

## Bilag 1 – Kursisternes Profil<sup>1</sup>

Af de 679 kursister der har været på Dallund har:

- Gennemsnitsalderen været 55 år.
  - Den yngste var 20 år og den ældste 85 år.
  - Kønsfordelingen var 14 % mænd og 86 % kvinder
  - Kursisterne har i gennemsnit været færdigbehandlede – det vil sige afsluttet på hospital / ambulatorium – ca. 6-7 måneder inden ophold på Dallund.
  - Vi har i alt haft 90 pårørende på besøg spredt fra hele landet.
- Beskæftigelsesstatus på henvisningstidspunktet:

Status	Antal	Procent
Sygemeldt	218	32,11%
Pension	171	25,18%
Delvis i arbejde	96	14,14%
I arbejde	89	13,11%
Efterløn	50	7,36%
Andet	30	4,42%
Arbejdsløs	6	0,88%
Ikke oplyst	19	2,80%
	679	100,00%

- Civilstatus på henvisningstidspunktet:

Civilstatus	Antal	Procent
Gift	358	52,72%
Enlig	214	31,52%
Samboende	50	7,36%
Skilt	4	0,59%
Enke	3	0,44%
Separeret	2	0,29%
Ikke oplyst	48	7,07%
	679	100,00%

---

<sup>1</sup> Dallund database

## Bilag 2 - Interessante udpluk af data fra evalueringsskema Dallund 2002.

### Hvilket udbytte har du haft af undervisningsoplæggene?

#### Fastansat personale på Dallund

Gruppepræsentation, Kursusleder

Krop & motion, Fysioterapeut

Hvad er kræft? Læge

Kræft & psykologi, Psykolog eller læge

Kræft, seksualitet & parforhold, Sexolog

Senfølger & alternativ behandling, Sygeplejersker oa.

Kost & kræft (Energi & proteinrig kost), Diætist

Kost & kræft (Sunde vaner & forebyggelse), Diætist

Workshop: Sene bivirkninger, Sygeplejerske

Workshop: Handleplan, Kursusledere

Fremlægning af handleplaner, Kursusledere

På vej hjem, Kursusledere

	Virkelig godt	Godt	Tilfredsstillende	Mindre godt	Blank	I alt svaret (note)
Gruppepræsentation, Kursusleder	37 %	48 %	11 %	2 %	1 %	697
Krop & motion, Fysioterapeut	62 %	31 %	4 %	0 %	3 %	680
Hvad er kræft? Læge	56 %	29 %	10 %	3 %	2 %	680
Kræft & psykologi, Psykolog eller læge	42 %	35 %	13 %	7 %	3 %	609
Kræft, seksualitet & parforhold, Sexolog	50 %	30 %	10 %	2 %	8 %	290
Senfølger & alternativ behandling, Sygeplejersker oa.	30 %	39 %	14 %	10 %	7 %	314
Kost & kræft (Energi & proteinrig kost), Diætist	26 %	24 %	3 %	1 %	46 %	153
Kost & kræft (Sunde vaner & forebyggelse), Diætist	62 %	24 %	6 %	1 %	8 %	699
Workshop: Sene bivirkninger, Sygeplejerske	38 %	22 %	6 %	1 %	34 %	269
Workshop: Handleplan, Kursusledere	40 %	37 %	7 %	2 %	13 %	624
Fremlægning af handleplaner, Kursusledere	45 %	33 %	7 %	0 %	15 %	168
På vej hjem, Kursusledere	42 %	27 %	2 %	0 %	30 %	194

### Hvordan var dit fysiske udbytte af programmet?

Daglig motion

Massage

	Virkelig godt	Godt	Tilfredsstillende	Mindre godt	Ikke deltaget	Blank
Daglig motion	60 %	27 %	6 %	1 %	3 %	3 %
Massage	61 %	18 %	6 %	1 %	6 %	7 %

### Hvad har dit udbytte været af samtalerne med fagpersonerne?

Samtale ved ankomst

Læge

Psykolog

Socialrådgiver

Fysioterapeut

Sygeplejerske

Diætist

Sexolog

	Virkelig godt	Godt	Tilfredsstillende	Mindre godt	Ikke deltaget	Blank
Samtale ved ankomst	36 %	44 %	11 %	2 %	2 %	5 %
Læge	34 %	11 %	2 %	1 %	25 %	27 %
Psykolog	18 %	16 %	7 %	1 %	19 %	39 %
Socialrådgiver	21 %	13 %	5 %	0 %	26 %	35 %
Fysioterapeut	33 %	10 %	2 %	0 %	25 %	31 %
Sygeplejerske	24 %	13 %	2 %	1 %	25 %	35 %
Diætist	20 %	11 %	2 %	1 %	29 %	36 %
Sexolog	25 %	11 %	1 %	0 %	48 %	15 %

### Hvad synes du om det udleverede materiale?

	Virkelig godt	Godt	Tilfredsstillende	Mindre godt	Blank	
Hvad synes du om det udleverede materiale?	30 %	55 %	12 %	0 %	3 %	695

**I hvilken grad føler du dig hjulpet af den udleverede handleplan?**

Virkelig godt	Godt	Tilfredsstillende	Mindre godt	Ikke deltaget	Blank
22%	46%	12%	1%	5%	14%

**Hvad synes du om de kreative aktiviteter?**

Morgensang  
 Dallund Walking Rally, Kursusleder  
 Rundvisning  
 Skønhedspleje, Unicos  
 Skønhedspleje, Clinique  
 Amoena, fremvisning & modeshow  
 Festaften  
 Filmaften  
 Musik, Musikere fra Konservatoriet  
 Underholdning, Erik Knudsen  
 Underholdning, Jakob Bahr  
 Underholdning, Ole Helmig  
 Underholdning, Vagn Margaard  
 Visualisering

Virkelig godt	Godt	Tilfredsstillende	Mindre godt	Ikke deltaget	Blank
47%	38%	9%	1%	1%	4%
45%	37%	10%	3%	2%	3%
46%	34%	10%	3%	2%	4%
12%	31%	19%	7%	9%	21%
23%	19%	4%	8%	12%	35%
14%	33%	11%	11%	8%	22%
47%	24%	1%	1%	4%	23%
29%	47%	11%	0%	5%	8%
60%	15%	2%	1%	6%	16%
43%	21%	15%	7%	1%	12%
49%	13%	7%	0%	1%	29%
62%	5%	5%	8%	3%	16%
40%	46%	6%	0%	0%	9%
56%	17%	0%	11%	6%	11%

**Hvordan er du tilfreds med balancen mellem de forskellige dele af programmet?**

Oplæg  
 Individuelle samtaler  
 med læge, psykolog, socialrådgiver, sygeplejerske og fysioterapeut  
 Daglig motion  
 Massage  
 Tid til træningsredskaber, cykling, roning mm.  
 Pauser & tid til samvær

For lidt	Tilpas	For meget	Blank
5%	67%	4%	25%
16%	67%	3%	14%
24%	67%	2%	7%
46%	40%	1%	13%
21%	45%	2%	32%
19%	71%	3%	6%

**Hvordan har du oplevet samværet med de øvrige deltagere?**

Virkelig godt	Godt	Tilfredsstillende	Mindre godt	Blank	
70%	25%	3%	1%	1%	696

**Hvordan er du alt i alt tilfreds med opholdet?**

Virkelig godt	Godt	Tilfredsstillende	Mindre godt	Blank	
82%	14%	3%	0%	2%	696

**MILJØET**

Hvad synes du om Dallund Slot? (opholdsrum, spisestue og andre rum)

Virkelig godt	Godt	Tilfredsstillende	Mindre godt	Blank	
89%	10%	0%	0%	0%	695

Hvad synes du om dit værelse? (indretning, møblering mm.)

Virkelig godt	Godt	Tilfredsstillende	Mindre godt	Blank	
67%	26%	5%	1%	1%	695

Hvad synes du om omgivelserne? (haven, søen, skoven, terrasse)

Virkelig godt	Godt	Tilfredsstillende	Mindre godt	Blank	
95%	4%	0%	0%	1%	695

**MÅLTIDERNE**

Hvad synes du om måltiderne? (service, tidspunkt, stemning)

Virkelig godt	Godt	Tilfredsstillende	Mindre godt	Blank	
80%	17%	1%	0%	1%	695

Hvad synes du om maden? (kvaliteten, variationen, udseende og mængde)

Virkelig godt	Godt	Tilfredsstillende	Mindre godt	Blank	
74%	21%	3%	1%	1%	695

**PERSONALESERVICE**

Har du været tilfreds med personalets service i dagtimerne?

Virkelig godt	Godt	Tilfredsstillende	Mindre godt	Blank	
85%	13%	1%	0%	1%	695

*Har du været tilfreds med personalets service i aften- & nattimerne?*

Virkelig godt	Godt	Tilfredsstillende	Mindre godt	Blank	
85%	12%	1%	0%	2%	695

*Har du følt dig tryk om aftenen & natten?*

Virkelig godt	Godt	Tilfredsstillende	Mindre godt	Blank	
83%	15%	1%	0%	1%	680

- Ad note: antal svarende afhænger hvor mange som har hørt / deltaget i aktiviteten. Nogle aktiviteter har kun været på i en hvilket giver få antal evalueringer.
- GUL farve i skema illustrerer værdi over 50 %.
- TURKIS farve i skema illustrerer værdi over 75 %.

## **Bilag 3 – Foreløbige Fund fra pilotstudie – Kvalitative forskningsdel<sup>2</sup> / forløbsundersøgelse v/antropolog Tine Tjørnhøj-Thomsen**

Nedenfor skal jeg redegøre for nogle af de foreløbige fund - altså de analytiske temaer, som træder i forgrunden ved en præliminær bearbejdning af det empiriske materiale. Jeg skal understrege, at der her er tale om et begrænset udvalg af foreløbige resultater. At pladshensyn skal jeg for eksempel ikke her redegøre detaljeret for den psykosociale interventions forløb og indhold. Den første sektion vedrører baggrunden for og karakteren af rehabiliteringsbehovene og i den efterfølgende sektion beskrives nogle elementer i og effekter af rehabiliteringsindsatsen på Dallund, som kursisterne har oplevet det.

### **Behandlingsforløbet og efter**

Som nævnt ovenfor er et af formålene med den kvalitative undersøgelse at identificere og beskrive rehabiliteringsbehovene og rehabiliteringsprocessen, som de opleves og beskrives af kursisterne. Rehabiliteringsbehovene opstår i diagnosticerings- og behandlingsforløbet. De er meget forskelligartede og er relateret til udredningen, behandlingens konkrete påvirkning af kroppen, samt de psykosociale aspekter, altså sygdommens og behandlingens betydning for selvopfattelse, hverdagsliv, livsperspektiv og sociale relationer. Relationer til og kommunikation med læger, sygeplejersker og andre behandlere undervejs i behandlingsforløbet spiller en væsentlig rolle i den forbindelse. Kursisternes beskrivelser af mødet og kommunikationen med behandlere er meget forskellige, men har uden tvivl betydning for udviklingen af den enkeltes rehabiliteringsbehov. Mange omtaler situationer, hvor hospitalspersonalet har været "utroligt søde" og "omsorgsfulde". En kontinuerlig kontakt til samme læge har tillige en afgørende betydning for en positiv oplevelse af behandlingsforløbet. Men mange har også i større eller mindre omfang været i situationer, hvor de føler, de ikke er blevet "lyttet til", "respekteret", "set i øjnene" eller har fået ordentlig information. De har følt sig som på "samlebånd" eller som "forsøgsdyr". Sådanne oplevelser anfægter den enkeltes menneskelige værdighed og giver nogle mén. Det er for eksempel i lyset af disse oplevelser, at rehabiliteringsindsatsen på Dallund bliver vurderet. Personalets omsorg lydhørhed og respekt er nogle af de kvaliteter, der nævnes igen og igen i forbindelse med opholdet på Dallund

Flere af kursisterne hæfter sig tillige ved, at de ikke føler, de er blevet forberedt på senfølgerne karakter, omfang og vedholdenhed.

"Selve den psykiske kamp starter jo først, når det hele er slut. Fordi så er man sin egen, ikke..". Dette lille udsagn peger på et mere generelt tema, der omhandler det tomrum og den ensomhed, som de fleste kursister (og deres pårørende) føler, når efterbehandlingen er tilendebragt. Alle er lettede, fordi behandlingen er afsluttet, og den kræftframte har overlevet sygdommen, men hverdagen efter endt behandling præges af den forandrede krop, af træthed, smerter, angst, usikkerhed og psykosociale og psykologiske problemstillinger. Mange har et stærkt behov for psykologisk støtte og føler sig tillige frustreret over ikke at kunne mærke nogen fysisk bedring eller heling. De er erklæret raske, men føler sig stadig syge.

Mens behandlingen i form af kemoterapi og strålebehandling pågår, "sker der noget", og der er en jævnlig kontakt til behandlerne: "Selv om de var elendige til at behandle, så blev der da gjort noget," som en kursist tilkendegav. En af de pårørende udtrykte det samme ved at sige:

---

<sup>2</sup> Statusrapport. Den kvalitative forskningsdel på Dallund v. Antropolog Tine Tjørnhøj-Thomsen

”Behandlingen - det er én ting, det er praktik, men hvordan etablerer man en hverdag?”  
Spørgsmålet om at etablere en hverdag er helt centralt for rehabiliteringsprocessen og rejser nogle væsentlige spørgsmål til karakteren af den psykosociale intervention.

### **Ændringer i tids- og livsperspektiv**

For langt de fleste indebærer en kræftdiagnose chok, kaos og kontroltab, og den bringer dem i situation, hvor de må revidere deres nuværende og fremtidige liv, deres relationer til omgivelserne og dermed også deres selvopfattelse. Mange fortæller, at de har fået et andet tidsperspektiv. De koncentrerer sig om at få noget godt ud af tiden og lægger småproblemer til side: "Hver dag skal rumme noget godt", som det for eksempel udtrykkes. I fortællingerne om at møde og håndtere kræften og behandlingen er beskrivelser af den person, man *var* (ofte udtrykt som alt det, man gjorde og kunne klare, og tidligere overkom i forhold til familie, venner og arbejdskolleger) et tilbagevendende tema. De fleste informanter i denne pilotundersøgelse er kvinder, der på forskellig vis har været hovedaktører i at pleje familie-, venskabs- og omsorgsrelationer. Mange af disse har svært ved både at acceptere og håndtere, at de ikke længere orker eller formår at være den, de gerne ville være i forhold til andre. Der er derfor også en kønsdimension i denne problemstilling, der skal undersøges nærmere - ikke mindst for at nuancere og kvalificere rehabiliteringsindsatsen.

### **Krop, selvfølelse og social forbundethed**

”Når jeg går forbi et spejl, så ser jeg mig ikke – altså jeg ser mig selvfølgelig – men ikke sådan”, fortæller en kvinde, der har fået fjernet det ene bryst.

Pilotundersøgelsen viser, at for både at forstå og begrebsliggøre, hvad vellykket rehabilitering rummer, er det nødvendigt at beskrive og analysere ikke kun karakteren af de forskellige kropslige forandringer, men også det komplekse samspil mellem kropslige forandringer, selvopfattelse, sociale relationer og hverdagsliv. Det fremgår tydeligt, at kroppens forandringer har implikationer for og er nært forbundet med relationer til andre mennesker og selvopfattelse. En nuanceret forståelse af rehabiliteringsbehov og -indsats fordrer imidlertid en opmærksomhed på, at kroppen ændrer sig på *forskellige* måder: Den ændrer sig i forhold til *udseende og fremtoning* (fjernelse af bryst, ar, proteser, hårtab, vægtøgning eller vægttab), hvilket også har implikationer for forholdet til og samvær med ægtefælle, børn og andre i omgangskredsen. Den ændrer sig i forhold til *fysisk formåen* (for eksempel hvad den enkelte orker arbejdsmæssigt, træthed), og den ændrer sig i forhold til *sansning og hukommelse* (flere kursister fortæller om ændret smagssans og hukommelsesproblemer). Kræftdiagnosen introducerer tillige en uvant, næsten kronisk kropsopmærksomhed. En opmærksomhed, der er en konsekvens af ar og proteser og andre kroniske kropsforandringer (mange af de interviewede kursister, fortæller, at de, når de er sammen med andre, hele tiden tænker på, hvordan de sidder, hvad de har på osv.) men også i høj grad handler også om, at kroppens mange signaler uvægerligt fortolkes i forhold til og eksponerer en for mange latent angst for tilbagefald. Flere af de, der oplevede hukommelsesproblemer efter kemoterapi, var for eksempel bange for, om kræften havde spredt til hjernen.

Rehabilitering bliver derved ikke kun et spørgsmål om at håndtere den forandrede krop og de sociale implikationer af denne forandring, men også at genvinde en kropslighed, der ikke associerer til sygdom.

### **Sociale relationer, familie og venner**

Pilotundersøgelsen viser, at kræften og behandlingen for den både påvirker og påvirkes af den enkeltes sociale netværk, som rummer den nære familie, venner og kolleger. Nogle oplever at blive isoleret socialt (går ikke ud, kontakter ikke eller bliver ikke kontaktet af venner og oplever dermed stor ensomhed), mens andre oplever en udvidelse og nyorientering i deres sociale netværk.

Der er behov for en yderligere udforskning af, hvad sociale relationer og disse relationers specifikke beskaffenhed betyder for reetablering af hverdagslivet og rehabiliteringsprocessen. Nogle relationer bæres for eksempel oppe af udvekslinger af specifikke praktiske gøremål, andre handler primært om at "tale sammen". Når kursisterne for eksempel beskriver den støtte eller mangel på samme specifikke familiemedlemmer og venner har ydet dem i forbindelse med kræftsygdommen, er der altså tale om meget forskellige former for støtte. Kræftsygdommen og behandlingen skal håndteres i forhold til forskelligartede sociale relationer. Nogle udtrykker behov for hjælp til at håndtere, hvad og hvordan de skal fortælle deres børn og ægtefælle om sygdommen og behandlingen, og hvordan de skal håndtere nære familiemedlemmers reaktioner på sygdommen. Spørgsmål om arvelighed er et eksempel på de emner, der kan være vanskelig at tale med børnene om.

Det er karakteristisk, at mange kursister tager hensyn til deres nærmeste familiemedlemmer og forsøger at skåne dem for bekymringer og belastninger. Men derved afskærer de sig også fra muligheden for at tale med familien om, hvordan de egentlig har det. Efter behandlingen oplever de fleste, at omgivelserne betragter dem som "raske", selv om "rask" eller "raskmeldt" ikke er ord, de føler passer på dem. Familien er lettet, og der er derfor intet rum, hvor de kræftframte kan tale om de senfølger og angst, mange oplever længe efter endt behandling: "Omgivelserne synes jo, at det må gå over, men sådan er det jo ikke," som én udtrykte det.

Denne hensyntagen til nære familiemedlemmer betyder, at det kan have stor betydning at møde andre kræftpatienter. En kvinde, der selv havde taget initiativ til at komme i en af Kræften Bekæmpelses livsmodsgrupper, forklarer det sådan: "Derhenne er der ikke nogen, du skal skåne eller tage hensyn til eller tænke på, at nu bliver de kede af det, hvis jeg siger sådan og sådan. Der kan du sige alle ting. Jeg har oplevet det som en form for frikvarter fra sygdommen". Som det vil fremgå, bliver Dallund sådan et "frikvarter" for mange.

Endelig synes de sociale relationers beskaffenhed at betyde meget for, om den inspiration og viden, kursisterne erhverver sig på Dallund, kan omsættes i hverdagslivet. Det kan for eksempel være vanskeligt at ændre familiens madvaner eller få frirum til motion o.l., hvis nære familiemedlemmer ikke er med på og bakker op om ideen.

### **Arbejdslivet**

Sygdommen ændrer også arbejdsrelationerne. Nogle af de ældre kursister valgte at forlade arbejdsmarkedet, hvis de havde mulighed for at gå på efterløn, fordi de var bange for ikke at kunne passe arbejdet som før. Andre blev blevet fyret efter årelang ansættelse og befandt sig i en situation og i en aldersgruppe, hvor det var næsten umuligt for dem at få et arbejde. For nogle var det fysisk umuligt at vende tilbage til det arbejde, de havde før, og de måtte derfor i gang med arbejdsprøvninger og omskoling. Andre fik med større eller mindre besvær fået gennemtruffet deltidsordninger. På Dallund får kursisterne information om deres specifikke muligheder og rettigheder på arbejdsmarkedet, men mange har konkrete problemer med at skabe forståelse for sygdommens senfølger over for forskellige relevante myndigheder. Arbejdet er foruden at være en økonomisk nødvendighed en ufravigelig del af det moderne menneskes identitet. For de fleste yngre kursister er det at kunne genoptage arbejdet særligt afgørende for at genvinde et "normalt" liv og følgelig et væsentligt aspekt af rehabiliteringsprocessen. Mange føler imidlertid, det koster dem alt for megen energi at passe deres arbejde, og de er afhængige af arbejdspladsens, chefers og kollegers imødekommenhed over for deres situation. Et anden problemstilling, som blev drøftet på begge kurser, var, i hvilken udstrækning man skal fortælle potentielle arbejdsgivere om sin sygdom: "Skal man sige det, som det er? Skal man kun svare, hvis man bliver spurgt, eller skal man lyve?" "Hvad skal man svare til en jobsamtale, hvis nogen spørger: "Er du tit syg?", som en kursist spurgte. Der er også enkelte kursister, der ikke har lyst til at arbejde mere. Som har haft så hårdt et forløb, at det næsten er umuligt at forestille sig et arbejdsliv igen.

## Nogle elementer i Dallunds rehabiliteringsindsats

Kursisterne benytter ikke ordet "rehabilitering". De taler om at blive raske, at "turde tro" på at de er raske eller om at blive "normale". Mange har stærke ønsker om at undslippe kræftpatientrollen: "Jeg vil ses på med så normale øjne som muligt. Man skal ikke opfatte mig som syg. Jeg ønsker ikke være i centrum", som en kvinde sagde.

Meget tyder på, at det er forskellige aspekter af indsatsen, der har betydning for forskellige kursister (og diagnosegrupper). Og at effekten af rehabiliteringsindsatsen og udbyttet af opholdet på Dallund er nært forbundet med rehabiliterings-behovene, som opstår i forbindelse med sygdommen og behandlingen og i nært samspil med den enkeltes livssituation (alder, køn, livscyklustrin, netværk, sociale og økonomiske ressourcer, livsfilosofi og kræftdiagnose). Disse forhold skal udforskes nøjere i den kommende undersøgelse.

Som det vil fremgå, er det sandsynligt, at rehabiliteringsindsatsen på Dallund er et vigtigt indslag i rehabiliteringsprocessen som helhed, men det er ikke den eneste indsats. Af interviewene fremgår det, at kursisterne selv gør meget allerede tidligt i deres sygdomsforløb for at forbedre behandlingsmuligheder og livskvalitet. De opsøger viden, ændrer kosten, opsøger alternative behandlingsformer indtager forskellige vitaminpræparater, beder mv. Denne *selv- eller egenrehabilitering* må derfor også medtænkes i en forståelse af, hvad vellykket rehabilitering er og følgelig undersøges nærmere.

Stort set alle kursister udtrykker stor glæde og tilfredshed med opholdet på Dallund. De nævner omgivelserne, skønheden, maden og den særlige æstetik og atmosfære, der præger stedet. Helt centralt i oplevelsen står den omsorg, som kursisterne føler, de får fra *hele* personalet. Omsorgen handler om at blive taget alvorlig, få respekt, lydhørhed og - tid. Mange kunne godt bruge mere tid til at fordøje de mange indtryk, de får under opholdet, der opleves som meget intenst. Og nogle tilkendegiver, at de ville have fået mere ud af opholdet, hvis de havde fået det tilbudt enten tidligere eller - senere. De peger hermed på spørgsmålet om rehabiliteringsindsatsens *timing*, som et væsentligt undersøgelsesområde.

Rehabiliteringsindsatsen udfolder sig på forskellige niveauer, som jeg kort skal beskrive nedenfor:

### *Ny viden og nye praksisformer*

Kursisterne tilegner sig ny teoretisk viden og indsigt om kræft i relation til motion, kost, arbejdsliv og psykologiske problemstillinger. Tilegnelsen af denne viden forstærkes og gøres relevant for eksempel ved, at den mad, der serveres på Dallund, er tilberedt efter samme principper, og motion indgår som en næsten daglig aktivitet i kursusforløbet. Kursisterne lærer i den forbindelse også nogle tricks og små øvelser, som kan afhjælpe sensfølgene i hverdagen.

Alle de kursister jeg har talt med, har lært noget på Dallund, som de stadig tænker over måneder efter opholdet, og mange har foretaget både små og større ændringer i deres livsførelse. Her nævnes især kost- og motionsvaner. Kursisterne indrømmer imidlertid også, at det har været svært for dem at omsætte denne viden til praksis i det daglige, og flere nævner behov for yderligere opfølgning af opholdet.

Nogle har benyttet den individuelle handleplan, som kursisterne udformer i forbindelse med opholdet på Dallund, som redskab til at udføre nogle konkrete handlinger eller foretage forandringer af deres livsførelse.

### *Superviseret erfaringsudveksling og mødet med ligestillede*

Opholdet på Dallund skaber tillige et forum for superviseret erfaringsudveksling og dermed også for aktiv kritisk forholden sig til de mange informationer, der dagligt udbredes om kræft.

Kursisterne får også strategier og inspiration til, hvordan man kan håndtere mødet og kommunikationen med læger og får mulighed for italesætte og tale om de ofte tunge psykologiske problemstillinger, som sygdommen og behandlingen har bevirket.

Et fremtrædende tema er betydningen af at møde andre "ligestillede" og derved møde en forståelse, som familie og venner ikke kan give. Mange føler, at de er "ved at blive skøre", fordi de stadig, længe efter at de er blevet raskmeldt, døjer med behandlingens senfølger. Det har i sig selv en lindrende og legitimerende effekt at møde andre, der har det på samme måde. Nøgleordene i den forbindelse er: Erfaringsudveksling, at bryde social isolation og opnå social anerkendelse af kræftens senfølger.

Det er kendetegnende, at der i løbet af opholdet skabes et stærkt fællesskab kursisterne i mellem, samt forventninger om, at dette fællesskab kan vedligeholdes og bruges efter Dallund. Men på trods af, at de fleste oplever et stærkt og helbredende fællesskab, mens de er Dallund, har stort set ingen på de hold, jeg var tilknyttet, været i kontakt efter opholdet. Mange tilkendegiver, at de ikke orker eller har behov for opretholde dette fællesskab. Flere udtrykker dog også en vis bekymring for, om deres medkursister stadig lever (det blev jeg tit spurgt om). Og én grund til ikke at tage kontakt til medkursister synes at bero på frygt for at blive konfronteret direkte med medkursisters sygdom og død.

### *At bryde grænser og se nye muligheder*

Opholdet på Dallund skaber rammen om et tiltrængt refleksions- og inspirations-rum. Det er karakteristisk ved *ikke* at være hverdag, og mange føler, at det er en lise at komme væk fra hverdagen. For især nogle af de ældre kursister kan det være første gang, de for alvor er af sted på egen hånd og for egen skyld. Som nævnt ovenfor opfordres kursisterne kraftigt til at benytte opholdet til at træffe nogle beslutninger om deres fremtidige liv og skrive det ned i deres individuelle *handleplan*. For nogle bliver handleplanen som nævnt et meget vigtig redskab til at forandre livet.

Et anden væsentlig træk ved Dallund er, at det gør det muligt, for kursisterne - bistået af kursusteamets fagpersoner og specifikke fagligheder - at overskride nogle grænser og dermed forestille sig nye handle- og lindringsmuligheder og skabe nye alternative selvbilleder. Det var tydeligt da jeg fulgte kurset, og det kom også frem i interviewene måneder efter. Det er kendetegnende, at det ofte er små ting, "transformative øjeblikke", der bevirker disse grænsebrud. Blot det, at en kursist oplever, at hun under fysioterapeutens supervision kan bevæge armen et hak længere tilbage, end hun havde drømt om, skaber nogle nye forestillinger om egen formåen og lyst til at begynde at gå til gymnastik; det kan være at få massage, smide parykken for første gang eller begynde at cykle. Flere kursister fortæller således, at de er begyndt at cykle efter opholdet på Dallund, hvor der er cykler til kursisternes rådighed. De små ting kan også bestå i noget, andre kursister har sagt eller gjort eller bero på personalets ord eller handlinger. En kursist, der længe havde haft svært ved at tage på, og for hvem spøgsmålet om mad og måltider var blev en daglig belastning, fortalte, at lægen på Dallund havde sagt, at det skulle hun ikke spekulere over mere, hun skulle bare betragte den vægt, hun havde nu, som hendes "kampvægt". Denne fritagelse fra at spekulere på mad og ordet "kampvægt" blev meget betydende for hendes videre liv og frigav en masse ny energi. En forståelse af, hvad vellykket rehabilitering er, fordrer således også en begrebsliggørelse af disse transformative øjeblikke og betingelserne for deres opståen og virkning.

## Bilag 4 – Pilotprojektet: Kræft, hverdag og rehabilitering<sup>3</sup>. v/Sygeplejerske, ph.d.stud Dorte Malig Rasmussen

Pilotprojektet fra sommer 2002 gav bl.a. følgende resultater:

- A. Pilotprojektet viste, at kræftpatienter i rehabiliteringsforløbet havde mange fysiske, psykiske og sociale problemer flere år efter, de var færdigbehandlet. De fysiske problemer: smerter, nedsat følsomhed, overfølsomhed, lymfeødem, kvalme, fysisk træthed, eksem, vægtøgning/tab, overgangs symptomer, seksuelle problemer, dårligt immunforsvar. De psykiske problemer: træthed, angst for livet og døden, angst for tilbagefald, koncentrations- og formuleringbesvær, desorientering, konfusion. De sociale problemer: pårørendes/venners manglende deltagelse i og forståelse af den kræftramtes hverdag og problemer, ensomhed, arbejdsproblemer, økonomiske problemer.
- B. Et af de i øjenfaldende aspekter, som pilotprojektet har vist, er væsentlige i rehabiliteringsfasen for kræftpatienter, er tiden og ændrede livsværdier. Kræftpatienterne forholder sig hyppigt til tiden og det indhold, der er i den tid, de lever. De vil leve i nuet, de er mere impulsive, tager på rejser, foretager en markant prioritering af, hvilke hverdagslivsaktiviteter der er væsentlige, hvilke personer der bliver brugt tid sammen med, hvor meget tid de vil arbejde osv.
- C. I pilotprojektet fandt jeg frem til, at kræftpatienter opfatter deres liv efter kræftsygdommen og behandlingen som et nyt liv, et andet liv. Dette aspekt må være et væsentlig element i forståelsen af rehabiliteringen generelt men også specifikt for kræftpatienter.
- D. Deltagerobservation og interview viste, at kræftpatienterne i rehabiliteringsfasen har fået at vide, at de er raske, de vil gerne omtale sig selv som raske, men de er også meget usikre på, om de er det. Familien kan være lettet over, at de er raske, men de mange senfølger efter sygdommen, de har i hverdagen, er svære at håndtere, så de er i rehabiliteringsfasen måske stadig i en vis forstand syge.

Pilotprojekt førte til en ny ansøgning til Kræftens Bekæmpelse Det psykosociale Forskningsudvalg med henblik på et 3 årigt forskningsprojekt, der yderligere skulle uddybe og bearbejde de i pilotprojektet fundne resultater. Kræftens Bekæmpelse har bevillet midler til et 3 årigt projekt: ”Kræftpatienters rehabiliteringsproces”, som er startet den 1.1.03. Projektet er desuden indsendt til Syddansk Universitet - Odense, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet med henblik på at danne grundlag for et ph.d.-studie. Projektet er godkendt og danner nu grundlag for et ph.d.-studie startet den 1.1.03.

### Formålet med det 3 årige projekt er:

Skabe en grundlæggende forståelse for, hvordan rehabiliteringsprocessen er, hvilke elementer der er i den, og hvordan den forløber for personer, der har haft kræft, herunder skabe en forståelse for, hvad rehabilitering er. At opnå en mere differentieret viden om kræftsygdommes betydning og manifestation, senfølger omfang og betydning i rehabiliteringsfasen. I højere grad at inddrage patienters oplevelser, håndtering og synsvinkel på rehabilitering, og øge opmærksomheden på rehabiliteringen af personer, der har haft kræft.

### Metode

Informanternes oplevelser, erfaringer og hverdag er i fokus for denne undersøgelse, og metoden er derfor dybdegående kvalitative interview og deltagerobservation. Forud for interviewene laves deltagerobservation på Dallund. Deltagerobservation giver mulighed for at være iagttagere, tilhører til og deltager i en konkret rehabiliteringsintervention rettet mod kræftpatienter. Dallund som sted er ikke forskningsobjektet i denne undersøgelse, men på Dallund er der et stort flow af kræftpatienter i deres

<sup>3</sup> Uddrag fra Dorte Rasmussens projektbeskrivelse 01.10.02.

rehabiliteringsfase, og der foregår en intervention og interaktion kursusteam og kræftpatienter imellem, der kan betyde at flere facetter af rehabiliteringsfasen tydeliggøres.

**Projektets relation og samarbejde med Dallund og forskerteam ved Dallund**

Under hele projektperioden vil der være et tæt samarbejde med kursusteamet på Dallund m.h.p. udnyttelse af deres store ekspertise og faglige kompetence i forhold til rehabilitering af kræftpatienter. Kræftens Bekæmpelse har et igangværende forskningsprojekt på Dallund, hvor det primære forskerteam anvender en kvantitativ metode. Der er indgået samarbejdsaftaler med dette forskerteam.

## Bilag 5 - Erfaringer fra Dallund

### Socialrådgiver v. Jan Tofte

På Dallund har vi mødt mange kursister med mange forskellige erfaringer omkring kræft og arbejde. Usikkerheden om mulighederne for at kunne klare sit (eller et) arbejde fremover er en hovedproblemstilling.

En del har gode erfaringer med arbejdspladser, som viser tillid og giver tid til at den ansatte kan vende tilbage igen.

Mange har dårlige erfaringer som f.eks.:

Manglende forståelse for de problemer, der er efter at behandlingen er overstået.

- At blive presset til at indgå aftaler om genoptagelse af arbejde tidligere og hurtigere end man føler sig klar til
- Dårlig samvittighed overfor kolleger, som må påtage sig den sygemeldtes arbejdsopgaver
- Dårlig samvittighed overfor arbejdspladsen, som rammes økonomisk af sygdommen. Det gælder typisk ansatte i mindre virksomheder og ikke mindst ansatte i små offentlige institutioner (f.eks. børnehaver og plejehjem), hvor institutionens eget budget skal bære evt. vikarudgift.
- Manglende rummelighed i forhold til at lave aftaler, som tager særlige hensyn til den sygemeldte

Med hensyn til kontakten eller manglen på samme til kommunerne er der meldinger om alt fra:

- Stor forståelse og imødekommenhed. Nogle kursister fortæller, at kræftdiagnosen tilsyneladende giver særlige rettigheder.  
til:
- ingen forståelse. Kursisterne føler sig stærkt presset og mistænkeliggjort af den måde den kommunale opfølgning udøves på.

Mit indtryk som socialrådgiver er, at der er stor forskel på hvordan kommunerne rent faktisk griber opfølgningen an, men også at mennesker er forskellige og kan opfatte opfølgningen forskelligt.

Ud af kursisternes oplevelser kommer en række spørgsmål, som jeg drøfter med dem. Bl.a: rettigheder og pligter i forhold til sygedagpenge, revalidering, fleksjob, pension m.m.

- rettigheder i forhold til ansættelse, opsigelsesvarsler m.m.
- hvordan får man lavet gode aftaler med arbejdspladsen (chefer og kolleger)
- hvordan kommer jeg igennem perioden med usikkerhed om fremtidig jobsituation.
- hvordan ser økonomien ud, hvis jeg ikke kan fortsætte med arbejde.

Udover spørgsmål som relaterer sig til arbejdssituation og fremtidige forsørgelsesmuligheder rådgives der bredt om mange forskellige forhold f.eks. familiemæssige problemer, skilsmisse, arv, forskellige tilskudsmuligheder, legatmuligheder m.v.

## **Fysioterapeut v. Karen Mark**

Kursisterne på Dallund tilbydes motion under opholdet, og der er et stort fremmøde til de fysiske aktiviteter.

Der er ikke lavet en systematisk oversigt over de hyppigste fysiske gener, men det er mit indtryk, at en stor del af kursisterne, enten inden de kommer eller undervejs i forløbet på Dallund, er blevet opmærksomme på/bliver opmærksomme på problemer med at holde balancen . Det ses ofte, at de bevæger sig langsomt under gang og har svært ved at stå på et ben eller udføre øvelser stående på et ben. Balanceproblemer ses ofte i kølvandet på længerevarende inaktivitet, vægttab og deraf følgende tab af muskelvæv og muskelstyrke.

Træthed er et fænomen, som stort set alle tidligere kræftpatienter kender, og dette spiller selvfølgelig også ind, når vi hører HVOR fysisk aktive, kursisterne har været i behandlings- og efterbehandlingsforløbet. Det er dog gældende, at en stor del af kursisterne udtrykker mangel på hjælp fra sygehuset til at komme i gang med deres personlige fysiske rehabilitering.

Generelt er tilbudet om holdtræning til de brystopererede det mest etablerede i amterne, mens en stor del af de øvrige diagnosegrupper enten ikke tilbydes fysioterapi eller kun får et tilbud om lungefysioterapi eller mobilisering i forbindelse med operation. En stor del af kursisterne udtrykker ønske om rette hjælp på rette tid til at komme i gang med at bruge sig selv igen. Det skyldes primært den usikkerhed en ændret kropsopfattelse og ændret kontakt til kroppen giver med hensyn til at genvinde tilliden til igen at kunne præstere og yde tilfredsstillende med de muligheder, kroppen på et givet tidspunkt indeholder.

Det kræver støtte at få besvaret spørgsmål som: Hvad må jeg? Hvad kan jeg? Hvornår bør jeg? Det er mit indtryk, at kursisterne ofte er optaget af at få sammenhæng mellem krop og sjæl til at fremstå og føles tydeligere end det ofte er tilfældet, når de kommer på Dallund. Træningen indeholder derfor både fysisk aktivitet og afspænding.

## **Sygeplejerske v. Ulla Hjortebjerg og Susanne Larsen**

### **De første erfaringer for 2002!**

#### **Senfølger:**

Dette er et vigtigt focusområde for kursisterne. Kursisterne har et stort behov for at føle sig normale, vide, at det er følger til behandlingen, som andre også kender til. De giver udtryk for, at de har behov for at drøfte det med andre, dels de andre kursister, som erfaringsudveksling, men også med fagpersonale.

Her drejer det sig om noget de kan forholde sig til, som de mærker på egen krop, og hvor de selv kan gøre noget for at afhjælpe gener. Kursisterne oplever manglende interesse fra læger og sygeplejersker fra hospitalsverdenen, til at snakke med dem om senfølger, også i kontrolforløbet. De føler sig oversete, eller ”ikke taget alvorligt”.

På Dallund foregår vidensformidling via et oplæg om senfølger efter kræftbehandling, og i forlængelse heraf gruppesnak om kursisternes subjektive oplevelse af lige netop deres senfølger. At skabe et rum for udveksling af erfaringer kursisterne imellem samt udveksle forskellige handlemuligheder.

Det, vi især har hørt fra kursisterne, er, at de gerne ville have haft de oplysninger om senfølger, som de får her, på et tidligere tidspunkt. De er glade for, når snakken mere konkret bliver om lige præcis de senfølger, den enkelte sidder med. Så kan de bedre forholde sig til dem, og er glade for erfaringsudvekslingen og gode til at give hinanden råd. Det virker helt anderledes, end hvis det er mig der giver råd.

### **Alternativ Behandling:**

Det er vigtigt og nødvendigt for kursisterne, at ”nogen” vil gå i dialog med dem om Alternativ Behandling. Ikke fordi de vil have deres alternative tiltag ”blåstemplet”, men blot høre hvad ved man, er der forsket i det, og er der nogle resultater. - De vil gerne tages alvorligt og ikke føle sig nedgjort. De har ofte oplevet fra det etablerede behandlersystem, at man måske tolererer, at den enkelte benytter sig af alternativ behandling, men man ønsker, ofte, ikke at gå i dialog om dette. De er glade for, at der endelig er nogen, der interesserer sig for, hvad de selv gør.

Vidensformidling af alternativ behandlings har primært drejet sig om at skabe et rum for gensidig erfaringsudveksling, og give nogen råd om, hvordan man kan forholde sig kritisk til valg af behandler og behandling.

Det kursisterne mest har efterspurgt, har været konkrete svar på, hvilken behandling man kunne eller skulle søge, hvis situationen var den eller den. ”*Det må I da have erfaring for*”, siger de. Kursisterne har også her været glade for et rum til erfaringsudveksling.

### **Sex- og samlivsproblematikker**

Gennem de individuelle samtaler tales der ofte om samlivs-problematikker, både omkring familien, struktur i hverdagen og konkrete samlivs/seksuelle problemstillinger.

Samtalerne om familieproblemer og manglende struktur, handler oftest om:

- at finde et passende forhold imellem arbejde og familieliv
- at få taget hul på de vigtige samtaler i forholdet, komme ud over hensynet til den anden, der gør at man ikke får snakket om angsten
- få talt ud om sine følelser i forhold til børnene, hvad har det gjort ved dem
- få planlagt sit dagsforløb, få tid til motion, samvær med venner og familie, få styr på kosten evt. ved hjælp af madplaner. Samtalen handler ofte om at få gjort problemområderne synlige.

Kursisterne har ofte ikke fået vejledning eller hjælp omkring samlivs- og seksuelle problemer i forbindelse med behandlingen eller i efterkontrollerne. Eller de har ikke vidst, at det var et problem endnu.

- Kursisterne føler sig stadig ”dårligt” hjulpet i det etablerede system, når det kommer til samlivs og seksuelle følger af behandlingen. Det er alt fra dårligt selvværd til konkret vejledning i genoptagelse af sexlivet og samleje problemer.
- Typiske kommentar fra sygehuset er:
  - prøv dig frem
  - nogle problemer følger der jo med behandlingen
  - er du ikke også for gammel til det
  - det vigtigste er vel, at behandlingen virkede

## Psykolog v. Helle Dam

Den psykiske gene/senfølge/komplikation, der er mest fremherskende for mange kursister på Dallund er angsten for tilbagefald.

Det største psykologiske behov efter kræftbehandlingen er at få sikkerhed for, at sygdommen ikke kommer igen. Det ved de fleste er en umulig drøm, de er klar over, at der ikke kan gives nogen garantier. Mange holder dog også fast i, at de er raske nu, men at de alligevel har svært ved helt at tro på det.

Det betyder, at mange færdigbehandlede kræftpatienter oplever meget stress, som giver sig udtryk i hyper-opmærksomhed på kroppen og de sensoriske fornemmelser, der kommer fra den. De bruger meget følelsesmæssigt og tankemæssig energi på at tolke de signaler og fornemmelser, de oplever, og tvivl, usikkerhed og uforudsigelighed er noget, der fylder meget. Det bliver yderligere forstærket af, at mange har mange fysiske senfølger, og derfor mange nye fornemmelser, symptomer og sanseoplevelser.

Hyper-opmærksomhed gør sig også gældende i forhold til ydre stimuli, der har med kræft og sygdom at gøre. Ordet kræft får en "cocktailparty-effekt" og stikker ud og bliver synligt i aviser, i fjernsyn, i samtaler etc. Den færdigbehandlede kræftpatienter der derfor nok er færdigbehandlet på sygehuset, er slet ikke selv færdig med psykisk at behandle de ændrede betingelser og perspektiver sygdommen har givet kursisten.

Stress kan ses som et misforhold mellem ressourcer og krav i det enkelte menneskes liv. Stress bliver forstærket ved meningsløshed og uforudsigelighed. Derfor bruger mange færdigbehandlede kræftpatienter mange ressourcer på at reducere meningsløsheden og uforudsigeligheden. Med hensyn til det første har mange brug for at konstruere en mening eller forklaring på, at de har fået en kræftsygdom. Mange forklarer det med det liv, de før har levet, som har været for stresset, for lidt i overensstemmelse med deres behov eller for usundt. Uforudsigeligheden prøver mange at tackle ved at lægge deres livsstil om, så det bliver mindre stresset, mere i overensstemmelse med deres behov eller mere sundt. Det giver en fornemmelse af at have indflydelse på, om sygdommen kommer igen eller ej, og kontrol over hverdagen, nogle mål at forfølge og handlinger at udføre.

Herudover bruger mange psykisk energi på at finde ny identitet og selvforståelse, som hverken syg eller rask. De prøver på at komme overens med den nye situation, og finde de muligheder livet byder, indenfor de nye vilkår der er.

Herudover, - eller som en konsekvens af det ovenstående -, oplever mange forstyrrelser i sociale relationer. Dvs. at forholdet til partner, børn, øvrige familie, venner, bekendte og kolleger ændrer sig, og bliver i mange tilfælde mere problematiske. Mange arbejder med at turde sige til og fra, og få omgivelserne til at støtte op om de forandringer, der er sket i livet.

## Lægen på Dallund v. Tom Kristensen

Det dominerende hensyn i 2002 har været at medvirke til at bringe Rehabiliteringscenter Dallund i pålidelig drift, dvs. at sikre en retfærdig visitation af patienter og et relevant årsprogram og kvalificerede ugeforløb, samt at udvikle og gennemføre en kompetent lægelig undervisning og rådgivning af kursisterne.

I alle kursusuger er der givet foredrag, oplæg og gruppesamtaler om kræftens:

- biologi,
- arv,
- behandling,
- senfølger og -
- mulighederne i fremtiden.

Der er gennemført 206 formaliserede, individuelle samtaler af cirka 45 min. varighed. Kursisterne har evalueret 331 samtaler, hvilket sandsynligvis skyldes, at også andre samtaler er accepteret som valide. Udbyttet af disse samtaler er i 314 tilfælde (95 %) evalueret som godt eller virkeligt godt.

Hovedindholdet af de 206 formaliserede, individuelle samtaler kan inddeles som følger:

1. Konkrete lægelige problemer & spørgsmål i forbindelse med kursistens kræftsygdom
2. Konkrete lægelige problemer & spørgsmål uden forbindelse med kursistens kræftsygdom (huslæge)
3. Gennemgang, diskussion og forklaring af et sygdoms- & behandlingsforløb (second opinion)
4. Diskussion af de fremtidige muligheder & forløb
5. Almen menneskelig, måske eksistentiel samtale med en læge
6. Almen menneskelig, måske eksistentiel samtale med et andet menneske.

Næsten alle samtaler indledes i kategori 1, flertallet udvikler sig til og med kategori 4, medens et fåtal afsluttes i kategori 5 eller 6.

## Kosten på Dallund v. Birgit Andersen.

### Hvad er så vores mål med køkkenet ?

Det er selvfølgelig først og fremmest, at kursisterne får en positiv oplevelse med den mad, der bliver serveret på Dallund. I vores kostpolitik har vi følgende **hovedmål** eller **budskab**:

- At servere en smuk, indbydende og velsmagende mad, der er tilberedt af gode råvarer afstemt efter årstiden.
- At maden på 6 dage kan give inspiration til en varieret sund kost med vægt på megen frugt og grønt i henhold til Kræftens Bekæmpelses forebyggelsespolitik
- Er der kursister, der under sygdomsforløbet har tabt i vægt eller af anden årsag er på diæt, tages der individuelle hensyn i form af gode råd og vejledning, samt at vi serverer en kost, der kan inspirere og opfylde de kostråd, som den enkelte måtte have brug for.

## Tilbud/service

Der tilbydes 6 måltider om dagen, 3 hovedmåltider og 3 mellemmåltider. Tilberedt af råvarer af den

bedst mulige kvalitet.. - Opskrifter på maden, der har været anvendt under kursus ugen, kan købes. Drikkevarer der tilbydes er vand, saft, juice, kaffe og te.

Kursister evaluerer ugentlig og disse tilbagemeldinger anvendes til løbende justeringer

### Valgmuligheder/behov

Morgenmad, frokost og mellemmåltider serveres som buffet. Aftensmaden serveres som en to-retters menu. Fredag er en undtagelse, her er der festaften, hvor vi serverer en festmenu bestående af tre retter. Vi lægger stor vægt på, at kosten præsenterer sig pænt (farve, anretning) og er velsmagende. Alt dette skulle gerne være med til, at vores kursister få lyst til at spise og blive inspireret til, at forsætte de sunde vaner, når de vender hjem efter kursusopholdet.

For de kursister, der har haft stort vægttab under sygdomsforløbet gives der tilbud og inspiration til en kost med øget fedt og protein indhold.

### Hvordan gør vi?

Vi udarbejder menuplaner, der imødekommer de mål, vi har sat os. Vi lægger vægt på, at der er forskellige retter at vælge imellem, og at det så samtidig smager godt. Vi bager det meste af vores brød selv, tilbereder middags- og frokostretterne med mange frugter, grøntsager og krydderurter. Vi anretter for det meste vores mad på hvide fade, så farverne i maden træder frem og vækker appetitten, så lysten til at spise dem sunde mad opnås.

Til frokost er der lagt vægt på, at der altid er dagens suppe og en ret med fisk. Det er vigtigt, at der på buffet'en er én eller to retter, der er kendte blandt kursisterne. Lysten til at afprøve nye retter kommer helt af sig selv.

Hver dag laver vi frugtfade med tre slags frugt skåret i mundrette stykker, dette gør, at det er overkommeligt at spise frugt, og forhåbentligt forsætter lysten, når de kommer hjem.

Frugten tilbydes fem gange i løbet af dagen.

Kage og brød serveres om eftermiddagen og sen aften.

For os er det vigtigt at vise kursisterne et godt måltidsmønster, hvor vi fordeler måltiderne over 6 gange i løbet af en dag - 3 hovedmåltider og 3 mellemmåltider.

### Særlige behov

For de kursister, der har tabt i vægt eller f.eks har problemer med at tygge eller synke, er det vigtigt, at jeg allerede om mandagen, når kursisterne ankommer, får en dialog i gang med dem om kosten. Jeg lytter til, hvad de har gjort i forhold til kosten, og hvad deres kost består af nu. Med dette som udgangspunkt og min faglige viden, kommer jeg med forslag til, hvad vi kan tilbyde i ugens løb, så de måske kan få brudt den onde cirkel, de er inde i.

Er det en kursist med stort vægttab og forsat lille appetit gælder det om at øge fedt og proteinindholdet. Dette gøres **ikke** ved at spise store mængder af frugt og grønt. Her er mellemmåltiderne i stedet proteinrige drikke, fromage, is, kiks med smør og 50 % brie m. m. Hovedmåltiderne beriges med yderlige fedt og protein.

Det er vigtigt, at kostændringerne sættes i gang allerede mandag, da kursusugen jo kun består af 6 dage. Vores diætist kommer torsdag og kan supplere yderlige på det, der er sat i gang. Dermed håber vi at give vore kursister de bedste redskaber til at komme fremad også med kosten.

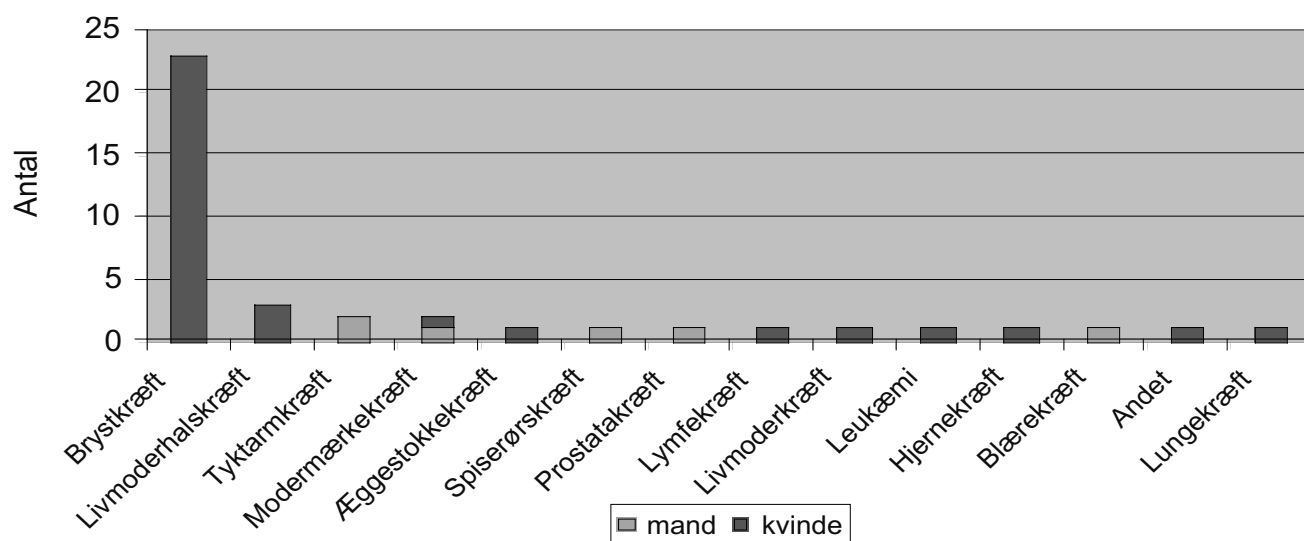
## Bilag 6 – Amtslig gennemgang af diagnose fordeling per amt.

Disse tal repræsenterer de kursister der har været på Dallund og dermed ikke alle tilmeldte.

### Vejle Amt

Diagnose	Mand	Kvinde	Total
Brystkræft	0	23	23
Livmoderhalskræft	0	3	3
Tyktarmkræft	2	0	2
Modermærkekræft	1	1	2
Æggestokkekræft	0	1	1
Spiserørskræft	1	0	1
Prostatakræft	1	0	1
Lymfekræft	0	1	1
Livmoderkræft	0	1	1
Leukæmi	0	1	1
Hjernekræft	0	1	1
Blærekræft	1	0	1
Andet	0	1	1
Lungekræft	0	1	1
Total	6	34	40

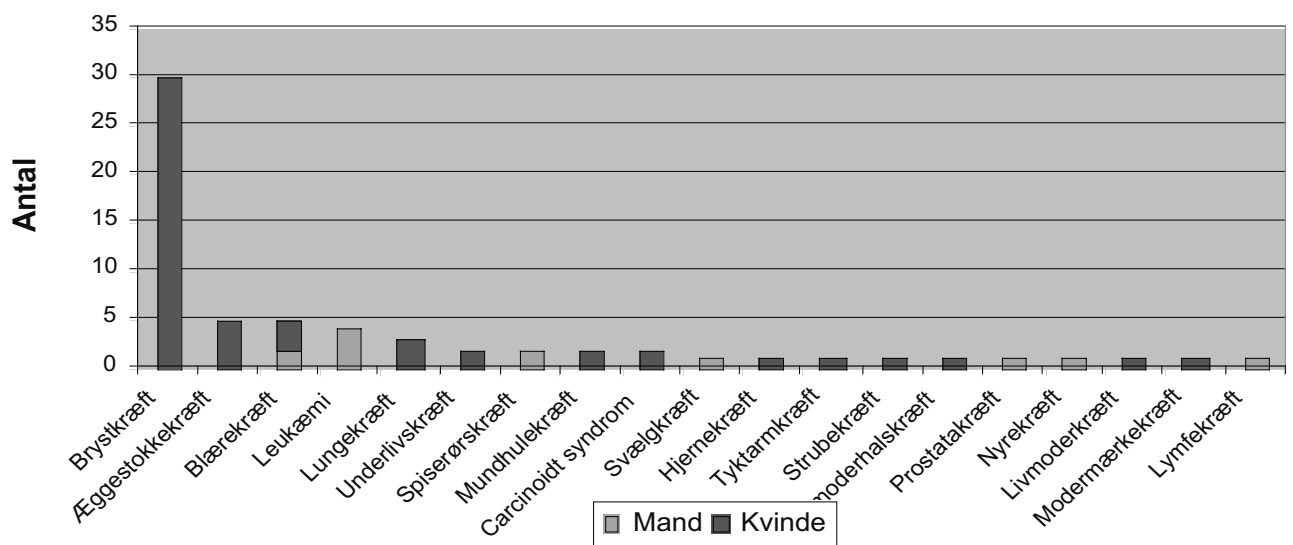
### Diagnosefordeling Vejle Amt



## Frederiksborg Amt

Diagnose	mand	Kvinde	Total
Brystkræft	0	30	30
Æggestokkekræft	0	5	5
Blærekræft	2	3	5
Leukæmi	4	0	4
Lungekræft	0	3	3
Underlivskræft	0	2	2
Spiserørskræft	2	0	2
Mundhulekræft	0	2	2
Carcinoidt syndrom	0	2	2
Svælgkræft	1	0	1
Hjernekræft	0	1	1
Tyktarmkræft	0	1	1
Strubekræft	0	1	1
Livmoderhalskræft	0	1	1
Prostatakræft	1	0	1
Nyrekræft	1	0	1
Livmoderkræft	0	1	1
Modermærkekræft	0	1	1
Lymfekræft	1	0	1
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>53</b>	<b>65</b>

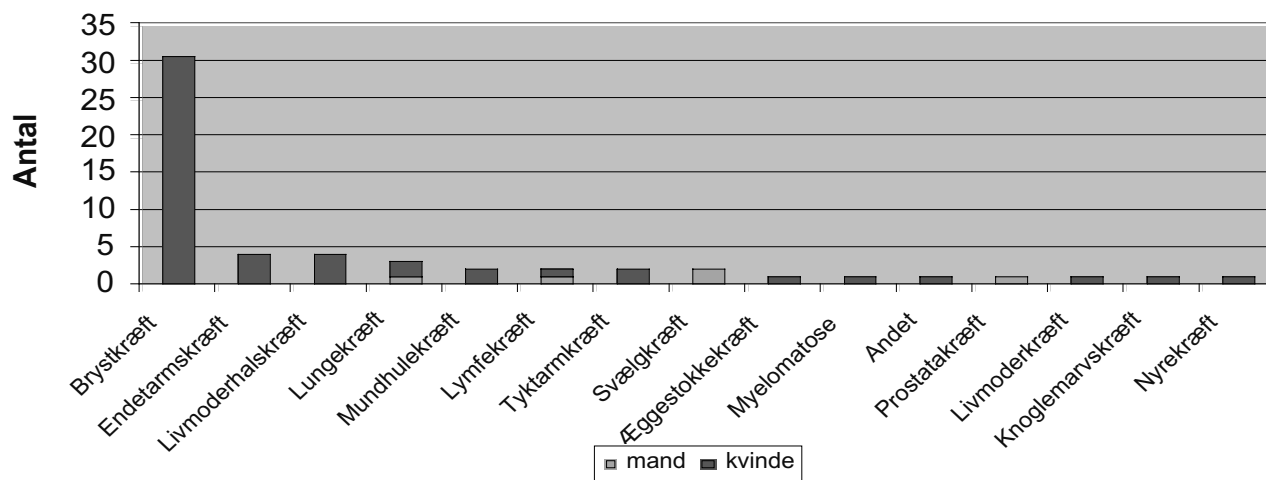
## Diagnosefordeling Frederiksborg Amt



## Fyns Amt

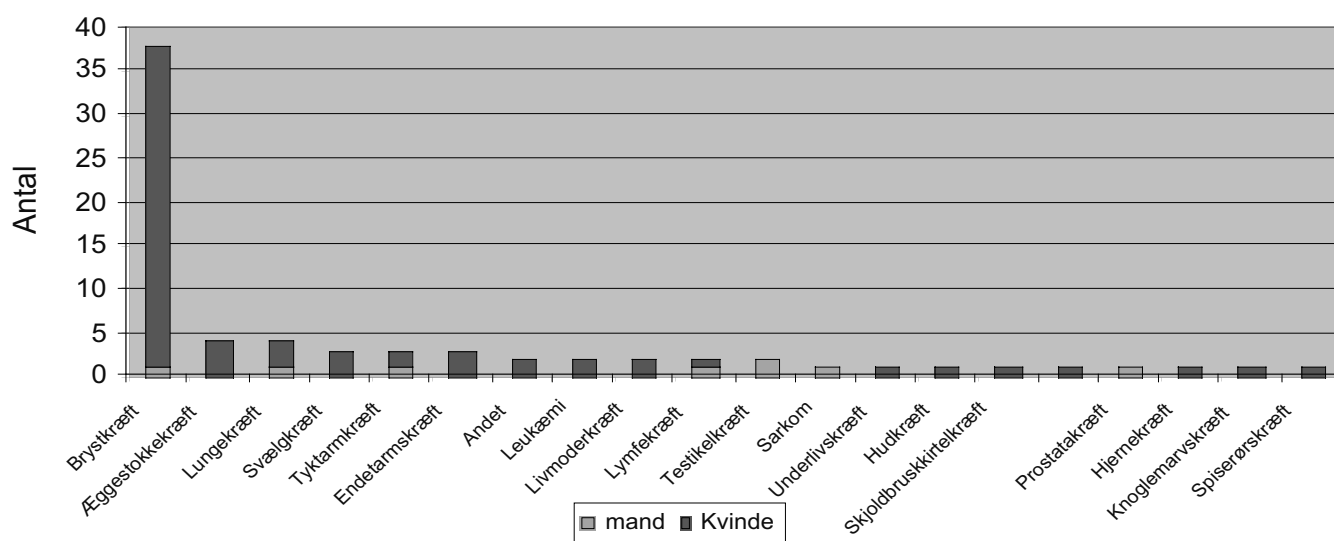
Diagnose	mand	Kvinde	Total
Brystkræft	0	31	31
Endetarmskræft	0	4	4
Livmoderhalskræft	0	4	4
Lungekræft	1	2	3
Mundhulekræft	0	2	2
Lymfekræft	1	1	2
Tyktarmkræft	0	2	2
Svælgkræft	2	0	2
Æggestokkekræft	0	1	1
Myelomatose	0	1	1
Andet	0	1	1
Prostatakræft	1	0	1
Livmoderkræft	0	1	1
Knoglemarvskræft	0	1	1
Nyrekræft	0	1	1
Total	5	52	57

### Diagnosefordeling Fyns Amt



**H:S**

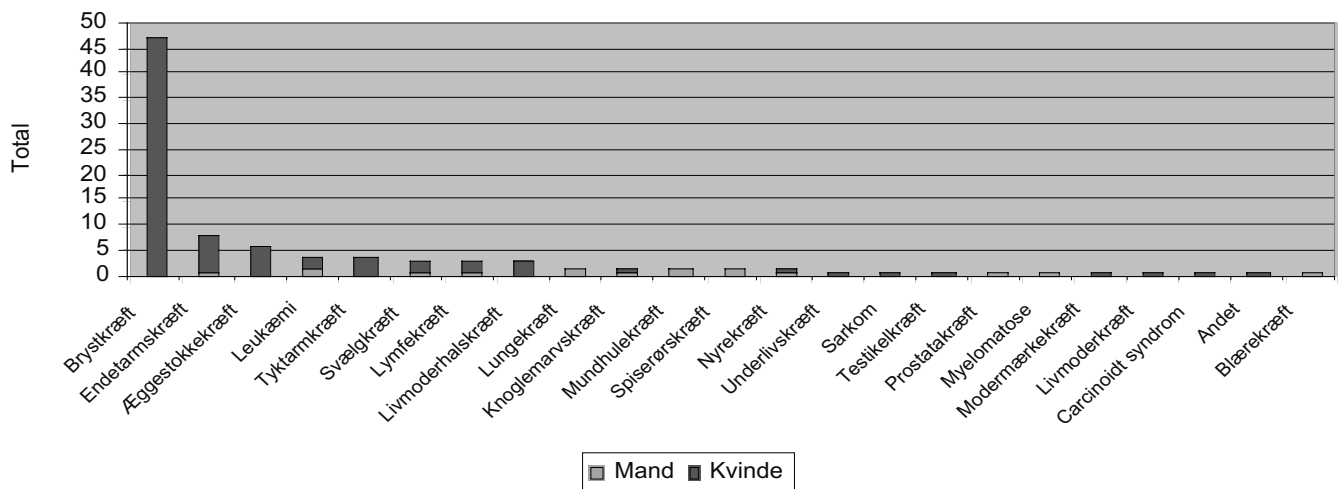
Diagnose	Mand	Kvinde	Total
Brystkræft	1	37	38
Æggestokkekræft	0	4	4
Lungekræft	1	3	4
Svælgkræft	0	3	3
Tyktarmkræft	1	2	3
Endetarmskræft	0	3	3
Andet	0	2	2
Leukæmi	0	2	2
Livmoderkræft	0	2	2
Lymfekræft	1	1	2
Testikelkræft	2	0	2
Sarkom	1	0	1
Underlivskræft	0	1	1
Hudkræft	0	1	1
Skjoldbruskkirtelkræft	0	1	1
Ukendt	0	1	1
Prostatakræft	1	0	1
Hjernekræft	0	1	1
Knoglemarvskræft	0	1	1
Spiserørskræft	0	1	1
Total	8	66	74

**Diagnosefordeling H:S**

## Københavns Amt

Diagnose	Mand 16	Kvinde 82	Total 98
Brystkræft	0	47	47
Endetarmskræft	1	7	8
Æggestokkekræft	0	6	6
Leukæmi	2	2	4
Tyktarmkræft	0	4	4
Svælgkræft	1	2	3
Lymfekræft	1	2	3
Livmoderhalskræft	0	3	3
Lungekræft	2	0	2
Knoglemarvskræft	1	1	2
Mundhulekræft	2	0	2
Spiserørskræft	2	0	2
Nyrekkræft	1	1	2
Underlivskræft	0	1	1
Sarkom	0	1	1
Testikelkræft	0	1	1
Prostatakræft	1	0	1
Myelomatose	1	0	1
Modermærkekræft	0	1	1
Livmoderkræft	0	1	1
Carcinoidt syndrom	0	1	1
Andet	0	1	1
Blærekræft	1	0	1

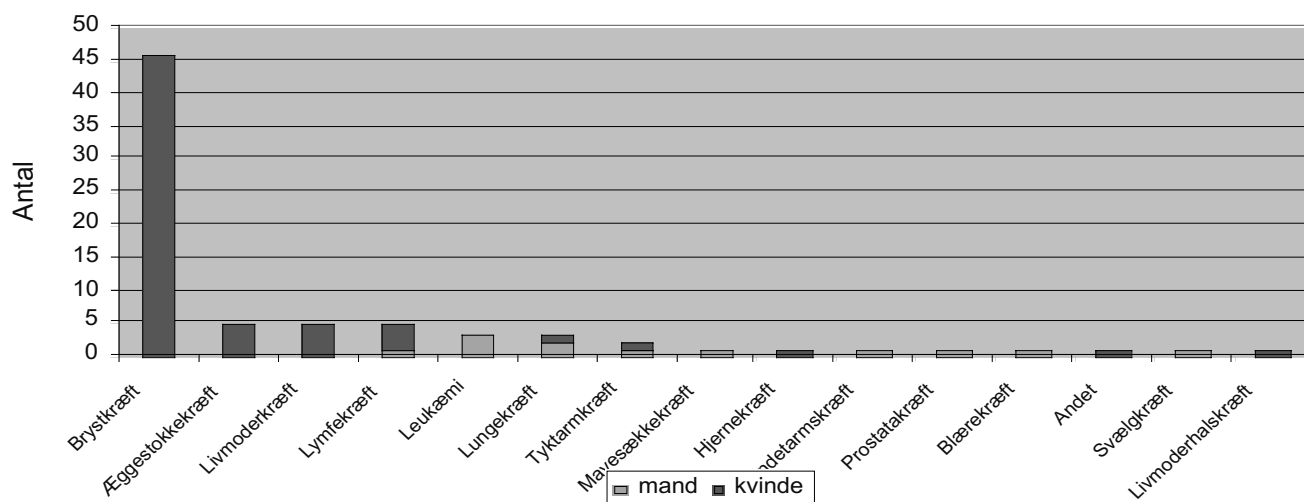
### Diagnosefordeling Københavns Amt



## Nordjyllands Amt

Diagnose	mand	Kvinde	Total
Brystkræft	0	46	46
Æggestokkekræft	0	5	5
Livmoderkræft	0	5	5
Lymfekræft	1	4	5
Leukæmi	3	0	3
Lungekræft	2	1	3
Tyktarmkræft	1	1	2
Mavesækkekræft	1	0	1
Hjernekræft	0	1	1
Endetarmskræft	1	0	1
Prostatakræft	1	0	1
Blærekræft	1	0	1
Andet	0	1	1
Svælgkræft	1	0	1
Livmoderhalskræft	0	1	1
Total	12	65	77

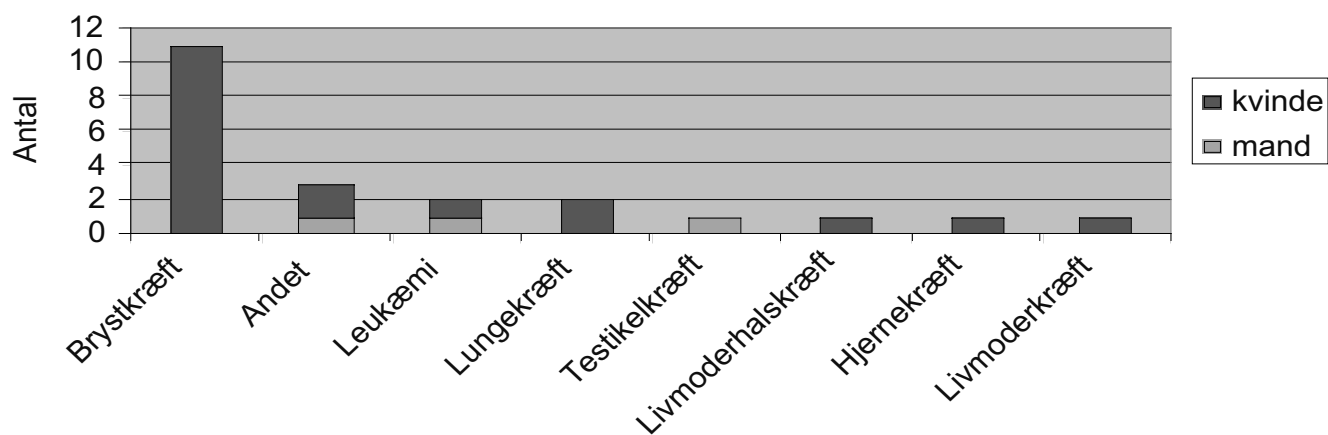
### Diagnosefordeling Nordjyllands Amt



## Ribe Amt

Diagnose	mand	Kvinde	Total
Brystkræft	0	11	11
Andet	1	2	3
Leukæmi	1	1	2
Lungekræft	0	2	2
Testikelkræft	1	0	1
Livmoderhalskræft	0	1	1
Hjernekræft	0	1	1
Livmoderkræft	0	1	1
Total	3	19	22

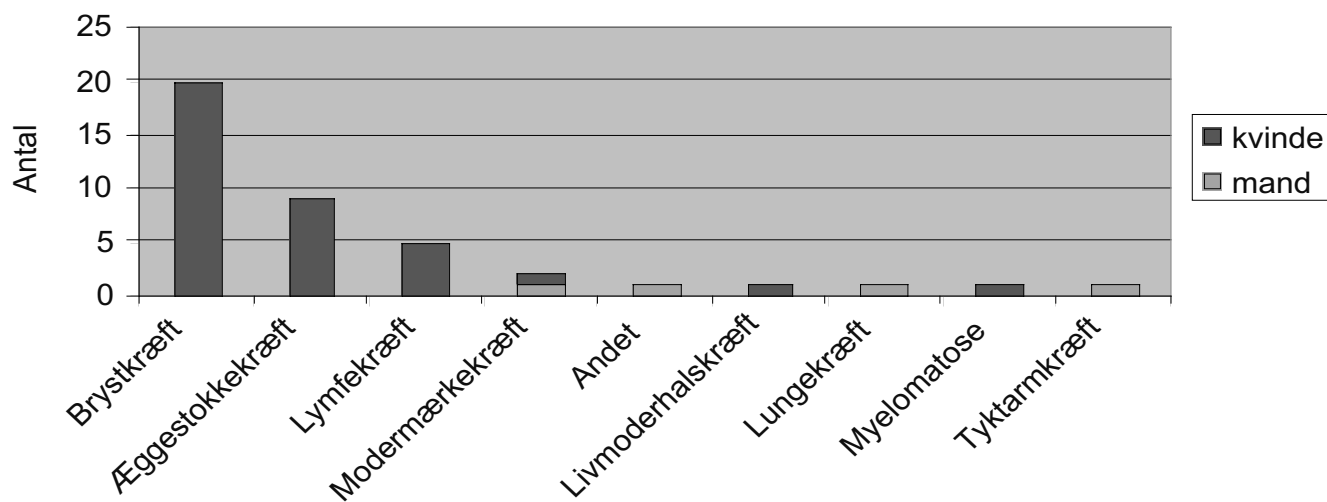
Diagnosefordeling Ribe Amt



## Ringkøbing Amt

Diagnose	mand	kvinde	Total
Brystkræft	0	20	20
Æggestokkekræft	0	9	9
Lymfekræft	0	5	5
Modermærkekræft	1	1	2
Andet	1	0	1
Livmoderhalskræft	0	1	1
Lungekræft	1	0	1
Myelomatose	0	1	1
Tyktarmkræft	1	0	1
Total	4	37	41

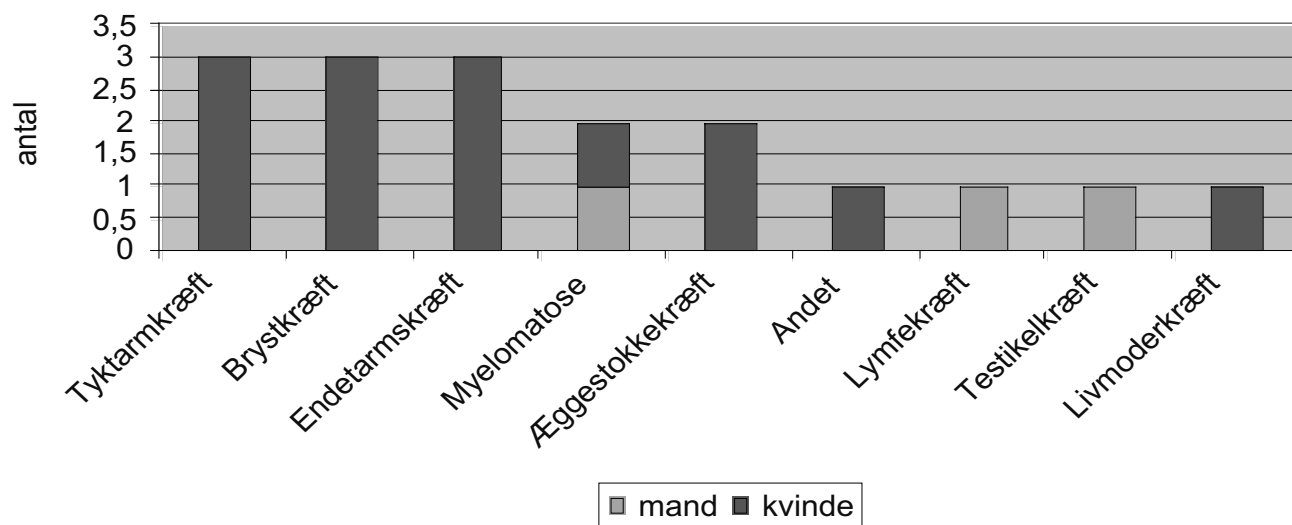
### Diagnosefordeling Ringkøbing Amt



## Roskilde Amt

Diagnose	mand	kvinde	Total
Tyktarmkræft	0	3	3
Brystkræft	0	3	3
Endetarmskræft	0	3	3
Myelomatose	1	1	2
Æggestokkekræft	0	2	2
Andet	0	1	1
Lymfekræft	1	0	1
Testikelkræft	1	0	1
Livmoderkræft	0	1	1
Total	3	14	17

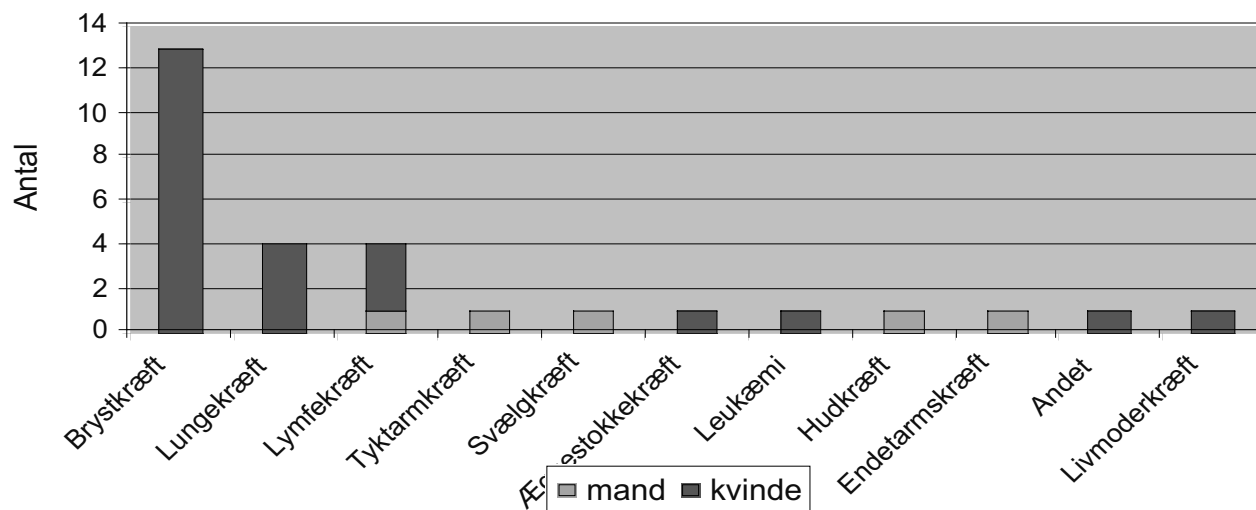
### Diagnosefordeling Roskilde Amt



## Storstrøms Amt

Diagnose	mand	Kvinde	Total
Brystkræft	0	13	13
Lungekræft	0	4	4
Lymfekræft	1	3	4
Tyktarmkræft	1	0	1
Svælgkræft	1	0	1
Æggestokkekræft	0	1	1
Leukæmi	0	1	1
Hudkræft	1	0	1
Endetarmskræft	1	0	1
Andet	0	1	1
Livmoderkræft	0	1	1
Total	5	24	29

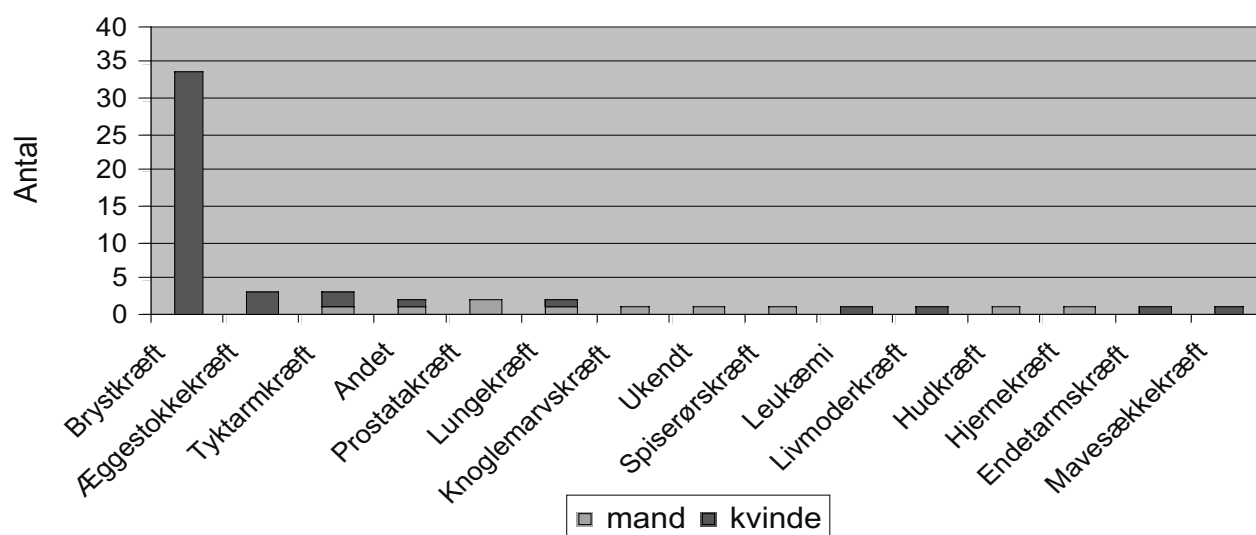
### Diagnosefordeling Storstrøms Amt



## Sønderjyllands Amt

Diagnose	Mand	Kvinde	Total
Brystkræft	0	34	34
Æggestokkekræft	0	3	3
Tyktarmkræft	1	2	3
Andet	1	1	2
Prostatakræft	2	0	2
Lungekræft	1	1	2
Knoglemarvskræft	1	0	1
Ukendt	1	0	1
Spiserørskræft	1	0	1
Leukæmi	0	1	1
Livmoderkræft	0	1	1
Hudkræft	1	0	1
Hjernekræft	1	0	1
Endetarmskræft	0	1	1
Mavesækkekræft	0	1	1
Total	10	45	55

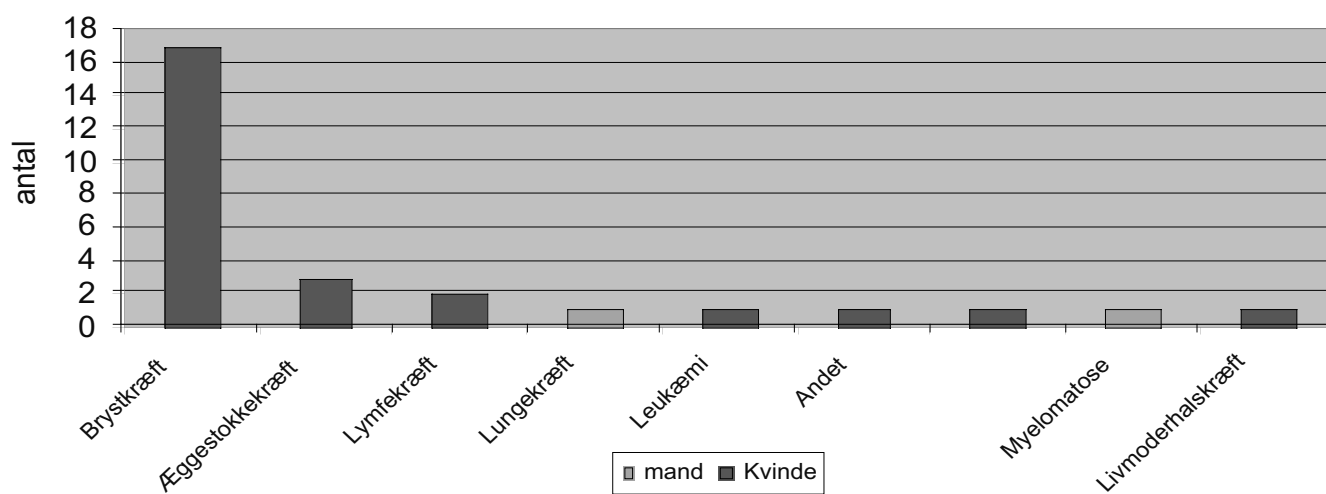
### Diagnosefordeling Sønderjyllands Amt



## Vestsjællands Amt

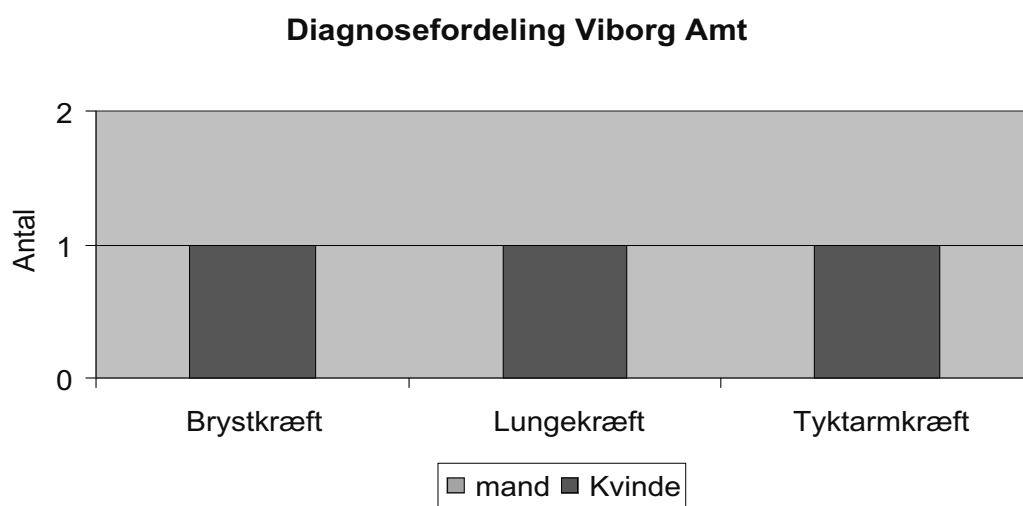
Diagnose	Mand	Kvinde	total
Brystkræft	0	17	17
Æggestokkekræft	0	3	3
Lymfekræft	0	2	2
Lungekræft	1	0	1
Leukæmi	0	1	1
Andet	0	1	1
Ukendt	0	1	1
Myelomatose	1	0	1
Livmoderhalskræft	0	1	1
Total	2	26	28

Diagnosefordeling Vestsjælland Amt



## Viborg Amt

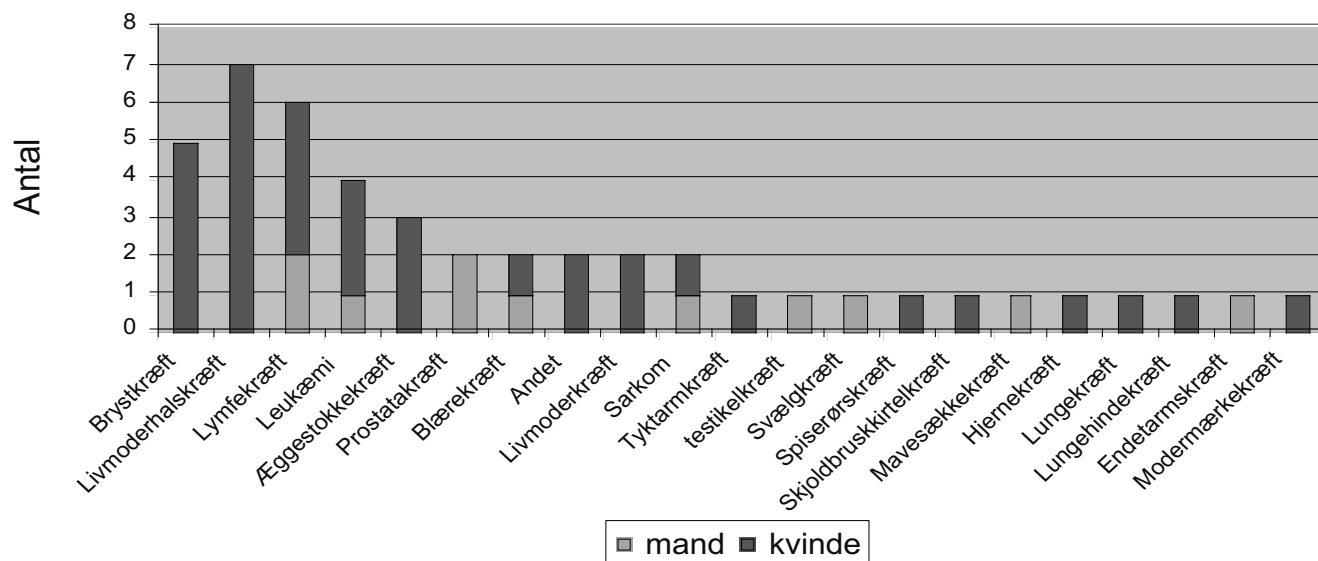
Diagnose	Mand	Kvinde	Total
Brystkræft	0	1	1
Lungekræft	0	1	1
Tyktarmkræft	0	1	1
Total	0	3	3



## Århus Amt

Diagnose	mand	Kvinde	Total
Brystkræft	0	29	29
Livmoderhalskræft	0	7	7
Lymfekræft	2	4	6
Leukæmi	1	3	4
Æggestokkekræft	0	3	3
Prostatakræft	2	0	2
Blærekræft	1	1	2
Andet	0	2	2
Livmoderkræft	0	2	2
Sarkom	1	1	2
Tyktarmkræft	0	1	1
testikelkræft	1	0	1
Svælgkræft	1	0	1
Spiserørskræft	0	1	1
Skjoldbruskkirtelkræft	0	1	1
Mavesækkekræft	1	0	1
Hjernekræft	0	1	1
Lungekræft	0	1	1
Lungehindekræft	0	1	1
Endetarmskræft	1	0	1
Modermærkekræft	0	1	1
Total	11	59	70

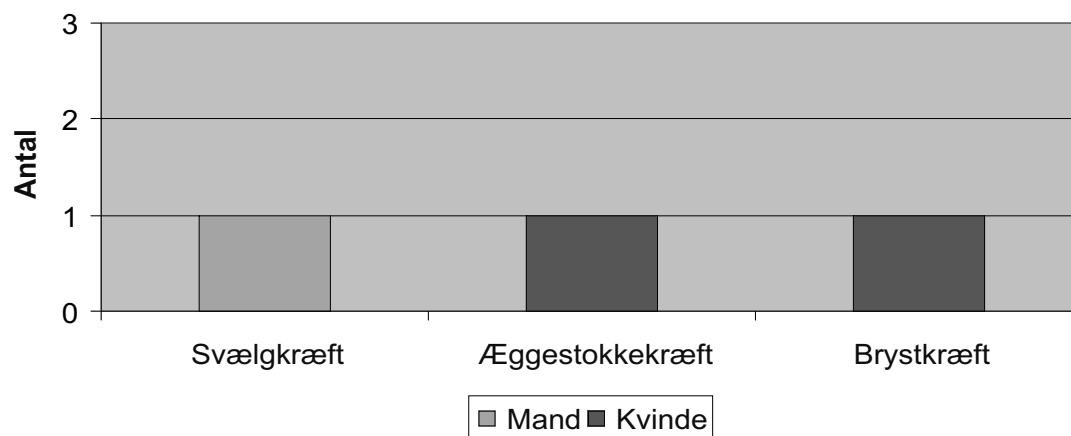
Diagnosefordeling Århus Amt



## Bornholms Amt

Diagnose	Mand	Kvinde	Total
Svælgkræft	1	0	1
Æggestokkekræft	0	1	1
Brystkræft	0	1	1
Total	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>

Diagnosefordeling Bornholms Amt



## Bilag 7 – visitationskriterier

Inklusion	Eksklusion
<p><b>Patienter med kræft.</b></p> <p><b>Kræftpatienter</b></p>	<p><b>Patienter, der ikke lider af kræft.</b></p> <p><b>Kræftpatienter</b></p>
<p><b>Sygdomsstatus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der har afsluttet primærbehandlingen eller recidivbehandling med i.v. kemoterapi eller strålebehandling.</li> <li>• Patienter med avanceret sygdom eller recidiv skal have afsluttet en behandlingsperiode med i.v. kemoterapi eller strålebehandling – eller være i livslang/kontinuerlig behandling med p.o. kemoterapi eller hormonbehandling.</li> <li>• der har en livshorison <math>&gt; 6</math> måneder.</li> </ul>	<p><b>Sygdomsstatus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Med aktuelt behandlingsbehov for i.v. kemoterapi eller strålebehandling.</li> <li>• der har været indlagt på sygehus umiddelbart før opholdet på Dallund (ingen direkte overflytning).</li> <li>• der er terminale (livshorison <math>&lt; 6</math> måneder).</li> </ul>
<p><b>Behov</b></p> <p>Der udfra en faglig vurdering skønnes at have gavn af et rehabiliteringsophold, for derigennem at komme videre i et aktivt liv.</p>	<p><b>Behov</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• der udelukkende har behov for pleje, rekreation, palliation eller ophold på hospice.</li> </ul>
<p><b>Funktionsniveau</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der vil og kan deltage aktivt i Centrets aktiviteter, der bl.a. omfatter en vis fysisk aktivitet.</li> </ul>	<p><b>Funktionsniveau</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der ikke er selvhjulpne.</li> <li>• Der har væsentlige bevægelsesindskrænkninger eller behov for hjælpemidler, fx rollator.</li> <li>• Der ikke kan gå på trapper.</li> <li>• Der ikke kan følge et simpelt fysisk genoptræningsprogram.</li> <li>• Der ikke – fysisk eller psykisk - kan følge klasseundervisning, deltage i gruppediskussioner eller vejledning.</li> <li>• Der ikke taler/forstår dansk.</li> </ul>
<p><b>Forskning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• der er indforstået med at bidrage med oplysninger om behov og erfaringer i relation til Centrets forskningsaktiviteter.</li> </ul>	<p><b>Forskning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• der ikke ønsker at bidrage til Centrets forskningsaktiviteter.</li> </ul>