



Anvendelse af patientkurser har på Rigshospitalet bl.a. givet gevinst i form af netværksdannelse blandt patienterne. Desuden har behandlerne fået værdifuld viden - også tværfagligt.

Arkivfoto: Tomas Bertelsen

Rigshospitalets undersøgelse om rehabilitering i hospitalsregi:

Patienten skal have en aktiv rolle

Grib chancen når strukturen i sygehusvæsenet ændres. Det er alle tiders mulighed for at integrere rehabiliteringen som en del af behandlingen på sygehuset, mener kræftrehabiliteringssygeplejerske fra Rigshospitalet.

Tekst: Hanne Hauerslev Foto: Tomas Bertelsen

■ Igennem to år fik kvinder med livmoderhalskræft på Rigshospitalet tilbud om rehabilitering.

Udviklingsprojektet som Lise Bjerrum Thisted var projektkoordinator for, blev i samar-

bejde med kultursociolog seniorforsker Helle Timm og cand. soc. Rikke Vittrup gennemført fra 2003 til 2005.

Lise Bjerrum Thisted er ansat 20 timer ugentligt som kræftrehabiliteringssygeplejerske på Rigshospitalet - og er formentlig en af de få af slagsen i landet.

I projektet fik kvinderne tilbud om telefonrådgivning og udskrivelsessamtale om rehabilitering. Cirka seks uger efter afsluttet behandling, fik de desuden valget mellem enten en times individuel sygeplejekonsultation eller et gruppebaseret patientkursus fire gange tre timer over en måned.

- Det er vigtigt, at kvinderne har forstået og bearbejdet, hvad de reelt er igennem under deres behandling, når de starter reha- ▶

Indhold

Rehabilitering som en del af Rigshospitalets kræftprogram	2
Træthed et stort problem for kræftpatienter side	4
Vi skal måle os med de bedste	6
Kort nyt side	8

Rehabiliteringsforløbet på Rigshospitalet viste større behov for at tale med en præst end med en psykolog. Livet og døden har fyldt meget på patientkurset.

Struktur-udfordringer for rehabiliteringen

■ Kræftrehabiliteringen befinder sig midt i sin udviklingsfase på samme tid, hvor også strukturen er midt i sin udviklingsfase. Det giver nogle klare udfordringer i at sikre, at kræftpatienter tilbydes rehabilitering på såvel hospitalerne som i kommunerne.

Indenfor andre sygdomsområder som diabetes, hjerneskrader, KOL, fald m.fl., er der allerede i dag velbeskrevne patientforløb, hvor dialogen mest handler om ansvarsfordeling, når nu genoptræning og rehabiliteringsansvaret flytter til kommunerne fra 1.1.2007.

Indenfor kræftrehabilitering er vi knapt nok begyndt at lave patientforløb i hospitalsregi, og nu skal kommunerne også i gang. Jeg finder, det er en meget spændende tid, hvor det gælder om at være kreativ og tænke i spændende modeller.

Jeg finder også, det er en tid, hvor hospitalerne bør definere, hvilken rolle de ønsker fremover indenfor rehabilitering. Ikke alt kan flyttes til kommunerne, og i øvrigt starter rehabilitering ved diagnose tidspunktet, hvorfor hospitalerne bør have en aktiv rolle.

Så jeg så gerne en aktiv fase, hvor hospitalerne og kommunerne kunne finde grænseflader i arbejdet med rehabilitering, så patienterne fremover rent faktisk vil opleve et sammenhængende patientforløb.

I dette kvartalsnyt ser vi blandt andet på Rigshospitalets nye tiltag og sætter et helikopter perspektiv på, hvor Danmark er i forhold til udlandet, og hvordan kan vi blive bedre herhjemme indenfor rehabilitering.



....Fortsat fra forsiden

bilitering. Og den skal ikke kun være et kvalitetsløft eller plaster på såret. Vi skal gerne blive bedre til at give en individuel og målrettet rehabilitering og vise, at det har en effekt, siger Lise Bjerrum Thisted.

Der var stort set en lige fordeling mellem valget af at deltage i gruppe eller i den individuelle rehabilitering.

- Det er altså væsentligt ikke kun at basere rehabilitering på gruppebaseret patientundervisning.

Efter at kvinderne havde været hjemme i seks uger, havde de et stort behov for at få kvalificerede svar på alle de spørgsmål, der dukker op, når et hverdagsliv skal leves efter en kræftbehandling.

- Spørgsmålene favner naturligvis bredt, og handler om alt fra sexliv til eksistentielle tanker. Derfor skulle de otte kvinder på patientkurset møde både en læge, en socialrådgiver, en psykolog, en sygeplejerske, en fysioterapeut og en diætist. Efter en tid erfarede vi, at der var et større behov for at tale med en præst end med en diætist, hvor efter vi byttede de to fagpersoner. Man kunne tro, at en psykolog og præst dækkede det samme - nemlig det svære ved at få kræft. Men de dækker forskellige behov. Der var i det hele taget stor trang til at tale om livet og døden.

Patienterne får netværk

Det viste sig, at formen med at samle otte patienter omkring en gruppe af

fagpersoner, har flere gevinster.

- For kvinderne gav det mulighed for at skabe et netværk, for der opstod en stor fortrolighed undervejs.

- For både fagpersoner og patienter fungerede selve formen på møderne rigtig godt. Vi droppede alt det med overheads og dagsorden. Der kom en fagperson ind i gruppen, som for eksempel spurgte en af gruppens medlemmer: Hvordan oplever du, at din sygdom påvirker dit arbejdsliv? På den måde tog alle fagpersonerne udgangspunkt i patienterne og deres behov. For det nytter jo ikke noget, at vi tror, vi ved, hvad man som patient har brug for at vide. Vi kender ikke patienternes hverdagsliv. Det giver mening, hvis man får svar på det, man har brug for - så kan viden anvendes og omsættes til brug i dagligdagen, siger Lise Bjerrum Thisted.

Ud fra dialogen kom der ikke alene viden fra fagpersonale til patient.

- På denne måde får vi som behandlede jo også værdifuld viden. Når jeg for eksempel hører lægens forklaringer, får jeg en masse aha-oplevelser og bliver klogere på tingene på en helt anden måde, end jeg kan opnå igennem at læse faglitteratur. Sådan skal vi lære at anerkende patienterne og hinanden



Rehabilitering som en del af Rigshospitalets kræftprogram

Rigshospitalet klar til at arbejde for, at rehabiliteringen bliver en del af behandlingen.

■ Kræftpatienterne skal opleve et velkoordineret forløb af høj kvalitet og med målrettet rehabilitering. Sådan formulerer Rigshospitalets Kræftprogram ambitionerne, når det gælder rehabilitering af patienterne.

- Derfor har vi ansat en rehabiliteringssygeplejerske ligesom vi fortsætter det udviklingsprojekt, som Lise Bjer-

rum Thisted har været primus motor i, siger Lisbeth Sommer, der er leder af Rigshospitalets Kræftprogram.

- Ledelsen vil prioritere det her område, for at patienterne kan komme godt igennem deres behandling i hospitalsregi. Rehabiliteringen vil give dem handlemuligheder, som får dem til bedre at overskue det kaos, som de oplever sygdommen medfører. Flere undersøgelser viser, at patienterne har ressourcer, som aldrig rigtig bliver anvendt - og det skal rehabiliteringen være med til at ændre på, siger Lisbeth

Lise Bjerrum Thisted er en af landets få rehabiliteringssygeplejerske, som har stået for projektet på Rigshospitalet.

som læremestre. Som fagpersoner er vi vant til at styre rigtig meget i den specialiserede sygehusverden – men når vi lader patienterne komme til, får vi mulighed for at gøre vores job bedre.

Sparer tid

Umiddelbart lyder det logisk, at denne form for rehabilitering er ressourcekrævende. Men det kan man ikke nødvendigvis konkludere, mener Lise Bjerrum Thisted.

- Når vi kan samle patienterne i grupper, sparer vi tid på kort sigt. Men ved at hjælpe patienterne på deres egne præmisser tidligt, undgår vi i sidste ende at bruge ressourcer, måske fordi patienten hurtigt bliver guidet og fordi fagpersonerne kender hinandens fagområde bedre og dermed nemmere kan give de rigtige beskeder fra starten. Men når det er sagt, er det jo svært at måle på, om denne form for rehabilitering gør en forskel – altså om vi gør vores arbejde bedre i den sidste ende, og hvilken betydning det har for patienten. Vil tiden læge alle sår alligevel?

- Her adskiller kræftrehabiliteringen sig væsentligt fra for eksempel hjerterehabiliteringen, hvor du direkte kan måle om informationer om sund livsstil resulterer i, at patientens risiko for at få en ny blodprop bliver reduceret. På kræftområdet kan jeg ikke måle om mine informationer om sund livsstil, håndtering og forebyggelse af bivirkninger direkte betyder, at patienten

ikke får en ny knude i brystet. Det eneste målbare er, om rehabiliteringen betyder, at kræftpatienten føler, at hun bedre kan håndtere sin sygdom i hverdagen, forklarer Lise Bjerrum Thisted.

Chef over egen sygdom

Hun mener, at forskellige sygdomsgrupper sagtens kunne gennemgå rehabilitering sammen.

- Vi er rigtig dygtige til at putte patienterne i kasser, for sådan er det logisk for os, særligt i sygehusregi. Vi havde deltagere på patientkurset fra hele gruppen af kvinder behandlet for underlivskræft, og de kunne sagtens bruge hinandens erfaringer, fordi hele deres liv var i fokus – ikke blot diagnosen og behandlingen. Det er ligegyldigt, om du har underlivskræft eller brystkræft, hvis du er i starten af 20'erne og studerende – dine tanker og problemer vil typisk omkredse samme emner. Vi skal tænke anderledes, og se patienten som det hele menneske, mener Lise Bjerrum Thisted, der mener, at rehabilitering i hospitalsregi skal være en del af behandlingen.

- Rehabilitering i hospitalsregi skal ind så tidligt som muligt. På den måde giver vi den enkelte patient en aktiv rolle i stedet for, at han alene kommer her for at modtage en behandling. I stedet bliver han chef over sin egen sygdom.

Lise Bjerrum Thisted anbefaler, at de nye kommuner forsøger at etablere



rehabilitering i behandlingen netop nu, hvor ansvaret for sygehusdriften går fra amt til kommunerne.

- Nu er der mulighed for at kaste alle boldene op og lade dem falde ned på en ny måde. Så jeg mener, at vi skal handle nu og bruge omlægningen til nytænkning i sygehusregi. Det er oplagt at bruge rehabiliteringen som en metode til både at lade patienten få mere ansvar og samtidig give ham tværfaglig opbakning. Det vil komme alle parter til gode. Blandt andet vil det give mere arbejdsglæde hos personalet – hvilket var et andet resultat af undersøgelsen.

Undersøgelsen bliver publiceret i to videnskabelige artikler. Interesserede kan læse om Kræftprogrammet på www.rh.dk – her vil der desuden være links til artiklerne, når de bliver optaget i videnskabelige tidsskrifter.

Læs også om Sundhedsstyrelsens litteraturgennemgang af patientundervisningen på danske hospitaler på www.sst.dk

Sommer, der mener at rehabiliteringen også er et rigtig godt redskab til at etablere bedre samarbejde på tværs af klinikker og faggrupper.

- Klinikkerne har brug for at få viden på tværs og for i det hele taget at sætte tværfaglige aktiviteter i gang – det kan rehabiliteringen også være med til at etablere.

En af de store udfordringer bliver fremover også at få rehabiliteringen på hospitalerne til at hænge sammen med kommunernes tiltag, mener Lisbeth Sommer.



Undersøgelsen viser, at de unge har samme tanker og problemer, uanset kræftform.

- I København har kommunen etableret et sundhedscenter for kræftrehabiliteringen, som vi er i fuld gang med at etablere samarbejde med. På sigt mener jeg, at det kan få stor betydning for både patienternes oplevelse af forløbet men også på for eksempel betydning for genindlæggelsestider og dermed de samlede sundhedsudgifter.



Træthed stort problem for kræftpatienter

Fatigue er en følelse af overvældende træthed, svaghed og mangel på energi. Det er et stort problem for hver tredje kræftpatient op til ti år efter behandlingen. Hver femte har sandsynligvis følt denne træthed igennem alle årene siden behandlingen. Det viser en ny videnskabelig undersøgelse.

Tekst: dr. med. Tom Kristensen, RehabiliteringsCenter Dallund

■ Træthed af den slags, der ikke forsvinder blot ved at sove længe, tage sig en ekstra lur eller slappe af kaldes også fatigue. Tidligere undersøgelser har vist, at fatigue er det hyppigste og mest belastende problem for kræftpatienter. Patienterne anser træthed for at være

et stort problem op til ti år efter at kræft-sygdommen er konstateret.

En ny amerikansk undersøgelse er offentliggjort i det anerkendte tidsskrift Cancer, der udgives af American Cancer Society, Kræftens Bekæmpelses side-stykke i USA. Forfatterne har undersøgt fatigue hos de såkaldte "long term survivors" - patienter, der har levet i mange år efter deres sygdom og som ikke har tegn på sygdom.

Undersøgelsen fra USA omfatter 763 brystkræftpatienter, som blev adspurgt på to forskellige tidspunkter, nemlig mellem 1 og 5 år og mellem 5 og 10 år efter, at de havde fået konstateret kræft.

På begge tidspunkter fortalte cirka 35 procent af patienterne om en signifikant og konstant fatigue, der dominerede deres liv. 21 procent rapporterede om fatigue i begge undersøgelser - det vil sige både 1-5 år og 5-10 år efter deres behandling. Disse 160 kvinder har sandsynligvis haft fatigue i hele for-

løbet efter behandlingen.

Forskerne undersøgte, om forskellige almindelige faktorer som for eksempel alder, indkomst og ægteskabelig status kunne have en mulig sammenhæng med forekomsten af fatigue. Kun patienternes indkomst viste en sikker sammenhæng med fatigue på begge undersøgelsestidspunkter. Kvinder med fatigue har ofte en lavere indkomst end kvinder uden fatigue.

Den hyppigste gene af alle

Kvinder, som var behandlet med både stråler og kemoterapi, viste sig i højere grad at føle træthed sammenlignet med kvinder, der kun havde modtaget en af disse behandlingsformer. Der blev ikke fundet sammenhæng mellem antihormonbehandling (tamoxifen) og fatigue.

Andre fysiske og psykiske sygdomme kan også bidrage til fatigue - for eksempel diabetes, forhøjet blodtryk, hjertesygdomme og gigt eller depression, smerter og angst. I denne under-



Dallund har spurgt sine kursister om en lang række gener. Træthed er den mest hyppige gene blandt kræftpatienter. For nogle op til 10 år efter behandling, viser ny forskning. Den på disse sider omtalte undersøgelse var af kvinder, men også mænd rammes af fatigue.

søgelse viste det sig, at patienter med symptomer på depression, smerter eller forhøjet blodtryk havde større risiko for fatigue. Ved at behandle disse sygdomme, kan også patienternes fatigue bedres.

Også for Dallunds kursister er træthed en hyppig og betydelig klage, som vi forsøger at identificere og beskrive på forskellige måder. Når vi stiller kursisterne det åbne spørgsmål: "Har du gener/komplikationer af din sygdom/behandling?", svarer 30 procent med egne ord 'træthed' eller lignende. Stiller vi derimod spørgsmålet ved hjælp af et spørgeskema, hvor mere end 60 gener heriblandt træthed kan markeres, sætter 68 procent kryds ved træthed. Det er den hyppigst markerede gene af alle.

Vi har også præsenteret kursisterne for udsagnet: "Jeg er altid træt" og bedt dem markere, hvordan udsagnet passer på dem. Af 1.377 kursister svarede 22 procent "Det passer fuldstændigt på

mig", 31 procent "Det passer nogenlunde på mig", mens 10 procent svarede "Det passer overhovedet ikke på mig" og 18 procent "Det passer næsten ikke på mig". 19 procent var i tvivl om deres svar. Der var imidlertid forskelle i svarprofilerne fra kursister med forskellige diagnoser. Det viser vi i figurerne på denne side. 29 procent af kursister med lymfekræft synes, at udsagnet "Jeg er altid træt" passer fuldstændigt på dem. Det samme mener kun 5 procent af kursister med prostatakræft.

I år forsøger vi på Dallund at beskrive og diagnosticere kursisternes træthed mere præcist, således at vi kan råde og vejlede kursisterne bedre. Under alle omstændigheder er emnet træthed eller fatigue et så væsentligt problem for patienter med kræft, at det diskuteres grundigt på alle Dallunds kurser.

Kilde: Bower JE, Ganz PA, Desmond KA et al. Fatigue in long-term breast carcinoma survivors: a longitudinal investigation. *Cancer* 2006; 106(4):751-758.

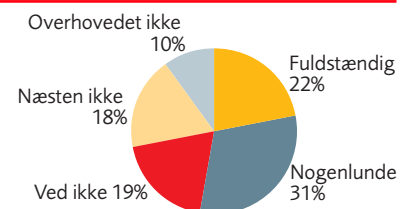
Patientudsagn: Jeg er altid træt

Dallund udvikler redskaber, der beskriver patienterne og deres situation i forbindelse med rehabilitering, men efter diagnose og behandling af deres kræftsygdom.

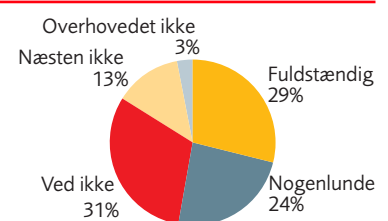
Ved afprøvning af et screeningsredskab blev patienterne bedt om at vurdere, om hvert af 30 udsagn passede fuldstændigt, nogenlunde, næsten ikke eller slet ikke på dem eller om de var tvivl.

Svarerne fra mere end 1.300 patienter findes i Dallunds database. Resultaterne kan analyseres på mange måder. Neden for vises nogle karakteristiske fund.

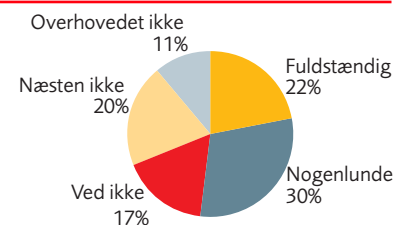
Alle patienter, N = 1.377



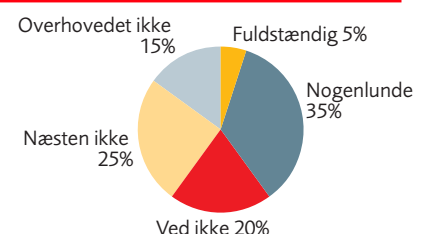
Lymfekræft, N = 67



Brystkræft, N = 747



Prostatakræft, N = 23





Vi skal måle os med de bedste

Kræftrehabilitering er udbredt i Europa, Canada og USA og på et højere niveau end i Danmark. Vi skal sammenligne os med de bedste, hvis vi skal nå målet i Kræftplan II om, at alle kræftpatienter i Danmark skal have tilbud om en individuel, evidensbaseret kræftrehabilitering. Standarden skal være høj – spørgsmålet er, hvordan vi sikrer rehabilitering på internationalt niveau.

Tekst: Charlotte Piester og Helle Ploug Hansen
Foto: Tomas Bertelsen

■ Tyskland har en lang tradition for rehabilitering. Alle patienter tilbydes tre ugers rehabiliteringsophold i forlængelse af afsluttet behandling. Rehabiliteringen finder sted på rehabiliteringscentre, der er placeret rundt om i landet.

Siden 1993 har Norge haft Rehabiliteringscenter Montebello (Syd Norge), der ugentligt modtager 50 kræftpatienter på kursus. Norge etablerer i år Rehabiliteringscenter Hyssna midt i landet, for at kunne tilbyde ophold såvel i Midt- som i Nordnorge.

I USA er Sloan-Kettering Cancer Center i New York førende inden for kræftrehabilitering. Her har man udviklet en meget fleksibel rehabiliteringsmodel: "Survivorship programme". Den funge-

rer som paraply over rehabiliteringstilbudene, der er en integreret del af behandlingen. Patienterne undersøges med henblik på at tilbyde målrettede tilbud alt efter behov og ønsker. "Survivorship programme" breder sig i kraftigt i USA.

I Holland er Rehabiliteringscentre integreret på de onkologiske afdelinger rundt om i landet. De fungerer som ambulatorier. Det vil sige, rehabilitering er en del af selve behandlingsforløbet.

Spredt rehabilitering i Danmark

I Danmark er indsatsen spredt og ringe udbredt, og der er ikke udarbejdet kliniske retningslinier eller forløbsbeskrivelser med standarder for en mindste rehabiliteringsindsats.

Kun enkelte steder i landet tilbydes kræftrehabilitering. Det er typisk sund-

hedsprofessionelle (sygeplejersker og fysioterapeuter) ildsjæle / entreprenører, der på eget initiativ har igangsat for eksempel patientundervisning, motion og samtaler om livsstil.

Nationalt er der dog forskningsprojekter, som skal medvirke til at skabe et evidensbaseret fundament for de rehabiliteringstiltag, der fremover skal tilbydes.

I 2001 blev projekt "Krop og kræft" etableret på Rigshospitalet. Resultater viser blandt andet, at muskelstyrke og kondition hos kræftpatienter i kemoterapi kan forbedres, og at deres følelse af træthed mindskes ved fysisk aktivitet.

I 2002 åbnede Kræftens Bekæmpelse RehabiliteringsCenter Dallund på Fyn med det formål at indsamle og udvikle rehabiliteringstiltag og -metoder, der kan komme alle kræftpatienter til gavn. Over 3.000 kræftramte har indtil nu deltaget i et seks dages internat kursusforløb. Centret har løbende udført erfaringsopsamling og bidraget til forskellige forskningsprojekter. Resultater viser, at deltagerne i et rehabiliteringskursus opnår både fysisk, psykisk og social positiv effekt.

Regeringen og Dansk Folkeparti har



Kun enkelte steder i Danmark tilbydes kræftrehabilitering - typisk foranlediget af ildsjæle. RehabiliteringsCenter Dallund, er etableret af Kræftens Bekæmpelse og er det eneste center i Danmark.

afsat 40 millioner i år 2006-07, til et samarbejde mellem Kommuner Landsforening, Kræftens Bekæmpelse og de centrale sundhedsmyndigheder. Partnerskabet skal sikre iværksættelsen af kommunale pilotprojekter inden for udvikling af rehabiliteringsmetoder, tilvejebringelse af evidens for effekt og videns spredning.

Trestrengt politik

For at sikre, at kræftpatienter fremover får tilbudt rehabilitering, er det nødvendigt med en trestrengt politik, der gennemføres samtidigt. Den ene streng handler om **rehabiliteringsindsats**. Den anden om **forskning**. Den tredje om **uddannelse**.

Rehabiliteringsindsats: Der skal målrettet igangsættes forskellige tværfaglige og tværgående rehabiliteringstiltag. De bør følge de retningslinier, der blandt andet er beskrevet i Den Nationale Kræftplan I og II og Nordisk Cancer Unions anbefalinger fra pjecen: "Fra behov til tilbud".

Der skal også udarbejdes forløbsbeskrivelser med standarder for rehabiliteringsindsats for de større kræftsygdomme såvel for region som kommu-

ner og dermed sikre et sammenhængende patientforløb. Der bør udvikles visitationsparametre, der skal integreres som led i vurdering af, hvilke tilbud den enkelte kræftpatient skal tilbydes. Og vi skal beslutte, hvilken struktur tilbudene overordnet skal have på landsplan - for eksempel kunne det være en struktur med tre faste elementer: Rehabiliteringssamtaler gennem patientforløbet med start fra diagnosetidspunkt, patientskoler med tilbud om et interaktivt forløb og rehabiliteringscentre med tilbud om ophold.

Forskning i kræftrehabilitering bør bestå af videnskabelige undersøgelser inden for tre områder. Nemlig for det første patienters oplevede problemer, behov og ønsker. For det andet bør der forskes i rehabiliteringens effekt på fysiske, psykologiske og sociokulturelle problemer. Og for det tredje skal den optimale organisering af indsatsen undersøges - herunder opgavefordeling mellem aktører. Især sidstnævnte område bør prioriteres for at sikre at de mange eksisterende tiltag udnyttes bedst muligt.

Uddannelse er nødvendig, og der skal

satses på tværfagligt samarbejde. Det gælder blandt andet kompetenceudvikling af sundhedspersonale og en decideret uddannelse i rehabilitering som en tværgående disciplin i de sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser. Men det tværfaglige skal også forankres i efteruddannelser som eksempelvis diplomstudier, i den sundhedsfaglig kandidatuddannelse (cand.scient.san.) og endelig på masteruddannelsen i rehabilitering ved Syddansk Universitet.

Kræftrehabilitering skal op på højeste internationale niveau, herom må der ingen tvivl være. Kræftrehabilitering befinder sig på et udviklingsstadium, og det er spændende at være med. Men rehabilitering er ikke gratis, og det vil være naivt at tro, at vi fremover vil kunne måle os med de bedste uden nogen form for tilførsel af ressourcer til området. Det er vigtigt, at der er et kontinuerligt fokus på området og opbakning fra politisk hold. Det er en langsigtet strategi, som kræver lang tids investering. På Dallund følger vi udviklingen i udlandet, så vi kender de bedste tilbud og kan få inspiration til ny udvikling.

Kort nyt

Dallund samler kommunale projekter

Med kommunalreformen bliver kommunerne som noget nyt ansvarlige for al den træning, der foregår efter udskrivning fra sygehus. Både kommuner og regioner får fremover opgaver inden for den patientrettede forebyggelsesindsats og rehabilitering - opgaver, som de skal dele.

Regeringen, har som omtalt inde i bladet, afsat 40 mio. kroner til kræftrehabilitering, styret af et partnerskab mellem Kræftens Bekæmpelse, Kommunernes Landsforening og de centrale sundhedsmyndigheder. Partnerskabet støtter de kommende år kommunale kræftrehabiliteringsprojekter inden for områder, hvor der i forvejen er god evidens, hvor der p.t. mangler viden eller, hvor en særlig indsats er påkrævet. Nogle få, kvalitativt gode og fagligt fungerede projekter kan få støtte på et økonomisk niveau omkring 2-4 mio. kroner. Indsatsområder, som især vægtes, er: 1. Fysisk aktivitet. 2. Koordination af og samarbejde om en sammenhængende indsats fra sygehus til kommunalt regi. 3. "Tilbage til livet", herunder mestring af ændrede vilkår og tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

Som en vigtig del af de kommunale projekter skal vidensopsamling og vidensspredning have en fremtrædende rolle.

Dallund skal som videnscenter stå for den overordnede samling og formidling af den viden, der høstes i den kommunale kræftrehabilitering og skal fungere som sparringspartner for projekterne. Den løbende vidensformidling skal bl.a. ske via en hjemmeside med koordination af litteratur, status på støttede projekter og igangværende aktivitet.

Desuden er det planen, at Dallund skal stå for udvikling af en konkret model til kræftrehabilitering, som kan implementeres i kommunerne på grundlag af eksisterende viden og viden indsamlet fra projekterne.

Der er ansøgningsfrist til projektpuljen den 31. august hos Indenrigs- og Sundhedsministeriet.



Foto: Heidi Maxmiling

Kom videre på Dallund

- Rehabiliteringstilbud til kræftpatienter

■ Dallund er det første rehabiliteringscenter i Danmark, hvor færdigbehandlede kræftpatienter bliver tilbudt et aktivt kursusforløb af seks dages varighed. Målet med opholdet er at give kursisterne ny energi og nye mål gennem viden om deres sygdom, fysisk aktivitet, tid til samvær og erfaringsudveksling, sunde måltider samt udarbejdelse af egen handleplan.

Dallund er også forskningsprojekt, hvor det egentlige formål er at samle viden og dokumentation om rehabilitering af kræftpatienter for derigennem at få integreret rehabilitering som en del af kræftpatientforløbet i Danmark.

Kursusopholdet er gratis for kræftpatienten under forudsætning af at amtet har indgået aftale. Opholdet finansieres gennem et samarbejde mellem Kræftens Bekæmpelse og en række amter.

På www.dallund.dk under "henvisning" finder du ansøgningsskema som pdf-fil, samt kriterier for visitation og kontaktpersoner i de deltagende amter. Materialet kan også fås ved henvendelse til Dallund, Kræftens Bekæmpelse, Kræftens Bekæmpelses kræftrådgivninger og på sygehusafdelingerne.

RehabiliteringsCenter Dallund

Dallundvej 63
5471 Søndersø
Telefon: 64 89 11 34
Telefax: 64 89 15 14
e-mail: dallund@dallund.dk
www.dallund.dk

Redaktion:

Charlotte Piester, projekt- og centerchef
Hanne Hauerslev, journalist (DJ)
Vibeke Sandberg, chefsekretær

KALENDER

Kurser og andre arrangementer

- 7.-12. august** Kursister med blandede diagnoser
- 14.-19. august** Kvinder over 50 år med brystkræft
- 21.-26. august** Kursister med blandede diagnoser
- 28. aug.-2. sept.** Uden kursister
- 4.-9. september** Kursister der skal tilbage til arbejdet
- 11.-16. september** Kvinder med brystkræft
- 18.-23. september** Kursister over 60 år (seniorer)
- 25.-30. september** Temaug: Krop og kunst
- 2.-7. oktober** Kursister med blandede diagnoser
- 9.-14. oktober** Mænd med blandede diagnoser
- 16.-21. oktober** Uden kursister
- 23.-28. oktober** Temaug: Kom din træthed til livs

Skriv til Dallund, hvis der er emner til debat, dialog eller andet, du ønsker Kvartalsnyt skal indeholde i fremtiden, eller hvis du ønsker flere eksemplarer af Kvartalsnyt.