliteringspakke indenfor to uger. Er borgeren i en ansættelsesforhold arrangeres ved samme lejlighed et møde med sygedagpengevejleder med henblik på plan for jobfastholdelse.

Med det formål at belyse effekterne af den forebyggende rehabiliteringspakke-samtale gennemføres interviews med borgere, der har haft en forebyggende rehabiliteringspakke-samtale tre måneder efter at samtalen har fundet sted. Sidste samtale vil finde sted 01.02.08. Følgende effekter ønskes belyst:

- Har den forebyggende rehabiliteringspakke ført til en øget anvendelse af kommunale/andre tilbud til kræftpatienter?
- Er der kommunale tilbud/andre tilbud, som var særlig relevante?
- Har den forebyggende rehabiliteringspakke bidraget til at styrke borgerens evner og muligheder for at håndtere sin sygdom og livssituation?
- Har den forebyggende rehabiliteringspakke bidraget til en tidlig indsats?

6.2 Projektdesign og metode – Indsatsområde II: Kommunal forankret forløbskoordinatorfunktion

6.2.1 Udviklingsfasen, 4 måneder 01.01.07 – 01.05.07

Formålet med udviklingsfasen er at udvikle og kvalificere indholdet af en kommunal forankret forløbskoordinatorfunktion. Følgende aktiviteter gennemføres og følgende metoder anvendes i hver af de fire kommuner:

Udvikling af forløbskoordinatorfunktionen foretages og koordineres samtidig med udvikling af den kommunale forebyggende rehabiliteringspakke (se afsnit 6.1), således at fokusgruppeinterviews i praksis både vil omfatte spørgsmål, svar, anbefalinger vedrørende udvikling af den kommunale forebyggende rehabiliteringspakke og spørgsmål, svar, anbefalinger vedrørende udvikling af forløbskoordinatorfunktionen.

- Spørgeskemaguide og fokusgruppeinterview med repræsentanter for de praktiserende læger, sygehus/kræftafdeling, Kræftens Bekæmpelse og Kommune med henblik på at indhente fagprofessionelles anbefalinger til funktionens indhold, opgave- og arbejdsfordeling.
- Litteraturstudie med henblik på at fremkomme med anbefalinger til indhold af funktionen.
- Analyse af nuværende tilbud og andre tilbud samt eventuelt planlagte. Hvilke tilbud forefindes og hvilke tænkes etableret af relevans for kræftramte borgere?
- Spørgeskemaguide og fokusgruppeinterview med kræftramte borgere, der på interviewtidspunktet har haft en kræftdiagnose i mellem seks og 12 måneder.
- Spørgeskemaguide og fokusgruppeinterviews med en række relevante fagpersoner med henblik på at indhente mono- og tværfaglige anbefalinger fra en bred kreds af professioner og serviceområder, der bidrager til borgeren/kræftpatientens rehabiliteringsproces.

På baggrund af ovenstående udarbejdes 1. udgave af forløbskoordinatorfunktionen, som kvalificeres i et fokusgruppeinterview med fagprofessionelle og kræftramte borgere.

Endelig udgave af forløbskoordinatorfunktionen udarbejdes og klargøres til afprøvning.

6.2.2 Afprøvningsfasen, 12 måneder 01.05.07 – 01.05.08

I afprøvningsfasen testes forløbskoordinatorfunktionen. Ved fasens begyndelse er der i hver af de fire kommuner:

- fastlagt hvor i den kommunale organisation koordinatorfunktionen forankres
- udpeget hvem der varetager koordinatorfunktionen
- identificeret og inkluderet 10 borgere/kræftpatienter, der vurderes at have et længerevarende og komplekst rehabiliteringsforløb foran sig.

Forløbskoordinator fører logbog for hver patient igennem hele forløbet - i alt 4 x 10 logbøger.

I afprøvningsfasens tolvte måned gennemføres:

- individuelle interviews med forløbskoordinatorerne i de fire kommuner
- 4 x 10 individuelle interviews/eventuelt fokusgruppeinterviews med de 10 borgere/kræftpatienter i hver kommune, der har haft tilknyttet koordinatorfunktion.

6.3 Projektdesign og metode – Indsatsområde III: Et arbejdsfastholdelsesprogram

En arbejdsfastholdelse gennem rehabiliteringsforløbet er afhængig af mindst tre parter: medarbejderen, virksomheden og kommunen. Derfor forholder arbejdsfastholdelsesprogrammet sig til relationerne mellem disse tre parter. Arbejdsfastholdelsesprogrammet skal udvikles, afprøves og evalueres i samarbejde med kommunale medarbejdere og virksomheder med henblik på at skabe de optimale vilkår for borgerens fastholdelse på arbejdspladsen. 70 procent af projektets målgruppe

forventes at være i arbejde¹¹, dermed er målgruppen for arbejdsfastholdelsesprogrammet cirka 330 borgere.

6.3.1 Udviklingsfasen, fire måneder 01.01.07 – 01.05.07

I udviklingsfasen udvikles og tilpasses arbejdsfastholdelsesprogrammet til de enkelte kommuners praksis, og udviklingen sker med fokus på de udfordringer, den nye strukturreform medfører. Udviklingen indeholder følgende aktiviteter:

- Sammensætning af arbejdsfastholdelsesprogram til sygedagpengemedarbejdere i kommunen og forberedelse til reorganisering af kommunens indsats
- Sygedagpengevejledernes målrettede indsats overfor borgere med en kræftdiagnose faciliteres gennem en kompetenceudvikling hos 3- 4 sygedagpengevejledere i hver kommune. Introduktionen skal matche de udfordringer, som er belyst i (den forebyggende rehabiliteringspakke). Introduktionen forløber over 2 dage og gennemføres på tværs af de 4 kommuner, der deltager i projektet. Hvert halve år foregår der coaching og erfaringsopsamling og – udveksling mellem de kommunale medarbejdere. Kompetenceudviklingen danner endvidere rammen om erfaringsudveksling mellem de kommunale sygedagpengevejledere, og kan for eksempel indeholde:
 - Borgere med kræft: særlige behov og muligheder i forhold til arbejdspladsen
 - Kontakten til virksomhederne, hvordan inddrages virksomheden aktivt i at fastholde medarbejdere med kræft? Vejledning for virksomheder i at strukturere kontakten til medarbejderen ud fra Kræftens Bekæmpelses anbefalinger¹²
 - Sammenhængende opfølgingsforløb herunder for-samtale med borgeren. Dette skal styrke borgerens egne handlemuligheder.
 - Samarbejde med relevante partnere herunder den praktiserende læge.
 - Målretning af den eksisterende praksis overfor sygemeldte borgere til borgere med kræftdiagnose

6.3.2 Afprøvningsfasen, 12 måneder 01.05.07 – 01.05.08

Fastholdelsesprogrammet består af afprøvning af om udvikling og videreudvikling af kompetencer hos borger, virksomhed og kommune til at håndtere arbejdsfastholdelsen gennem kræftforløbet bidrager til øget arbejdsfastholdelse. Arbejdsfastholdelsesprogrammet er et målrettet forløb for kræftpatienter, der med deres ofte langvarige sygdomsforløb, har særlige behov i forhold til arbejdsfastholdelse. Programmet skal sikre sammenhæng i forløbet fra sygemelding til tilbagevenden/ fastholdelse på arbejdsmarkedet. Programmet er centreret om en tidlig og tæt opfølgning af den kræftframte medarbejders forløb og beskæftigelsessituation. Denne tidlige og tætte indsats forebygger udstødelse af arbejdsmarkedet gennem en række tiltag (se bilag 2).

¹¹ Danmarks Statistik, www.dst.dk

¹² Ølgod, Jutta (2002) Når en medarbejder får kræft, Kræftens Bekæmpelse

En tidlig målrettet indsats kræver en ændret organisering af sygedagpengevejledernes arbejde sådan, at få særligt kompetente medarbejdere i kommunen varetager samtlige borgere med en kræftdiagnose.

Den tidlige opfølgning formaliseres i en for-samtale med en særligt kompetent sygedagpengevejleder i forlængelse af præsentation af den forebyggende rehabiliteringspakke og ikke først efter en 6-8 ugers sygedagpengeperiode, som det oftest er tilfældet i dag.

Møde mellem virksomhed, borger og sygedagpengevejleder allerede 4-6 uger efter diagnose for at imødekomme en sygemeldingsform, der passer til den enkelte medarbejder.

Målretning af den lovpligtige opfølgning af borgere med kritisk sygdom hver 4. uge. Her formidles løbende en målrettet viden til borgeren om muligheder for kræftpatienter på arbejdspladsen og fastholdelse af medarbejder, herunder medarbejderens deltagelse i enkelte møder på virksomheden, løbende information om virksomhedens opgaver, deltidssygemelding, ansættelse på særlige vilkår ved senskader mv.

Der foretages en løbende og afsluttende evaluering af arbejdsfastholdelsesprogrammet. Det sker med henblik på at få så bred en vidensindsamling og analyse af projektets udbytte og relevans af borgere, virksomheder og kommunale medarbejdere. Der foretages endvidere en måling kvantitativt af, hvilken effekt arbejdsfastholdelsesprogrammet har på fastholdelsesgraden af kræftramte medarbejdere.

Evalueringsdesign:

Arbejdsfastholdelsesprogrammets relevans og udbytte for de involverede parter gennem projektførelset. Gennem kvalitative analyser belyses spørgsmål som:

- Har arbejdsfastholdelsesprogrammet givet borgere, virksomheder og kommune en oplevelse af flere kompetencer til at fastholdelse?
- Har en tidlig indsats haft betydning for borgerens og virksomhedens styrkelse af håndteringen af arbejdsfastholdelsen i projektperioden?

Disse spørgsmål kvantificeres gennem en totalanalyse via spørgeskemaer. Herudover måles arbejdsprogrammets effekt på medarbejdernes fastholdelsesgrader gennem en før og efter måling. Evalueringen indeholder fire analyseplatforme:

- a) Sygedagpengevejledere
- b) Virksomheder
- c) Medarbejder
- d) Før- og eftermåling

a) Sygedagpengevejlederne

Sygedagpengevejledere vurdering af deres udbytte af arbejdsfastholdelsesprogrammets og dets relevans. Dette sker i fokusgruppeinterview gennem forløbet. Herudover foretages ved projektets afslutning individuelle interview med sygedagpengevejlederne for at opsamle erfaringer, vurderinger af relevans og udbytte med programmet. Spørgsmålene kunne f.eks. være:

- Har en ændret organisering af sygedagpengevejlederes arbejdsopgaver, så enkelte medarbejdere med særlige kompetencer, arbejder med borgere, der har fået en kræftdiagnose givet en bedre indsats?
- Oplever sygedagpengevejlederne, at de er blevet mere kompetente til at servicere kræfttramte borgere, og har fået flere redskaber til at takle arbejdsfastholdelse af borgere med en kræftdiagnose?
- Herudover vil eventuelle ideer og ændringsforslag indsamles.

b) Virksomhederne

Virksomhedernes vurdering af eget udbytte og relevans af arbejdsfastholdelsesprogrammet måles gennem afholdelse af individuelle telefoniske interview med 8 udvalgte virksomheder, der har deltaget i arbejdsfastholdelsesprogrammet i hver af de 4 kommuner. Formålet med disse interview er, at få virksomhederne til at vurdere udbytte og relevansen af arbejdsfastholdelsesprogrammet. Herudover ønskes viden om, hvilke faktorer virksomhederne selv mener, har været afgørende for at fastholdelsen er lykkedes/ikke lykkedes. På baggrund af disse interview udvikles en totalanalyse i form af et spørgeskema. Antallet af borgere forventes at være maksimalt 330. Analysen vil indeholde en række underdimensioner bl.a. i form af:

- Samarbejdet med sygedagpengevejleder
- Virksomhedens villighed til at fastholde medarbejderen
- Vurdering af informationsmateriale
- Herudover vil eventuelle ideer, ændringsforslag o. lign opsamles.

c) Borgere

Borgernes vurdering af eget udbytte og relevans af arbejdsfastholdelsesprogrammet måles gennem afholdelse af et fokusgruppeinterview med 12 borgere, der har deltaget i arbejdsfastholdelsesprogrammet i hver af de 4 kommuner. Formålet med disse interview er, at få borgerne til at vurdere udbytte og relevansen af arbejdsfastholdelsesprogrammet. Herudover ønskes viden om, hvilke faktorer borgerne selv mener, har været afgørende for at fastholdelsen er lykkedes/ikke lykkedes. På baggrund af disse interview udvikles en totalanalyse i form af et spørgeskema. Antallet af borgere forventes at være maksimalt 330. Analysen vil indeholde en række underdimensioner bl.a. i form af:

- Samarbejdet med sygedagpengevejleder og virksomhed
- Viden om muligheder for fastholdelse
- Vurdering af informationsmateriale
- Herudover vil eventuelle ideer, ændringsforslag o. lign opsamles.

d) Før og efter måling

Evalueringen på borgerniveauet forholder sig ligeledes til spørgsmålet om arbejdsfastholdelsesprogrammet succes og det overordnede spørgsmål: Har programmet den ønskede effekt på arbejdsfastholdelsesgraden for kræftpatienter? Dette spørgsmål besvares gennem en kvantitativ analyse af projektets udbytte i form af større fastholdelsesgrader på arbejdspladserne

for kræftpatienter. Effekten måles gennem en sammenligning mellem kommunens arbejdsfastholdelsesgrader før og efter arbejdsfastholdelsesfastholdelsesprogrammet.

Før – måling: Som udgangspunkt for evalueringen måles fastholdelsesprocenten blandt kræftpatienter i kommunen før projektet er gået i gang. Til dette anvendes en kontrolgruppe af borgere, der har fået kræftdiagnose før projektet er iværksat. Kommunen leverer data om antallet af afskedigelser og fastholdelse for medarbejdere, der fik konstateret kræft 2005 svarende til det antal, som tilbydes arbejdsfastholdelsesprogrammet i 2007. Dette antal forventes at være maksimalt 330. Udover data om fastholdelse og afskedigelse beskrives kontrolgruppens profil i forhold til statistiske oplysninger som køn, alder, mv. og specifikke oplysninger omkring cancertype, sygedage, virksomhedens tiltag. Dette sker for at kunne udføre en nøjagtig sammenligning med arbejdsfastholdelsesprogrammets målgruppe. Viden om kontrolgruppen sammenholdes endvidere med eksisterende viden blandt andet fra Kræftens Bekæmpelse om fastholdelse af medarbejdere med kræftdiagnose.

Efter – måling: De samme forhold måles på målgruppen, som er de borgere, der har fået kræft og er erhvervsaktive i projektperiodens inklusionsperiode, som er 9 mdr. i 2007. Dette antal forventes at være maksimalt 330. Dette sker gennem sygedagpengemedarbejderens udfyldelse af spørgeskemaer omkring medarbejderens beskæftigelsessituation 3/6 mdr. efter forsamtale. Ved at sammenligne de to grupper kan projektets fastholdelsesgrad fastsættes og effekten kan måles. Denne måling kan sammenlignes mellem projektets forskellige kommuner og give fyldig viden om fastholdelsesprogrammet har resulteret i en øget fastholdelse. Dette vil kunne foretages på tværs af kommuner og sammenlignes med de forskellige kommuners tilbud generelt.

Afreporteringen foregår dels gennem delrapporter til hver af de deltagende kommuner og dels samlet som en hovedrapport over hele fastholdelsesprogrammet på tværs af kommunerne. Delrapporterne indeholder viden og analyser af arbejdsfastholdelsesprogrammets effekt i forhold til fastholdelsesgraden af borgere med en kræftdiagnose og en fyldig viden om de forskellige parters vurdering af udbytte og tilfredshed med programmet. Disse delrapporter indeholder desuden anbefalinger for implementering og formidling af programmets tiltag. Afreporteringen foregår gennem en samlet rapport. Denne rapport indeholder viden og analyser af arbejdsfastholdelsesprogrammet på tværs af kommunerne.

6.4 Evalueringsfasen, 4 måneder 01.05.08 – 01.09.08

De indsamlede data opgøres og evalueres, og der udarbejdes en foreløbig rapport for hver kommune.

På grundlag af hver kommunes rapport udarbejdes en fælles evaluering

6.5 Formidlings- og implementeringsfasen, 4 måneder 01.09.08 – 01.01.09

Der udarbejdes for hver kommune en formidlings- og implementeringsstrategi på baggrund af det samlede evidensgrundlag samt egne og øvrige deltagende kommuners erfaringer.

Der udarbejdes en slutrapport, og der afholdes en national konference.

7 Godkendelse og etik

Forud for projektets gennemførelse anmeldes det til og godkendes af Datatilsynet. Datatilsynets retningslinier følges. Fra alle deltagere sikres samtykkeerklæring. I forbindelse med afrapportering vil der være tale om fuld anonymitet for alle deltagere.

8 Projektorganisering

Projektet organiseres således:

Overordnet varetages projektledelsen af en projektgruppe med 1 projektleder, 3 projektmedarbejdere og 1 ansvarlig repræsentant fra hver af de 4 kommuner.

Projektleder og projektmedarbejdere forestår ledelse, udvikling af dataværktøjer, indsamling af data, analyse af data, litteraturstudier, evaluering og rapportskrivning samt koordinering.

For hver kommune nedsættes en ressourcegruppe med deltagelse af højt kvalificerede fagpersoner fra de involverede indsatsområder: social, sundhed og arbejdsmarked samt repræsentant fra borgerside og fra Kræftens Bekæmpelse samt projektleder. Der udpeges en tovholder for hver kommune. Tovholder er leder af ressourcegruppemøderne.

Der sikres en løbende koordinering og et konstant informationsflow mellem projektets parter.

9 Økonomi

Budget	2007	2008
1/1 Projektledelse	790.000	790.000
1/3 Projektmedarbejder - Indsatsområde I	263.000	263.000
1/3 Projektmedarbejder - Indsatsområde II	263.000	263.000
1/2 Projektmedarbejder - Indsatsområde III	395.000	395.000
Stundermedhjælp	200.000	200.000
Frikøb af offentligt ansatte projektdeltagere (4 kommuner @ kr. 500.000 pr. år)	2.000.000	2.000.000
Frikøb af praktiserende læger	100.000	100.000
Formidling	40.000	350.000
Materialer	150.000	50.000
Transport og kørsel	50.000	50.000
Samlet omkostning pr. år	4.251.000	4.461.000

Projektets samlede omkostning udgør kr. 8.712.000.

Beløbet svarer til cirka kr. 17.100 pr. deltagende patient/borger i projektet (510 personer).

Prisen er momsfri på de af ydelserne, der er momsfrie iht. lovgivningen. Øvrige ydelser pålægges moms.

10 Bilagsfortegnelse

Bilag 1, Projektets aktiviteter

Bilag 2, Model over faserne i de tre indsatsområder

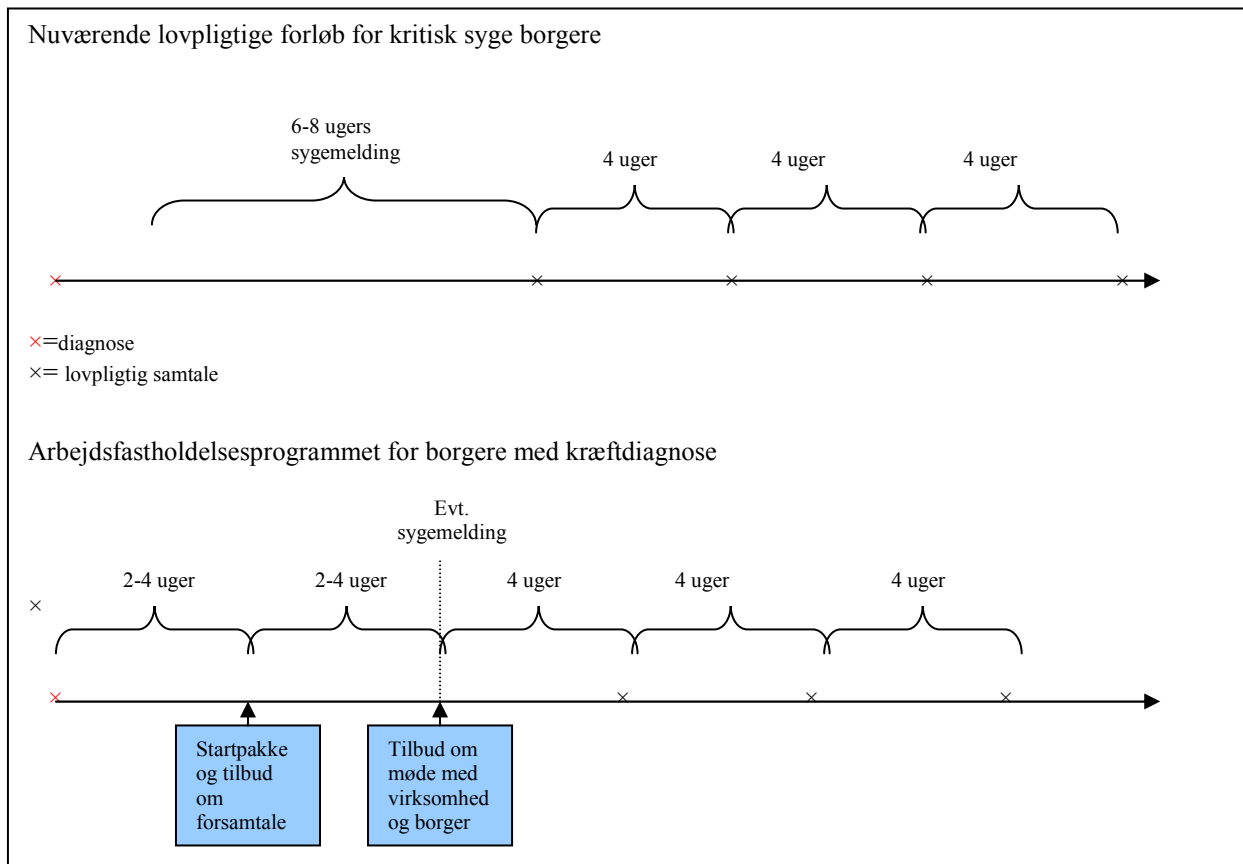
Bilag 3, Model over arbejdspladsfastholdelsesprogram

Bilag 4, Samarbejdsaftale

Bilag 1 - Projektets aktiviteter

	Ny Herning Kommune	Ny Randers Kommune	Viborg Storkommune	Skive Storkommune
Udvikling	X	X	X	X
Afprøvning	X	X	X	X
1. evaluering	X	X	X	X
2. evaluering	FÆLLES			
Implementering og formidling	X	X	X	X
Erfarings udveksling	FÆLLES			

Bilag 3 - Model over arbejdspladsfastholdelsesprogram



Bilag 4 – Samarbejdsaftale

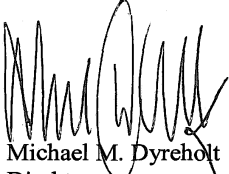


Samarbejdsaftale

Der er indgået aftale mellem MarselisborgCentret og JobCenter Marselisborg vedr. udførelse af projekt: *"Forebyggende rehabiliteringspakke, forløbskoordinatorfunktion og arbejdsfastholdelse. Et projekt- og udviklings samarbejde mellem fire kommuner på tre indsatsområder med henblik på at udvikle, afprøve, evaluere og implementere en målrettet og ressourceoptimal indsats over for kræftramte borgere"* med særligt henblik på delelement "arbejdsfastholdelse" i perioden 010107 til 010109 - under forudsætning af at de ansøgte midler bevilges.

Med hensyn til opgavens indhold henvises til projektansøgning, fremsendt til Indenrigs- og Sundhedsministeriet 310806.

Århus d. 31. august, 2006.


Michael M. Dyreholt
Direktør
JobCenter Marselisborg


Betty Nørgaard Nielsen
Direktør
MarselisborgCentret