

REHPA

Videncenter for
Rehabilitering og Palliation



PRAKSISBESKRIVELSER FORSKNINGSKLINIK REHPA

- Standard rehabiliteringsforløb for mennesker med eller efter kræft



INDHOLD

Redaktion- og forfatterpræsentationer	4
Forord	5
Resumé	6
Summary	8
 DEL 1 – Standard rehabiliteringsforløb for mennesker med eller efter kræft <i>Annette Rasmussen</i>	 10
1. Forløb på REHPA	11
2. REHPAs forskningsklinik	13
2.1. Omgivelser, arkitektur og lindring	13
2.2. Teoretisk afsæt	13
2.3. Referencerammer	14
3. Rekruttering, henvisningsskema og visitering	15
4. Behovsafdækning blandt deltagerne	16
5. Deltagernes arbejde med målsætning	17
5.1. Baggrund for målsætningsarbejdet	17
6. Læring og forandring	18
6.1. Deltagerforudsætninger	18
6.2. Hvad skal læres?	18
6.3. Begreber i klinisk, pædagogisk praksis på REHPA	18
7. Fællesskab	20
8. Mad og måltider	21
9. Mono- og tværfaglige kompetencer	21
9.1. Forløbsledelse	22
10. Kvalitetssikring og forskning	22
10.1. Kvalitetssikring og kvalitetsudvikling af rehabiliteringsforløbene	22
10.2. Forskning	22
 DEL 2 – De kliniske indsatser	 24
Klinisk indsats 1: Patientrapporterede oplysninger ved forskningsklinikken <i>Graziella Zangger</i>	25
Klinisk indsats 2: Velkomst, introduktion og fællesskab <i>Rikke Tornfeldt Martens</i>	31
Klinisk indsats 3: Præsentation og gruppedannelse <i>Annette Rasmussen</i>	35
Klinisk indsats 4: Hvordan med arbejdslivet? <i>Jan Tofte</i>	39
Klinisk indsats 5: Krop og fysisk aktivitet <i>Eva Jespersen, Rikke Tornfeldt Martens & Susan Dybkjær Johansson</i>	43
5.1: Fysisk testning	45
5.2: Træningsdagbog	46
5.3: Krop og bevægelse	47
5.4: Yoga	49
Klinisk indsats 6: Eksistentiel dimension i rehabilitering <i>Mette Tikjøb Grymer & Annette Rasmussen</i>	55
Klinisk indsats 7: Kræftrelateret fatigue <i>Dorthe Søsted Jørgensen</i>	58
Klinisk indsats 8: Søvnbesvær <i>Dorthe Søsted Jørgensen</i>	60
Klinisk indsats 9: Kræft og psyke <i>Nina Rottmann</i>	63
Klinisk indsats 10: Livet i bevægelse <i>Nina Rottmann</i>	66
Klinisk indsats 11: Intimitet og seksualitet <i>Dorthe Søsted Jørgensen & Annette Rasmussen</i>	69
Klinisk indsats 12: Mad og måltider <i>Marianne Boll Kristensen</i>	73
Klinisk indsats 13: Mindfulness <i>Susan Dybkjær Johansson</i>	77
Klinisk indsats 14: De individuelle samtaler <i>Annette Rasmussen</i>	81
Klinisk indsats 15: Mål, motivation, forandringsprocesser og handleplan <i>Jan Tofte & Annette Rasmussen</i>	84
Klinisk indsats 16: Afslutning på ophold <i>Dorthe Søsted Jørgensen</i>	88

DEL 3 – Fremtidige perspektiver for standard rehabiliteringsforløbene på REHPA Annette Rasmussen 91

Bilagsoversigt	92
Bilag 1. Indhold i REHPAs standard rehabiliteringsforløb	93
Bilag 1a. Content of the standard residential rehabilitation programme at the Danish Knowledge Centre for Rehabilitation and Palliative Care (REHPA)	94
Bilag 2. REHPA-skalaen	95
Bilag 3. Individuel, skriftlig handleplan	96
Bilag 4. Dialogstøtteark	97
Bilag 5. Energiskema	98
Bilag 6. Energiregnskabet	99
Bilag 7. Skema vedrørende søvnvaner	100

REHPA

Videncenter for
Rehabilitering og Palliation

Praksisbeskrivelser – Forskningsklinik REHPA.
Standard rehabiliteringsforløb for mennesker med eller efter kræft.

Redaktion: Annette Rasmussen, Eva Jespersen, Tina Backmann & Lene Jarlbæk

Copyright©2020 REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse.
Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til REHPA.

Design: Company:k
Foto: Fotograf Finn Brøndum, fotograf Nils Lund og REHPA
Tryk: Print & Sign, SDU
Oplag: 200 stk.

ISBN: 978-87-93356-43-6 (trykt udgave)
ISBN: 978-87-93356-44-3 (online)

REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation
Vestergade 17
5800 Nyborg
Telefon 21 81 10 11
Mail: rehpa@rsyd.dk
www.rehpa.dk

Rapporten er fagligt godkendt af videncentrets medarbejdere og eksternt reviewet.
Udarbejdelsen af og baggrunden for rapporten fremgår af forordet.

Rapporten kan downloades fra www.rehpa.dk.

Redaktion- og forfatterpræsentationer



Annette Rasmussen
Sygeplejerske, klinisk leder
Cand.cur.
REHPA, Videncenter for
Rehabilitering og Palliation



Marianne Boll Kristensen
Ph.d.-studerende, klinisk diætist
Cand.scient.
Ernærings- og Sundheds-
uddannelsen, Københavns
Professionshøjskole og REHPA,
Videncenter for Rehabilitering og
Palliation



Dorthe Søsted Jørgensen
Sygeplejerske
Master i Sundhedsantropologi
REHPA, Videncenter for
Rehabilitering og Palliation



Mette Tikjøb Grymer
Sognepræst
Cand.theol.
Nyborg Kirke



Eva Jespersen
Fysioterapeut
Ph.d.
REHPA, Videncenter for
Rehabilitering og Palliation
og Forskningsenheden for
Rehabilitering, Odense
Universitetshospital



Nina Rottmann
Psykolog
Lektor, ph.d.
REHPA, Videncenter for
Rehabilitering og Palliation og
Institut for Psykologi, Syddansk
Universitet



Graziella Zangger
Fysioterapeut,
Cand.scient.san.
REHPA, Videncenter for
Rehabilitering og Palliation



Rikke Tornfeldt Martens
Fysioterapeut, MSA
Master i Sundhedsantropologi
Efteruddannelser i neurofysioterapi,
medicinsk træningsterapi,
pilatesinstruktør og personlig træner
REHPA, Videncenter for
Rehabilitering og Palliation



Jan Tofte
Socialrådgiver
Efteruddannelser i kognitive
behandlingsformer og
arbejdsmarkedsforhold
REHPA, Videncenter for
Rehabilitering og Palliation



Susan Dybkjær Johansson
Fysioterapeut, yogalærer og
mindfulness instruktør
REHPA, Videncenter for
Rehabilitering og Palliation



Lene Jarlbæk
Læge
Ph.d., overlæge, onkolog
REHPA, Videncenter for
Rehabilitering og Palliation



Tina Backmann
AC-konsulent, fysioterapeut
Cand.scient.san.
REHPA, Videncenter for
Rehabilitering og Palliation

Forord

Nærværende rapport er en samlet, detaljeret beskrivelse af den nuværende forsknings- og erfaringsbaserede rehabiliteringspraksis, som den udfolder sig i REHPAs forskningsklinik for otte standardiserede rehabiliteringsforløb, som REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation tilbyder mennesker med forskellige kræftdiagnoser.

Kræftrehabilitering i Danmark har gennemgået stor udvikling gennem de sidste 20 år. Denne udvikling blev bl.a. initieret ved etablering af RehabiliteringsCenter Dallund (RcDallund) i 2001 drevet af Kræftens Bekæmpelse. Udviklingen blev yderligere styrket med Kræftplan II og finanslovsaftalen i 2006, hvor 40 millioner blev afsat til at støtte kommunale kræftrehabiliteringsprojekter.

REHPA kom på finansloven i 2012 på baggrund af en beslutning om at sammenlægge RcDallund og Palliativt Videncenter (PAVI). REHPA fik ved sin tilblivelse en særlig forpligtelse til at beskæftige sig med, hvorledes rehabilitering og palliation kan integreres og koordineres på tværs til gavn for mennesker med livstruende sygdomme.

REHPAs forskningsklinik tilbyder, for nuværende, otte standardiserede rehabiliteringsforløb årligt. Forløbene i forskningsklinikken indgår i REHPAs samlede aktiviteter, som er rettet mod at samle, skabe og dele viden om rehabilitering og palliation. De otte standardiserede forløb tager afsæt i ovenstående historiske baggrund. Af denne årsag indeholder forløbene et tydeligt sundhedspædagogisk fundament i en gruppebaseret praksis. Forløbene adresserer temaer, som kan betegnes som generiske inden for kræftrehabilitering, og de har således ikke til formål at imødekomme diagnosespecifikke behov eller problemer.

Forløbenes enkelte elementer repræsenterer forskellige perspektiver på, hvordan der kan arbejdes med fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle rehabiliteringsbehov med fokus på funktion, aktivitet og lindring. I rapporten har forskningsklinikken tværfaglige medarbejdergruppe beskrevet de enkelte elementer, som de hver især er særligt involverede i. Således bidrager forskellige fagområder på forskellige niveauer til det fælles projekt – som er, at rehabiliteringsindsatserne skal bidrage til bedre livskvalitet for mennesker, der lever efter en afsluttet eller med en igangværende kræftbehandling.

Mange mennesker lever med konsekvenserne af deres kræftdiagnose og -behandling, og de har

brug for støtte til at vende tilbage til hverdagslivet efter endt kræftbehandling eller undervejs i sygdoms- og behandlingsforløbet. Der er områder, som er velbelyste i forbindelse med kræftrehabilitering; for eksempel fysisk træning, der har vist at have positiv effekt på livskvaliteten hos personer med kræft. Der er dog fortsat megen viden om kræftrehabilitering, som endnu ikke er tilvejebragt eller implementeret i praksis, hvorfor kræftrehabilitering som felt fortsat har brug for stor forsknings- og udviklingsmæssig opmærksomhed.

Resuméet med henvisning til bilag og indholdsfortegnelsen giver læseren et overblik over, hvordan materialet kan tilgås på forskellig vis, alt efter interesse, behov eller profession. Således falder rapporten i tre dele. Første del beskriver forskningsklinikken, det teoretiske afsæt, rekruttering, rehabiliteringsprocessen herunder læring og forandring, fællesskab, tværfaglighed, kvalitetssikring og forskning.

Anden del beskriver mere detaljeret forløbenes enkelte rehabiliteringsindsatser for personer med tidligere eller nuværende kræftsygdom. De enkelte indsatser er fremstillet, så det er muligt blot at læse et enkelt afsnit, der kan have særlig interesse. Hvert afsnit indeholder den teoretiske baggrund for indsatsen samt en beskrivelse af det specifikke indhold og de nødvendige kliniske kompetencer. Tredje og sidste del indeholder en kort perspektivering.

Materialet er ikke blevet til uden refleksion, engagement, stor vedholdenhed og samarbejde blandt forskningsklinikken medarbejdere. En stor tak rettes til mine medredaktører onkolog, ph.d. Lene Jarlbæk, fysioterapeut, ph.d. Eva Jespersen og AC-konsulent, fysioterapeut Tina Backmann, forskningsklinikken medarbejdere samt seniorforsker Jette Thuesen for dialog undervejs. Desuden skal lyde tak til professor Karen la Cour, professor Helle Timm og professor Ann-Dorthe Zwisler for internt review.

Sidst men ikke mindst takkes ergoterapeut, ph.d. Lisa Gregersen Østergaard, seniorforsker DEFACTUM og fysioterapeut, cand.scient.san. Rikke Daugaard, udviklingsterapeut, Center for Kræft og Sundhed København for eksternt review med konstruktive kritiske kommentarer.

Nyborg 2020

Annette Rasmussen
Leder af forskningsklinikken

Resumé

REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation er et landsdækkende videnscenter med organisatorisk tilknytning til Odense Universitetshospital og Syddansk Universitet. Videncentret arbejder for at samle, skabe og dele viden til gavn for mennesker med livstruende sygdomme. Organisatorisk består REHPA af en forskningsgruppe for henholdsvis rehabilitering og palliation, en forskningsklinik samt en stab, der understøtter kommunikation og administration.

REHPAs forskningsklinik arbejder med kliniske, rehabiliterende aktiviteter med afsæt i forskellige typer forløb, der retter sig mod mennesker med livstruende sygdom. Denne rapport er en dybdegående praksisbeskrivelse af forskningsklinikens gruppebaserede, standard rehabiliteringsforløb til mennesker med blandende kræftdiagnoser.

Formål

Rapportens formål er at beskrive den forsknings- og erfaringsbaserede indsats, der tilbydes i de standardiserede forløb, både som et led i den interne kvalitetssikring og som en del af videre udvikling af forskningsklinikens aktiviteter.

Rapporten kan bidrage med viden og inspiration samt danne basis for diskussion i forhold til aktuelle og nye indsatser i de kliniske faglige miljøer blandt kommunale samarbejdspartnere og andre aktører, der beskæftiger sig med rehabilitering af mennesker med kræftsygdomme.

Rapporten kan samtidig benyttes som beskrivende reference i forbindelse med forskningsaktiviteter med relation til REHPAs forskningsklinik.

Målgruppe

Rapportens målgruppe er klinikere og forskere, der beskæftiger sig med forsknings- og udviklingsaktiviteter, som knytter sig til REHPAs forskningsklinik.

Rapporten kan også være relevant for fagprofessionelle udenfor REHPA, der beskæftiger sig med rehabilitering til personer med eller efter kræft.

Forløb på REHPA

Der er aktuelt tre typer af rehabiliteringsforløb i forskningsklinikken på REHPA. Disse kategoriseres som henholdsvis *innovative*-, *udviklings*- og *standard rehabiliteringsforløb*, hvor der arbejdes med tilknyttet klinisk udvikling og forskning i en tværfaglig kontekst rettet mod mennesker med livstruende sygdomme, primært indenfor kræft-, hjerte- og lungesygdomme. Innovative- og udviklingsforløb har tilknyttede forskningsprojekter, hvor forskningsspørgsmål sætter rammer for forløbene.

Standard rehabiliteringsforløb retter sig mod mennesker med blandede kræftdiagnoser og er defineret ved:

- 5-dagesophold i forskningsklinikken
- 12-ugers hjemmearbejde
- 2-dagesopfølgning i forskningsklinikken.

Teoretisk fundament

REHPAs kliniske arbejde er forankret i en forsknings- og udviklingsbaseret ramme, hvor naturvidenskabelige, humanistiske og samfundsvidenskabelige tilgange udgør en naturlig del af et tværvideenskabeligt fundament.

Forløb på REHPA tager i høj grad afsæt i anerkendte definitioner af rehabilitering og palliation.

Standardforløbets indsatser

Forløbets indsatser indplaceres under følgende overskrifter, som uddybes i Bilag 1 og Bilag 1a for engelsk udgave:

- Patientrapporterede oplysninger ved forskningsklinikken
- Velkomst, introduktion og fællesskab
- Præsentation og gruppedannelse
- Hvordan med arbejdslivet?
- Krop og fysisk aktivitet
- Eksistentiel dimension i rehabilitering
- Kræftrelateret fatigue
- Søvnbesvær
- Kræft og psyke
- Livet i bevægelse
- Intimitet og seksualitet
- Mad og måltider
- Mindfulness
- De individuelle samtaler
- Mål, motivation, forandringsprocesser og handleplan
- Afslutning på ophold

Summary

The Danish Knowledge Centre for Rehabilitation and Palliative Care (REHPA) is a nationwide knowledge centre with organizational links to Odense University Hospital and the University of Southern Denmark.

REHPA strives to gather and share knowledge to benefit people with life-threatening illness. Organizationally, REHPA is divided into one research group for rehabilitation and one for palliative care, a research clinic and a communication and network group.

REHPA's research clinic focuses on clinical rehabilitation activities based on various types of programme designed for people with life-threatening illness.

This report describes in depth the research clinic's group-based, standard rehabilitation programme for people diagnosed with various types of cancer.

Purpose

The report describes research- and experience-based interventions offered in standardized programmes, both as part of internal quality assurance and as part of the further development of the research clinic's activities.

The report provides knowledge, inspiration and a basis for discussion in relation to current and new interventions in clinical practice among municipal collaboration partners and other actors involved in rehabilitating people with cancer.

The report can also be used as a descriptive reference in connection with research activities related to REHPA's research clinic.

Audience

The report's target audience is clinicians and researchers involved in research and development activities related to REHPA's research clinic.

The report may also be relevant for professionals outside REHPA involved in rehabilitation for people who have or have had cancer.

Courses at REHPA

REHPA's research clinic currently has three types of rehabilitation programmes. These are categorized as *innovative, developmental and standard rehabilitation programmes*, respectively, that focus on linked clinical development and multidisciplinary research targeting people with life-threatening illness, primarily cancer, heart diseases and lung diseases. Innovative and developmental programmes have linked research projects for which research questions set the framework for the processes.

The standard programme targets people diagnosed with various types of cancer and include:

- a 5-day stay at the research clinic;
- 12 weeks of homework; and
- a 2-day follow-up stay at the research clinic.

Theoretical foundation

REHPA's clinical work has a research- and development-based framework in which approaches based on the natural sciences, the humanities and the social sciences comprise a natural part of an interdisciplinary foundation.

Programmes at REHPA are largely based on recognized definitions of rehabilitation and palliative care.

Interventions in the standard programme

The interventions of the programme are placed under the following headings, which are detailed in Annex 1 and Annex 1a:

- Collecting patient-reported information at the research clinic
- Welcome, introduction and creating community
- Presentation and forming groups
- What about work?
- The body and physical activity
- The existential dimension in rehabilitation
- Cancer-related fatigue
- Insomnia
- Cancer and the mind
- Sources of personal meaning in a changing life
- Intimacy and sexuality
- Food and meals
- Mindfulness
- Individual conversations
- Motivation, change processes and action plan
- End of stay

DEL 1

STANDARD REHABILITERINGSFORLØB FOR MENNESKER MED ELLER EFTER KRÆFT



Standard rehabiliteringsforløb for mennesker med eller efter kræft

Annette Rasmussen

Som følge af kommunalreformen i 2007 overtog landets kommuner også store dele af rehabiliteringsindsatserne for mennesker med eller efter kræft (Sundheds- og indenrigsministeriet, 2007). Indsatser som løbende udvikles (M. Kristiansen, Adamsen, Brinkmann, Krasnik, & Hendriksen, 2015; Thuesen, Rossau, Frausing, Tang, & Mikkelsen, 2017), og som med tiden har fået mere plads i de nationale strategier og forløbsprogrammer for området, herunder kræftpakkerne (Sundhedsstyrelsen, 2018b; Thuesen & Egholm, 2017).

En kortlægning af rehabiliteringspraksis på hospitaler og i kommuner fremhæver, at implementeringen af kræftrehabilitering er nået rigtig langt. Kortlægningen udpeger også områder, der fortsat rummer potentiale for videre udvikling herunder mere ensartede kræftrehabiliteringsindsatser og evalueringsmetoder (Thuesen et al., 2017). I tillæg hertil fremhæver Kristiansen et al., at der fortsat bør arbejdes med at reducere ulighed i rehabilitering mellem forskellige kræftdiagnoser (M. Kristiansen et al., 2019).

Sundhedsstyrelsens *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft* konkretiserer, at indsatser for mennesker med eller efter kræft bør rette sig mod fysiske og psykiske, sociale og eksistentielle forhold. Her påpeges det ligeledes, at der fortsat er behov for at højne og ensrette kvalitet af rehabilitering og palliation til personer med og efter kræft (Sundhedsstyrelsen, 2018a).

REHPAs forskningsklinik har gennem de senere år oparbejdet erfaring med at udbyde standardiserede forløb til mennesker med eller efter kræft samt gennemføre systematisk indsamling af viden i relation til disse forløb. Forløbene omfatter i høj grad de ovennævnte elementer fra Sundhedsstyrelsens forløbsprogram og tilgås som et holdbaseret forløb med mulighed for få individuelle sessioner.

Denne konstruktion gør det muligt at opsamle viden og erfaring om, hvordan standardiserede rehabiliteringsforløb for mennesker med og efter kræft kan implementeres i klinisk praksis, og hvordan der systematisk kan arbejdes med evaluering både rettet mod individuelle perspektiver og mod indsatserne som helhed. Herudover inkluderer dette standardiserede forløb deltagerne med blandede kræftdiagnoser, hvilket i nogen udstrækning matcher den virkelighed, der repræsenterer kommunal rehabiliteringskontekst, som er primær aftager for den viden, REHPAs forskningsklinik genererer.

1. Forløb på REHPA

Der er aktuelt tre typer af rehabiliteringsforløb i forskningsklinikken på REHPA. Disse kategoriseres som henholdsvis *innovative*-, *udviklings*- og *standard* rehabiliteringsforløb, hvor der arbejdes med tilknyttet klinisk udvikling og forskning i en tværfaglig kontekst rettet mod mennesker med livstruende sygdomme, primært indenfor kræft-, hjerte- og lungesygdomme. Innovative og udviklingsforløb har tilknyttede forskningsprojekter, hvor forskningsspørgsmål sætter rammer for forløbene. Disse har typisk fokus på underbelyste gruppers behov for rehabilitering eller forhold af mere generisk karakter.

Standard rehabiliteringsforløb retter sig af historiske grunde mod blandede kræftdiagnoser. Der afvikles aktuelt otte standardforløb pr. år.

Et standard rehabiliteringsforløb er defineret ved:

- 5-dagesophold i forskningsklinikken
- 12-ugers hjemmearbejde
- 2-dagesopfølgning i forskningsklinikken.

Figur 1. Program for 5-dagesopholdet

MANDAG	TIRSDAG	ONSDAG	TORSDAG	FREDAG
7.45-8.15 Morgenmad				
Hver morgen 8.45 Morgensamling				
9.45-10.15 Ankomst til REHPA og indkvartering	9.00-10.30 Valgfri session Hvad med arbejdslivet? v. socialrådgiver	9.00-12.00 Min fysiske form Test og introduktion v. testholdet	9.00-11.30 Kræft og psyke v. psykolog	9.00-10.00 Krop og bevægelse v. fysioterapeut
10.45-11.15 Velkomst og introduktion v. forløbsleder	10.45-12.00 Træthed v. sygeplejerske		10.30-11.30 Krop og bevægelse fortsat	10.45-12.15 Valgfri session Mad og måltider eller Intimitet og seksualitet v. sexolog
11.15-12.00 Walk and talk			11.00-12.15 Træning efter dagbog v. fysioterapeuterne	09.00-10.00 Motivation og forandringsprocesser v. socialrådgiver
				10.30-11.10 Min handleplan
				11.10-12.00 Gruppedialog om handleplan
12.00 Frokost (torsdag kl. 12.15)				
13.00-14.15 Fælles præsentation	13.00-16.00 Min fysiske form Test og introduktion v. testholdet	13.00-14.15 Træthed v. sygeplejerske	13.00-14.00 Krop og bevægelse v. fysioterapeut	13.00-15.30 Kræft og psyke v. psykolog
14.45-16.15 Søvnbesvær v. sygeplejerske	14.45-16.15 Valgfri session Hvad med arbejdslivet? v. socialrådgiver	14.30-15.30 Krop og bevægelse fortsat	13.00-17.00 Massage og Individuelle samtaler	12.45-13.00 Check ud fra værelser
17.45-18.00 Velkomst v. aftenværtinde				13.15-14.00 Afslutning og på gensyn
				14.00 Afrejse
18.00 Aftensmad				
19.30-21.00 Musik og sang	19.30-21.00 At være menneske v. præst		20.00 Gåtur/spille-aften/filmaften	

Figur 2. Program for 2-dagesopfølgningen

TIRSDAG	ONSDAG
7.30-8.15 Morgenmad	
8.45-9.00 Morgensamling og intro til individuelle samtaler	
9.45-10.15 Ankomst til REHPA og indkvartering	9.00-10.30 Individuelle samtaler
10.45-11.00 Velkommen, praktiske oplysninger og præsentation af program	9.00-10.15 Yoga og mindfulness v. fysioterapeut
11.00-12.00 "Siden sidst" v. forløbsleder	10.45-12.00 Yoga og mindfulness v. fysioterapeut
	10.30-12.00 Individuelle samtaler
12.00 Frokost	
13.00-14.30 'Livet i bevægelse' Samtalegruppe v. psykolog	13.00-13.15 Check ud fra værelser
15.00-16.30 Min fysiske form Fysisk test v. testholdet	13.15-14.00 Min videre vej og farvel for denne gang
13.00-14.30 Min fysiske form Fysisk test v. testholdet	
15.00-16.30 'Livet i bevægelse' Samtalegruppe v. psykolog	
18.00 Aftensmad	

I det følgende vil det 5-dages internatophold og det 2-dages internatophold beskrives som 'ophold'. Hele det samlede forløb: 5-dagesophold, 12 uger hjemme og 2-dagesopfølgningen beskrives som *standard rehabiliteringsforløbet*.

Formål

Formålet med standard rehabiliteringsforløb ved REHPAs forskningsklinik er, at den enkelte deltager støttes til bedre at håndtere sit liv med eller efter kræft, hvor bedst mulig funktionsevne, et ønsket aktivitetsniveau, oplevelse af lindring og bedre livskvalitet er gældende. Der er dermed fokus på tilegnelse af nye erfaringer og handlekompetencer, som bidrager til en bedre hverdag.

2. REHPAs forskningsklinik

REHPAs standard rehabiliteringsforløb gennemføres i REHPAs forskningsklinik, som er beliggende på REHPAs hovedadresse på Nyborg Sygehus. Her indgår de i videncentrets samlede opgaver.

Visionen for forskningsklinikens aktiviteter er at bidrage til: "Bedre kvalitet, koordinering og sammentænkning af rehabiliterings- og palliationsindsatser under ophold på REHPA og på tværs af kommuner og regioner" (REHPA, 2018, s. 8).

2.1. Omgivelser, arkitektur og lindring

REHPAs forskningskliniks lokaler er placeret på bagsiden af Nyborg Sygehus, som er et ældre sygehus med udsigt over voldene og Nyborg Slot. Rehabiliteringsområdet i stueetagen er indrettet med træningssal, undervisnings-, gruppe- og massagerum samt en café, hvor mellemmåltider bliver serveret og kaffe/te er tilgængelig. På 3. sal, ovenover rehabiliteringsområdet, er der indrettet overnatningsfaciliteter og områder for fællesskab, måltider og eftertænkning for deltagerne.

Lokalerne, og specielt 3. salen, er indrettet med inspiration fra designprincipperne for 'lindrende arkitektur', som er blevet udviklet af REHPA (Falk & Timm, 2018) i forbindelse med forskningsprojektet *Helende arkitektur*. Et projekt, som er et videnskabeligt litteraturstudie af de fysiske rammers betydning for patienters heling, herunder også arkitekturens betydning for stressreducering og velværoptimering for patienter, pårørende og personale (Falk & Timm, 2018). Desuden har brugerevalueringen af Kræftens Bekæmpelses rådgivninger, *Projekt Livsrum*, givet inspiration (Falk, Nielsen, Timm, & Dalgaard, 2016).

I indretningen er der lagt vægt på brug af naturlige materialer, hvor det har været muligt under hensyntagen til rammebetingelser, herunder økonomi, ergonomi og hygiejne. Farver er valgt i blå og grønne toner med inspiration fra Nyborgs beliggenhed i grønne omgivelser og i tæt kontakt ved havet. Der er søgt at etablere et mere hjemligt miljø med bl.a. blomster og havemøbler. Dog foregår gennemgang fra lokalerne på grundplan til 3. sal gennem sygehuset, hvilket for nogle deltagere giver erindring om behandling og ubehagelige oplevelser og følelser (Graven et al., 2019).

2.2. Teoretisk afsæt

REHPAs kliniske arbejde er forankret i en forsknings- og udviklingsbaseret ramme, hvor naturvidenskabelige, humanistiske og samfundsvidenskabelige tilgange udgør en naturlig del af et tværvideenskabeligt fundament.

Forløbet har et rehabiliterende sigte, som hviler på nedenstående definition:

Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats

(MarselisborgCentret & Rehabiliteringsforum Danmark, 2004, s. 4).

Deltagerne indgår således på REHPA i et koordineret rehabiliteringsforløb, som bidrager til nye erfaringer i den enkeltes liv og forhåbentlig højere grad af livskvalitet. Rehabilitering på REHPA indbefatter både de fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle områder. Der er fokus på konsekvenserne af at leve med en tidligere eller nuværende livstruende sygdom, på at lindre bivirkninger og/eller senfølger af sygdommens behandling samt at forebygge komorbiditet.

REHPAs standard rehabiliteringsforløb er således også funderet i det palliative felt og følgende definition:

Den palliative indsats har til formål at fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som står over for de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig art

(WHO, 2002).

Senfølger defineres i denne sammenhæng som:

Helbredsproblemer, der opstår under primær behandling og bliver kroniske, eller som opstår og manifesterer sig måneder eller år efter behandlingen er afsluttet. Senfølgerne omfatter ny primær kræftsygdom og fysiske, psykiske eller sociale forandringer, der er en følge af kræftsygdommen og/eller behandlingen af denne

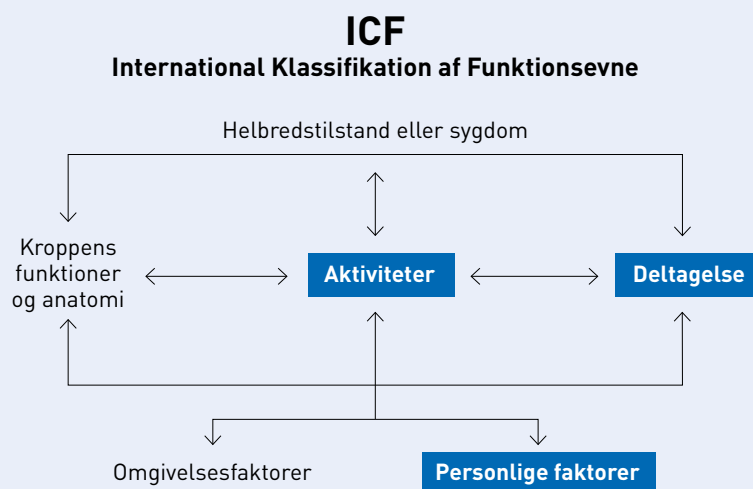
(Kjær, Karlsen, Dalton, Levinsen, & Johansen, 2017, s. 11).

2.3. Referencerammer

Deltagernes komplekse behov for rehabilitering og dermed standard rehabiliteringsforløbenes tværfaglige tilgang inkluderer professionernes forskellige teorier og metoder. De overordnede referencerammer for alle professioner beskrives i det følgende.

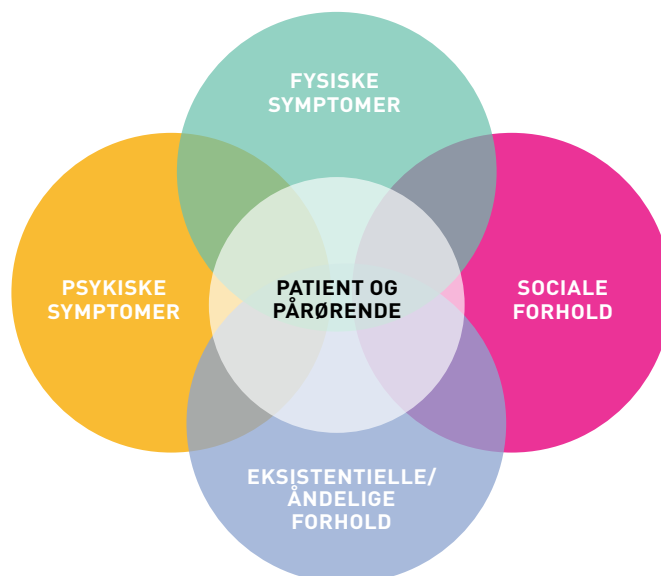
Først nævnes 'International Classification of Functioning', 'Disability and Health (ICF)' og den 'Bio-psyko-sociale tilgang', hvor komplekse samspil af alle forhold inddrages i mødet mellem deltager og professionel (Maribo & Nielsen, 2016). Med ICF som referenceramme vil der under opholdene være et skærpet fokus på aktivitet, deltagelse og personlige faktorer (Figur 3).

Figur 3. ICF – modificeret
version af REHPA (WHO, 2001)



Koordinering af rehabilitering og palliation er relevant i flere sammenhænge (Thuesen, Mikkelsen, & Timm, 2016; Thuesen & Timm, 2014). Dette aspekt er ofte gældende på standard rehabiliteringsforløbene, hvor deltagerne er mennesker med livstruende kræftsygdomme, som kan have lindrende og eksistentielle behov. For nogle deltagere vedkommende er de helbredt for deres kræftsygdom, mens andre lever med kronisk eller uhelbredelig sygdom og et kortere livsperspektiv. Derfor inddrages modellen 'Total Pain', med reference til sygeplejerske, socialrådgiver og læge Dame Cicely Saunders hospicefilosofi som refleksionsramme (Matthiesen & Brøndum, 2016) (Figur 4).

Figur 4. Total Pain – REHPA med inspiration fra Cicely Saunders (Saunders, 1964)



Derudover indgår som en del af de rehabiliterende aktiviteter også sundhedsfremmende elementer. Inden for sundhedsfremmearbejdet står mennesket, dagligliv og ressourcer i forgrunden. I den salutogenetiske tilgang, som er introduceret af den medicinske sociologi, Aron Antonovsky, opfattes sundhed som et kontinuum, hvor der er fokus på elementer, som holder mennesker mest muligt sunde og raske. Desuden er der fokus på de psykologiske mekanismer, hvormed mennesker finder sammenhæng, mening og mestring (Antonovsky, 2002). Øvrige pædagogiske begreber tilknyttet det sundhedsfremmende område beskrives i afsnittet: 6. *Læring og forandring*.

Forskningsklinikken trækker på strategier fra det rehabiliterende, det palliative og det sundhedsfremmende område til standard rehabiliteringsforløbene. Oversigt ved Lund og Hjortbak i *Grundlaget for rehabilitering* giver et overblik over de primære mål for forskellige strategier på området. Her ses, at nøgleeffekt mål for rehabilitering, forebyggelse og sundhedsfremme samt støttende og vedligeholdende strategier er livskvalitet, funktionsevne og sundhed (Lund & Hjortbak, 2017, s. 242). Desuden fremhæver Wade, at den effektfulde rehabilitering er en problemløsende proces, ud fra en helhedsorienteret tilgang og i et samarbejde med et tværfagligt team af fagprofessionelle (Wade, 2020). For det palliative område står livskvalitet for den enkelte også helt centralt. Således trækkes der i forskningsklinikken praksis på forskellige tilgange med forskellige grundforståelser, som dog i koordineret form i mødet med mennesket har til formål at fremme funktionsevne, aktivitetsniveau og livskvalitet.

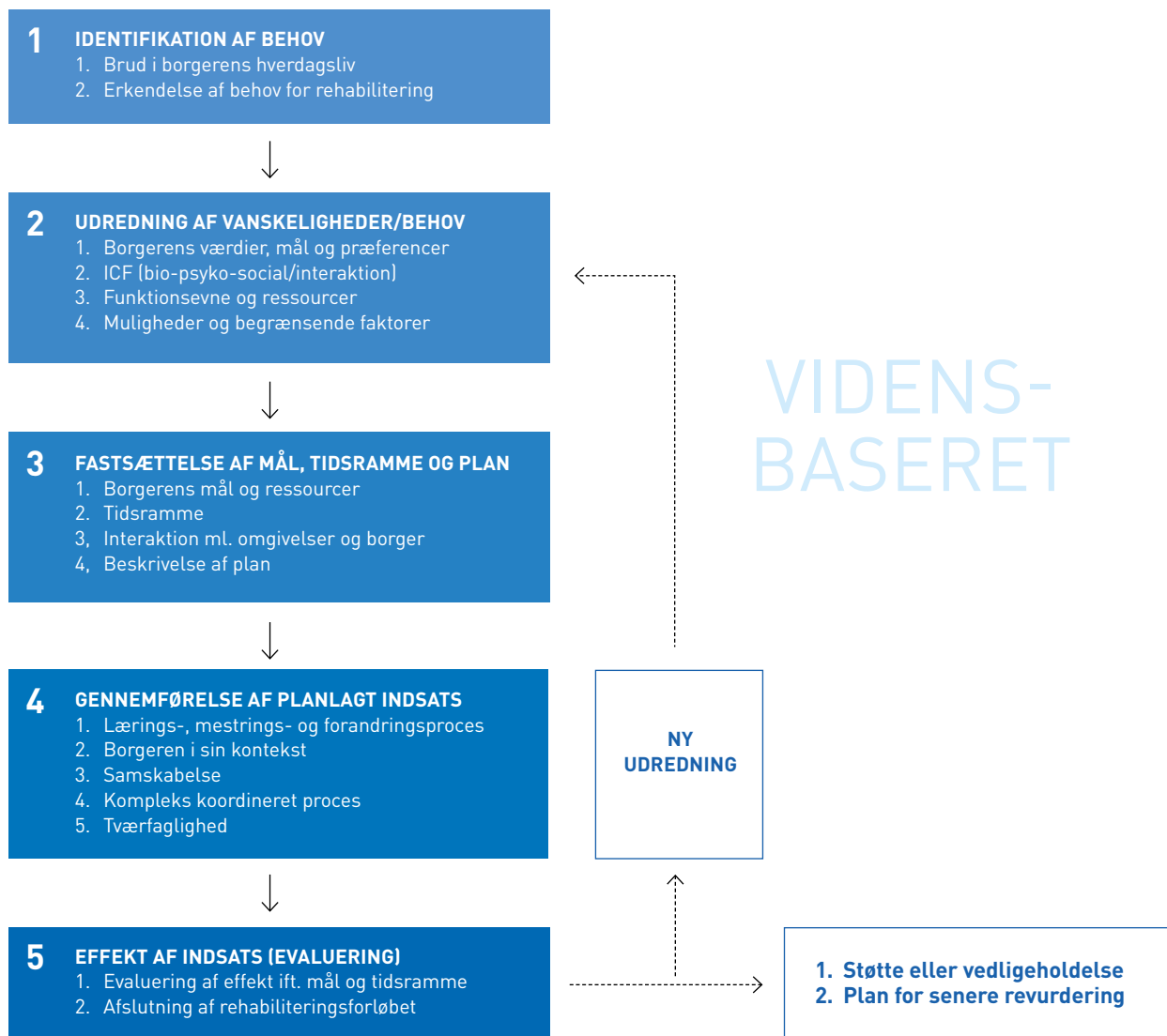
Det overordnede redskab er dog ICF, når funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og rehabiliteringsbehov vurderes, mål aftales og interventioner igangsættes som led i rehabiliteringsprocessens vurdering, målsætning, intervention og evaluering (Lund & Hjortbak, 2017 (Figur 5)).

3. Rekruttering, henvisningsskema og visitering

Årligt afvikles der otte rehabiliteringsforløb for mennesker med blandende kræftdiagnoser med plads til 20 deltagere på hvert hold. Forløbene bærer titlen: *Sæt dit liv i bevægelse*.

Standard rehabiliteringsforløbene kan søges af alle med en diagnosticeret og behandlet kræftlidelse. De eksplicite visitationskriterier kan ses på REHPAs hjemmeside (www.rehpa.dk) og i henvisningsskemaet. Det fremhæves, at man skal kunne tage hånd om egen personlig pleje, være selvmedicinerende, kunne tale og forstå dansk samt have forudsætninger for og lyst til at indgå i en gruppe. Henvisningsskemaet tilgås via REHPAs hjemmeside. Det udfyldes af ansøgeren selv, suppleret med oplysninger fra egen læge eller behandlende læge vedrørende diagnose, behandling og rehabiliteringsbehov. Henvisningsskemaet indeholder behovsvurdering med reference til REHPA-skalaen, som beskrives i *Klinisk indsats 1: Patientrapporterede oplysninger ved forskningsklinikken*, samt deltagerens perspektiver og ønsker vedrørende rehabiliteringsforløbet. Det er en forudsætning for deltagelse, at deltagerne accepterer, at viden indsamles i forbindelse med forløbet og bidrager til kvantitative og kvalitative undersøgelser i anonymiseret form efter gældende regler på området.

Figur 5. Rehabiliteringsprocessen (gengivet efter Lund & Hjortbak, 2017, s. 113)



Ved visitering vægtes omfang og kompleksitet af den enkelte ansøgers rehabiliteringsbehov. Ansøgere med få og enkle behov henvises skriftligt til anden rehabilitering, fx kommunale tilbud. Hvis et forløb har flere end 20 ansøgere, så træder de interne visitationskriterier i kraft, hvor følgende prioriteres:

- Mandlige ansøgere, da kun få mænd søger kræftrehabilitering på REHPA (Haastrup, Toft-Petersen, & Zwisler, 2019)
- Aleneboende og/eller forældre til hjemmeboende børn, da forskning indikerer, at disse grupper er ekstra sårbare og belastede (Bidstrup et al., 2015)
- Gruppesammensætningen, så alle deltagere har en anden deltager at relatere sig til, hvad angår alder, køn, livssituation og om muligt også diagnose.

4. Behovsafdækning blandt deltagere

I forhold til at vurdere sværhedsgraden af behov for rehabilitering og hvilke rehabiliteringsbehov, der er på tale, anvendes den såkaldte *REHPA-skala* (tidligere *Dallund-skalaen*), der er inspireret af et amerikansk redskab indeholdende et belastningstermometer (0-10) og en tilhørende afkrydsningsliste over mulige problemer: *National Comprehensive Cancer Networks Distress Thermometer and Problem List* (Holland, Jacobsen, & Riba, 2001).

I REHPA sammenhæng spørges der ind til: "Hvor tæt er du på – eller hvor langt er du fra – at leve det liv, du vil og kan efter eller med din kræftsygdom?" (svar på en 1-10 skala). Der er ligeledes en tilhørende afkrydsningsliste over mulige problemområder, der er udvidet fra at omfatte psykologiske, sociale og spirituelle problemer til også at rumme fysiske, praktiske og arbejdsmæssige problemer (Kristensen, 2005). Se Bilag 2.

Desuden anvendes et omfattende spørgeskema, benævnt *Hvordan har du det?*, som tilsendes deltagerne på forhånd. Dette skema består af en række screeningsredskaber relateret til kræftområdet samt redskaber af generisk karakter, som afdækker en række relevante domæner i forhold til rehabilitering. Udvalgte svar fra *Hvordan har du det?* indgår desuden som patientrapporterede oplysninger (PRO), som dialogstøtte i de individuelle samtaler og inddrages, når undervisningssessionernes indhold og form planlægges. Således noterer den fagprofessionelle sig, hvor behovene er angivet, så undervisningens aktiviteter er målrettet de angivne behov. For nærmere beskrivelse af dialogstøttearket se *Klinisk indsats 1: Patientrapporterede oplysninger ved forskningsklinikken*.

Standard rehabiliteringsforløbet er indholdsmæssigt sammensat, så det adresserer ovennævnte domæner i kræftrehabilitering og således retter sig mod de generelle rehabiliteringsbehov, mennesker med eller efter kræftbehandling oplever. Deltagerne vurderer indholdets relevans, og disse vurderinger støtter ligeledes op om den nuværende sammensætning af indhold. De fysiske indsatser udgør rygraden i rehabiliteringsforløbet. Derudover er nøje analyseret, hvornår det er hensigtsmæssigt at placere de forskellige indsatser relateret til bl.a. gruppeproces og tryghed. Derfor er indsatser inden for det psykologiske og sexologiske område placeret på tredje og fjerde dagen.

Der er tre indsatser, som deltagerne kan vælge forud for forløbet. Det er: *Hvad med arbejdslivet, Intimitet og seksualitet* samt *Mad og måltider*. Disse tre indsatser er valgfrie, da både deltagere og fagprofessionelle har vurderet, at de ikke er lige relevante for alle. For yderligere kliniske og forskningsmæssige begrundelser for valg se rapportens del 2 under de enkelte indsatser.

5. Deltagernes arbejde med målsætning

Processen med at overveje hvilke rehabiliteringsbehov, der tillægges størst betydning, begynder allerede, når behovsvurdering og skemaet *Hvordan har du det?* udfyldes forud for standard rehabiliteringsforløbet. Arbejdet med at identificere, hvad den enkelte deltager gerne vil opnå fortsætter på første dagen under præsentationsrunden. Se *klinisk indsats 3: Præsentation og gruppedannelse*. Målsætningsarbejdet kulminerer den sidste dag i 5-dagesopholdet og tager udgangspunkt i *Den motiverende samtale*, som er beskrevet i afsnittet *Klinisk indsats 15: Mål, motivation, forandringsprocesser og handleplan*. Deltageren udarbejder selv en individuel, skriftlig handleplan for sine mål (Bilag 3). Under udarbejdelsen af handleplanen sparrer deltageren både med en af REHPAs fagprofessionelle og med de øvrige deltagere for at etablere så gennemførlige mål og dermed forandringer som muligt. Således er det deltagernes egne mål, som er bærende for processen, hvilket har til hensigt at styrke oplevelsen af autonomi og realiserbarhed. Målene forventes at være det bærende tema for de kommende 12 ugers hjemmearbejde.

På 2-dagesopfølgningen følges der op på, hvordan det er gået, bl.a. med hjælp fra dialogstøttearket, eftersom deltagerne har udfyldt *Hvordan har du det?*-skemaet forud for opholdet. Opfølgningen sker både i grupper og individuelt med en af REHPAs fagprofessionelle. I samtalen drøftes status og de fremadrettede perspektiver samt behovet for fortsat støtte og mulig henvisning til andre instanser efter standard rehabiliteringsforløbets afslutning.

5.1. Baggrund for målsætningsarbejdet

Rehabiliteringsmålsætning kan defineres som:

En ønsket fremtidig tilstand, som en person med nedsat funktionsevne kan opnå som resultat af rehabiliteringsaktiviteter. Rehabiliteringsmål vælges aktivt, skabes bevidst, har formål og er fælles (hvor muligt) for de personer, der deltager i de aktiviteter og interventioner, som sættes i værk for at arbejde med konsekvenserne af den erhvervede funktionsevnenedsættelse

(Levack et al., 2015), oversættelse af Tonnesen (Tonnesen, 2017, s. 12).

Definitionen peger på, at målsætning øger motivation, afstemmer processer for de involverede og bidrager til de handlinger, som skal til for, at mål opfyldes. Rehabiliteringsforløbet på REHPA inddrager 'SMART-modellen' på udvalgte typer af mål, hvor det giver mening. Der er mange fortolkninger af bogstaverne i

SMART (Maribo & Nielsen, 2016). På REHPA er de fortolket, som følger i forhold til målgruppen: **Specifikke, Meningsfulde (målbare), Acceptable, Realistiske og Tidsafgrænsede**.

Effekter af målsætning i rehabilitering hos voksne med erhvervet funktionsnedsættelse er beskrevet i et Cochrane-review af Levack et al., der finder evidens for målsætnings positive effekt på psykosociale outcomes (Levack et al., 2015). Man finder ligeledes evidens for, om end i mindre grad, at målsætninger hjælper patienter med at opnå bedre livkvalitet og forbedrer patienters fysiske funktionsevne. Brugen af en struktureret tilgang ift. målsætningsmetode synes også associeret med højere grad af self-efficacy sammenlignet med en ikke-struktureret tilgang. Forfatterne betoner, at dette bør være et område, som bør udforskes yderligere, og hvor nye studier kan ændre konklusionerne (Levack et al., 2015). Således et område som fremadrettet må have REHPAs opmærksomhed.

Evaluerings af deltagerne egne mål er nærmere beskrevet under *Klinisk indsats 14: De individuelle samtaler* og *Klinisk indsats 15: Mål, motivation, forandringsprocesser og handleplan*.

6. Læring og forandring

Rehabilitering beskrives af Lund og Hjortbak: "Mest af alt om en som lærings-, mestrings- og forandringsproces" (Lund og Hjortbak 2017, s. 190). Derfor er læringsovervejelser i disse gruppebaserede standard rehabiliteringsforløb beskrevet i det følgende. Der er således et tydeligt indefra-perspektiv relateret til den enkeltes deltagers indre situation og et udefra-perspektiv, som knytter sig til de professionelle bidrag og muligheder i rehabiliteringsprocessen (Lund og Hjortbak 2017).

6.1. Deltagerforudsætninger

Den pædagogiske/didaktiske praksis har overvejelser i forhold til hvem, der skal lære hvad samt hvilke deltagerforudsætninger, som bringes i spil. Deltagerne på standard rehabiliteringsforløbene er voksne, som har erfaringer med at leve med en tidligere eller nuværende kræftdiagnose og med behandlingen af kræftsygdommen. Derfor er 'erfaringer' som begreb fra det erfaringspædagogiske felt relevant, og det er relevant som 'underviser' at forholde sig til, hvilke erfaringer målgruppen har – også for at skabe legitimitet i mødet med deltagerne.

Erfaringer fra tidligere gennemførte standard rehabiliteringsforløb er, at nogle af deltagerne oplever deres kræftsygdom som en overstået proces, man ønsker sig videre fra. For andre er kræftsygdommen fortsat tilstede og påvirker dagliglivet og dets muligheder. Deltagerne rummer også forskellige erfaringer fra forskellige typer af hverdagsliv, som fx kan kategoriseres i forhold til køn, socialklasse, uddannelsesniveau, interesser og familie. Erfaringer fra forskningsklinikken peger på, at der på trods af forskellighed også er fælles interesseområder, som retter sig mod at genfinde tillid til kroppen og at kunne indtage en position, hvorfra man igen kan handle og genvinde kontrol over eget liv.

6.2. Hvad skal læres?

Rehabiliteringsprocesserne har til hensigt at skabe læring og dermed forandring, hvor afklaring af egen situation kan indgå som en del af dette arbejde. Med lektor på DPU Monica Carlssons ord kan siges, at deltagerne "kan noget nyt (færdigheder), ved noget nyt (kundskaber), forstår og begriber noget nyt og oplever og opfatter noget nyt" (Simovska & Jensen, 2012, s. 70). Carlsson betoner, at nye kompetencer handler om forandring, og at viden i sig selv ikke er tilstrækkelig, hvis de ikke kan omsættes til ændrede handlinger eller vaner (Simovska & Jensen, 2012). Rehabiliteringsprocesser kræver derfor fagprofessionelle, som er lydhøre, kan samarbejde og sikre, at borgerne er en aktiv part i læringsprocessen (Maribo & Nielsen, 2016).

Deltagerne på standard rehabiliteringsforløbene peger på, at oplevelse af normalisering af egen situation samt at kunne tilegne sig ny viden, nye handlinger, nye strategier mod 'det gode liv' er meget betydningsfuldt, når læring skal igangsættes.

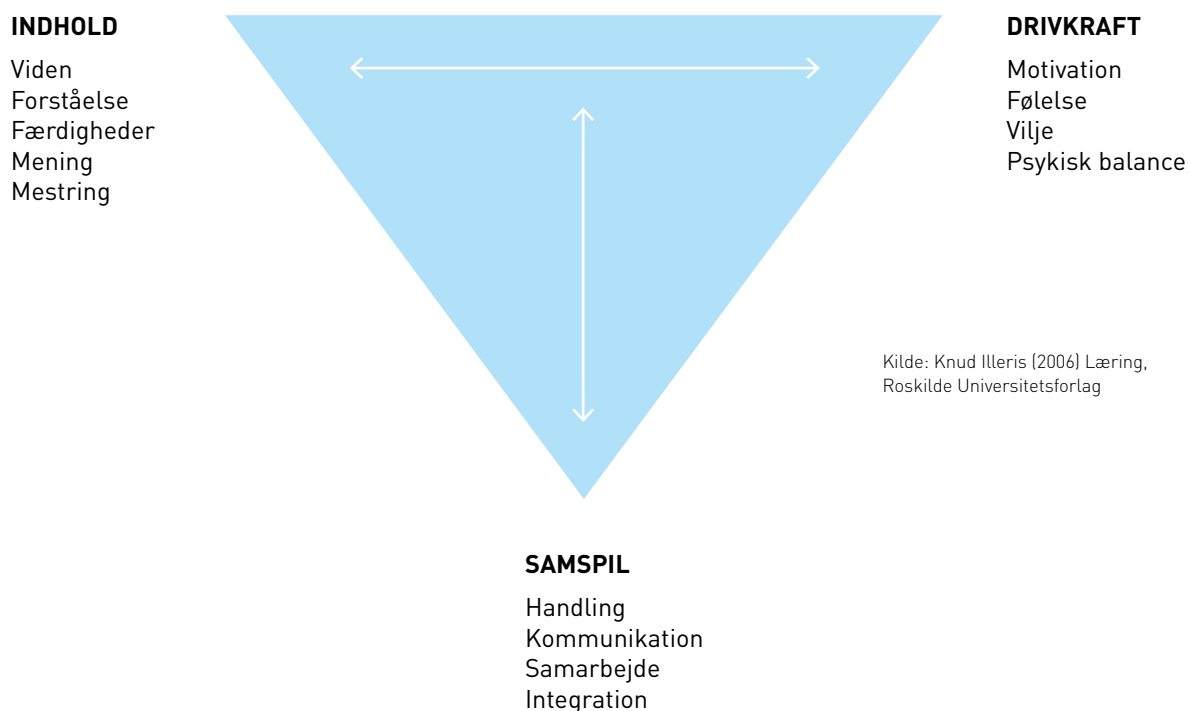
6.3. Begreber i klinisk, pædagogisk praksis på REHPA

I det følgende beskrives relevante begreber fra standard rehabiliteringsforløbenes pædagogiske praksis.

Ifølge psykolog og tidligere professor Knud Illeris har 'læring' to 'processer' og tre 'dimensioner'. Den ene proces omhandler samspil mellem individ og de sociale og materielle omgivelser og afhænger af tid og sted. Den anden proces relaterer sig til den interne bearbejdelse og afhænger af biologiske og psykologiske forhold, herunder tidligere erfaringer med læring.

De tre dimensioner knytter sig til: 'Indhold', 'drivkraft' og 'samspil'. Se Figur 6.

Figur 6. Læringens tre dimensioner (Illeris, 2006)



'Indhold' omfatter de forhold, der skal læres, hvilket kan omhandle viden, færdigheder og holdninger.

'Drivkraft' er afgørende for, at læring kan finde sted, da det er drivkraften, der sætter læringsprocessen i gang. Her er lyst, interesse, motivation, følelser og viljemæssige forhold af stor betydning.

'Samspil' omfatter elementer som handling, kommunikation og samarbejde, da læring i denne forståelse finder sted i spændingsfeltet mellem de individuelle og de sociale elementer (Illeris, 2007, s. 16).

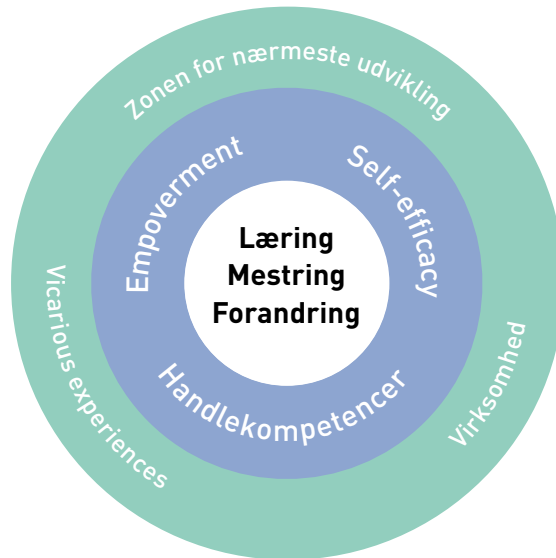
Erfaringer fra tidligere standard rehabiliteringsforløb peger på, at samarbejde om læring blandt mennesker med livstruende kræftsygdomme i høj grad er baseret på at understøtte tryghed, samarbejde, motivation og mestring. Derudover ligger et arbejde for både deltager og fagprofessionel på at finde det meningsskabende i den enkeltes livssituation og værdier, som netop gør læringsindholdet vedkommende. De mange dialoger mellem deltagerne undervejs i forløbet i plenum samt de individuelle samtaler understøtter processerne.

I daglig planlægning og udførsel af standard rehabiliteringsforløbene indgår også sundhedspædagogiske begreber. Se Figur 7. Der er 'empowerment' et af de overordnede begreber. Her arbejdes med mulighed for at fremme den lærendes færdigheder og kompetencer til at håndtere egne, selvudpegede sundhedsrelaterede problemer og tage socialt ansvarlige beslutninger (Simovska & Jensen, 2012).

Empowerment "retter sig mod at bemyndige og styrke individers og fællesskabers kapacitet til at håndtere og forbedre sociale og samfundsmæssige forhold i deres hverdag af betydning for sundhed" (Simovska & Jensen, 2012, s. 24). Med empowerment som retningsgivende begreb har fagprofessionelle på REHPA blik for at reducere det individuelle ansvar for egen sygdom og sundhed, som deltagerne kan opleve og dermed reducere følelser af skyld og skam. I stedet normaliseres de tanker og følelser, som kan være til stede, og der stiles mod at støtte og påvirke alle positive initiativer rettet mod både den enkeltes og gruppens livskvalitet.

Endvidere er der opmærksomhed mod, at kræftsygdomme og disses implikationer ofte tærer på selvværd og selvtillid. Derfor er 'self-efficacy' et hjælpsomt begreb, som sætter fokus på at understøtte selvværd, selvtillid og tillid til egne evner. Self-efficacy defineres af lektor Monica Carlson som den proces, der sætter mennesker i stand til at handle på måder, som er nødvendige for at kunne klare bestemte situationer. Dermed er self-efficacy et udtryk for menneskers tro på egne evner til at organisere og udføre de handlinger, der er nødvendige for at mestre fremtidige adfærdssændringer. Her kan identifikation af tidligere erfaringer være hjælpsomme, både når læring sker, og læring ikke sker. Andres erfaringer kan også bruges til at igangsætte læring, et begreb som benævnes 'vicarious experience' (Simovska & Jensen, 2012, s. 75).

Figur 7. De pædagogiske begreber



I planlægningen tilstræbes det, at de kliniske indsatser giver deltagerne mulighed for at være engagerede og deltagende og dermed have mulighed for at få erfaring med at udvikle 'handlekompetencer'. Handlekompetence kan udtrykkes, som individets potentielle handlingsberedskab i forhold til en opgave, situation eller arbejde. Handlekompetence kan også beskrives som evnen til at handle, initiere og skabe en positiv ændring i relation til sundhed. Her er viden og indsigt om sundhedsproblematikker væsentlig samtidig med at kunne lade sig engagere i en forventelig forandringsproces (Simovska & Jensen, 2012, s. 80). Udvikling af handlekompetence kræver, at deltagerne er virksomme eller deltagende.

Vicarious experiences, altså de andre deltageres erfaringer, integreres systematisk i læringsrum, når grupper og læringspar sammensættes på standard rehabiliteringsforløbene. Det kræver erfaring og overblik at tilbyde deltagerne den bedst mulige position, hvorfra de kan bidrage med egne erfaringer – i og med det ikke er alle erfaringer, som egner sig til erfaringsgrundlag for hele gruppen. Derfor er den fagprofessionelles rolle vigtig i disse processer. Det gør sig særligt gældende i forhold til mere tabubelagte temaer: Eksistens, seksualitet og død. 'Peer støtte' med den fagprofessionelle som facilitator sikrer refleksioner relateret til forskningsbaseret viden.

'Virksomhedsbegrebet' – at kunne både påvirke og modtage i de sociale kontekster, man indgår i – er afgørende for læring, hvilket betones af den daværende russiske psykolog Lev Semonovitj Vygotskij. Virksomhed handler ikke blot om dialog og kommunikation, men om stemning, aktivitet, leg, øvelser eller arbejde (Simovska & Jensen, 2012, s. 77). Men virksomhed og god stemning er ikke nok i sig selv, for at læring opstår. Det er vigtigt, at deltagerne oplever succeser med at være virksomme. Derfor sker tilpasning af aktiviteten til den individuelle situation, differentiering af aktiviteten, samtidig med at næste skridt for læring identificeres. Vygotsky omtaler dette som 'zonen for nærmeste udvikling'. Hvis det, som skal læres, ikke opleves vedkommende, opstår der ikke læring (Simovska & Jensen, 2012, s. 77). Erfaringer fra standard rehabiliteringsforløbene peger på, at et velfungerende samarbejde og kontinuitet mellem involverende professioner er forudsætningerne for, at de sundhedspædagogiske intentioner kan indfries.

7. Fællesskab

Rehabiliteringsforløbets 5-dagesophold er tilrettelagt, så det inviterer til inklusion i fællesskabet fra begyndelsen. Mulighed for at møde andre i samme situation i et fællesskab har stor betydning for deltagernes oplevelse af rehabiliteringsforløbet og udbyttet af dette (C. R. Jørgensen et al., 2018). En gennemgang af kvalitative studier fra RcDallund peger også på, at relationer til ligesindede og fællesskab udpeges af deltagerne som værdifuldt, når opholdets betydning for deltagerne beskrives (La Cour, Ledderer, & Hansen, 2015). Derfor er der tilrettelagt en præsentationsrunde, som er beskrevet under *Klinisk indsats 3: Præsentation og gruppedannelse*. Desuden byder både mandag og tirsdag på aftenaktiviteter, som er beskrevet yderligere under henholdsvis *Klinisk indsats 2: Velkomst, introduktion og fællesskab* og *Klinisk indsats 6: Eksistentiel dimension i rehabilitering*.

På 5-dagesopholdets øvrige aftener tilbyder REHPAs aftenværtinde forskellige aktiviteter, såsom bordtennis, dart, dans m.v. Aften- og natværtinderne har begge opmærksomheden rettet mod det fælles, men de sikrer også, at ingen efterlades uden opmærksomhed, hvis det fælles vælges fra.

Fællesskabets tilblivelse har meget stor opmærksomhed på REHPA. Denne prioritering er foretaget ud fra ideerne om, at fællesskab er grundlaget for læring, identitet og fortsat udvikling, ifølge sociolog Etienne Wenger (Illeris, 2007).

8. Mad og måltider

Mad og måltider er en væsentlig del af standard rehabiliteringsforløbene på REHPA, hvor området fortsat er under udvikling (Rasmussen, Ulstrup, Haastrup, & Zwisler, 2019). I forskningsklinikken er intentionen at inddrage måltiderne som et, for deltagerne, handlende aspekt i rehabiliteringen. Derfor er disse tilrettelagt dels ud fra deltagernes behov og dels sikres der sammenhæng mellem det, der undervises i, og det som serveres. Således er det intentionen, at deltagerne kan få nye erfaringer, eller få bekræftet egne relevante valg, hvor begge dele kan tages med til dagliglivet hjemme.

Måltiderne indtages i spisestuen på 3. sal, som er indrettet, så den giver ramme for de sociale processer, som kulturelt er forbundet med at indtage måltider sammen. Desuden er intentionen at skabe et trygt sted for de deltagere, som har spisevanskeligheder, såsom mennesker med hoved-/hals- eller spiserørskræft. Oplevelsen af at kunne spise og gerne deltage i måltider med andre har stor betydning for livskvaliteten (Kristensen et al., 2019). For at skabe rammen for det gode måltid deltager der altid personale fra forskningsklinikken. Disse har til opgave at understøtte, skærme og vejlede ved behov.

Måltidernes ernæringsmæssige indhold relaterer sig til Fødevarestyrelsens 10 Kostråd og trækker desuden på forskningsbaseret viden fra kost på kræft- og hjerteområdet. Se yderligere beskrivelse i *Klinisk indsats 12: Mad og måltider*. Derudover vægtes årstidernes frugt og grønt også i et CO₂-øjemed samt farver, konsistens og tekstur, der kan være både afgørende og inspirerende, når forskellige typer af behov skal indfries.

9. Mono- og tværfaglige kompetencer

I rehabilitering og palliation bidrager mange fagprofessionelle med forskellige faglige kompetencer. Derfor bliver det tværfaglige arbejde og indsatsen deromkring essentiel for deltagernes udbytte (Maribo & Nielsen, 2016; Matthiesen & Brøndum, 2016).

Tværfagligt samarbejde ses som måder at anskue samme problem på, så der sammensmeltes forskellige forståelser og handlemåder. Det er processer baseret på tværfaglige arbejdsmåder, der skal fundere et nyt 'paradigme'. Processerne fører til, at man adopterer fælles programteorier og handlevalg, som giver merviden og bedre serviceproduktion (H. Jørgensen, Lassen, & Baadsgaard, 2016). Begrebet 'koblingskompetence' tager afsæt i stor faglighed og almen viden og giver mulighed for at forstå andres faglighed og at arbejde med faglige, personlige og forståelsesmæssige forskelligheder og dermed finde løsninger på komplekse problemstillinger (H. Jørgensen et al., 2016, s. 29).

Koblingskompetencer anses som et centralt begreb på standard rehabiliteringsforløbene, da gruppen af medarbejdere er kompetente indenfor det at koble sig på både deltagernes behov og problemstillinger. Disse kompetencer har desuden til formål, at deltagerne får den bedst mulige hjælp og støtte fra forskellige faglige perspektiver.

Forskningsklinikken på REHPA har et fast team ansat, som omfatter fysioterapeuter, sygeplejerske, psykolog, læge, socialrådgiver, social- og sundhedsassistenter, der fungerer som aften- og natværtinder, ernæringsassistenter og en administrativ medarbejder. Ud over det faste team er der tilknyttet diætist, massører, præst, sexolog og musikere.

I rekruttering af både interne og eksterne medarbejdere lægges der vægt på monofaglige kompetencer, forskningserfaring eller -indsigt, erfaring eller imødekommenhed overfor tværfaglige processer samt avancerede kommunikative og/eller grundlæggende terapeutiske kompetencer, hvor det at kunne spejle, balancere og påvirke forskellige stemninger er essentielt. Desuden har medarbejderne brug for at have, eller være åbne overfor at udvikle, egne selvbeskyttelsesstrategier, når der arbejdes med mennesker, som er eksistentielt ramt.

Nøglepersonerne i forskningsklinikken har alle bred klinisk erfaring. Derudover har nøglepersonerne erfaring med udvikling af klinisk praksis og/eller forskning i klinisk praksis. Alle nøglepersoner har kompetencer indenfor undervisning, formidling og at initiere interventioner og aktiviteter i en gruppekontekst samt grundlæggende terapeutiske kompetencer herunder relationskompetencer.

9.1. Forløbsledelse

Hvert forløb er planlagt, koordineret og ledet af en 'forløbsleder' samt en 'backup-funktion', som sikrer den enkeltes behov og de individuelle perspektiver i et gruppebaseret tilbud. Det er forløbslederen, som modtager deltagerne og sikrer en fælles ramme for afslutning på opholdene. Det er også forløbslederen, som ud fra behovsvurdering, PRO-data og deltagernes ønsker, fastlægger hvilken profession, der varetager de individuelle samtaler. Desuden sikrer forløbslederen, at der tages hånd om opståede behov undervejs. Funktionen varetages henover året af fire personer på skift, som har forskellige professioner, såsom socialrådgiver, fysioterapeut og sygeplejerske. Således er det ikke de monofaglige kompetencer, der er i forgrunden for denne funktion, men professionen danner en bund at stå på sammen med erfaring fra rehabilitering og til dels palliation. Det er forløbslederne, der skaber rammen om det tværfaglige arbejde og inviterer andre professioner ind og bidrager til at imødekomme behov og problemer i en løs projektorganiseret arbejdsform. Backup-funktionen udgør en støttefunktion for forløbslederne og kan undervejs få uddelegeret opgaver og indgår desuden i forløbets indsatser. De to fagprofessioner har i samspil mulighed for at observere og justere i relation til hele gruppen eller den enkelte deltager. Desuden giver denne organisering rum for sparring i en kontekst med følelsesmæssige krav. Sidst men ikke mindst sikrer backup-funktionen forløbets kontinuitet og afvikling ved sygdom hos forløbsleder.

10. Kvalitetssikring og forskning

Kvalitetssikring og -udvikling samt forskning indgår som vigtige elementer i forbindelse med standard rehabiliteringsforløbene.

10.1. Kvalitetssikring og kvalitetsudvikling af rehabiliteringsforløbene

Kvalitetssikring og kvalitetsudvikling af deltagernes læringsrum og udbytte foregår mundtligt ved forløbets daglige morgensamlinger, hvor der samles og evalueres på de af gårsdagens aktiviteter og øvrige forhold, som deltagerne finder relevante. Dette gentages ved afslutningen af hvert forløb.

Skriftlig, systematisk evaluering foregår ved afslutning af hvert ophold og udføres via et afkrydsningsskema, hvor deltagerne i anonym form tilkendegiver deres vurdering af relevans og udbytte, hvor '0' angiver det laveste udbytte og '5' det højeste udbytte. Udover afkrydsning er der mulighed for at give supplerende kommentarer. Skemaet afleveres umiddelbart før hjemtransport, og svarprocenten er ca. 90 %. Denne praksis har været bærende på REHPA siden starten af forløbene. Evalueringen bidrager med viden om deltagernes oplevelse af kvalitet. Data samles systematisk op, reflekteres og evt. iværksætter kvalitetssikrende eller -udviklende handlinger.

Der arbejdes kontinuerligt på at udvikle og justere relevante kriterier for kvalitet i både proces og effekt, herunder deltagertilfredshed.

10.2. Forskning

Data fra REHPAs standard rehabiliteringsforløb, herunder evalueringerne og data fra *Hvordan har du det?*-skemaet, indgår i REHPAs kliniske forskningsdatabase. Forskningsdatabase kan anvendes af både interne og eksterne forskere i projekter, som har til formål at øge viden om de fysiske, psykiske og sociale behov og effekter, som mennesker med og efter kræft oplever i løbet af og efter rehabilitering. Som led i forskningen kan data blive koblet med nationale registerdata, for at følge op på langtidseffekter af rehabiliteringen. Den nye viden forventes at kunne bidrage til både at videreudvikle REHPAs egne rehabiliteringsforløb samt rehabiliteringsindsatser nationalt og internationalt.

Referencer

- Antonovsky, A. (2002). *Helbredets mysterium: at tåle stress og føle sig rask*. Kbh.: Hans Reitzel.
- Bidstrup, P. E., Christensen, J., Mertz, B. G., Rottmann, N., Dalton, S. O., & Johansen, C. (2015). Trajectories of distress, anxiety, and depression among women with breast cancer: Looking beyond the mean. *Acta Oncol*, 54(5), 789-796. doi:10.3109/0284186X.2014.1002571
- Falk, K., Nielsen, A. F., Timm, H., & Dalgaard, K. M. (2016). *Brugerevaluering af projekt livsrum: Et samarbejde mellem Realdania, Kræftens*

Bekæmpelse og REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation. <https://realdania.dk/publikationer/faglige-publikationer/evaluering-af-projekt-livsrum>

Falk, K., & Timm, H. U. (2018). *Arkitektur & lindring*. https://www.rehpa.dk/wp-content/uploads/2018/03/2018-7_Arkitektur-og-lindring-final-web.pdf

Graven, V., Hvidt, E. A., Roessler, K. K., Thomsen, K. F., Lindqvist, O., Rasmussen, A., . . . Hvidt, N. C. (2019). *Energi til livet: Et eksistentielt patientforløb for mennesker med eller efter kræft*. https://www.rehpa.dk/wp-content/uploads/2019/06/Energi-til-livet_final.pdf

Holland, J. C., Jacobsen, P. B., & Riba, M. B. (2001). NCCN: Distress management. *Cancer Control*, 8(6 Suppl 2), 88-93.

Hastrup, A. F., Toft-Petersen, C., & Zwisler, A. D. (2019). Årsrapport 2018. https://www.rehpa.dk/wp-content/uploads/2019/06/Rehpa_årsrapport_2018.pdf

Illeris, K. (2006). *Læring*: Roskilde Universitetsforlag.

Illeris, K. (Ed.) (2007). *Læringsteorier: Seks aktuelle forståelser*. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag.

Jørgensen, C. R., Thomsen, T. G., Ross, L., Dietz, S. M., Therkildsen, S., Groenvold, M., . . . Johnsen, A. T. (2018). What facilitates "patient empowerment" in cancer patients during follow-up: A qualitative systematic review of the literature. *Qualitative Health Research*, 28(2), pp. doi:10.1177/1049732317721477

Jørgensen, H., Lassen, M., & Baadsgaard, K. (2016). *Koblingskompetencer: Et begrebsligt inkredsningforsøg*. Retrieved from Aalborg:

Kjær, T., Karlsen, R., Dalton, S., Levinsen, A. K., & Johansen, C. (2017). *Videosamling på senfølger efter kræft hos voksne*. Retrieved from Kbh: <https://www.sst.dk/-/media/8D196FE8A2D14B9E838908BB23F288A4.ashx>

Kristensen, M. B., Mikkelsen, T. B., Beck, A. M., Zwisler, A.-D., Wessel, I., & Dieperink, K. B. (2019). To eat is to practice—managing eating problems after head and neck cancer. *J Journal of Cancer Survivorship*, 13(5), 792-803. doi:10.1007/s11764-019-00798-2

Kristiansen, M., Adamsen, L., Brinkmann, F., Krasnik, A., & Hendriksen, C. (2015). Need for strengthened focus on cancer rehabilitation in Danish municipalities. *Dan Med J*, 64(4), 1-15.

Kristiansen, M., Adamsen, L., Piil, K., Halvorsen, I., Nyholm, N., & Hendriksen, C. (2019). A three-year national follow-up study on the development of community-level cancer rehabilitation in Denmark. *Scand J Public Health*, 47(5), 511-518. doi:10.1177/1403494817746535

la Cour, K., Ledderer, L., & Hansen, H. P. (2015). "An arena for sharing": exploring the joint involvement of patients and their relatives in a cancer rehabilitation intervention study. *Cancer Nursing*, 38(2), E1-9. doi:10.1097/NCC.0000000000000149

Levack, W. M., Weatherall, M., Hay-Smith, E. J., Dean, S. G., McPherson, K., & Siegert, R. J. (2015). Goal setting and strategies to enhance goal pursuit for adults with acquired disability participating in rehabilitation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(7), CD009727. doi:10.1002/14651858.CD009727.pub2

Lund, H., & Hjortbak, B. R. (2017). *Grundlaget for rehabilitering* Munksgaard.

Maribo, T., & Nielsen, C. V. (Eds.). (2016). *Rehabilitering: En grundbog* (2 ed.). Kbh: Gads Forlag.

MarselisborgCentret, & Rehabiliteringsforum Danmark. (2004). *Rehabilitering i Danmark: hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*. Aarhus: MarselisborgCentret.

Matthiesen, H. N., & Brøndum, L. (Eds.). (2016). *Den palliative indsats: En patientcenteret tilgang*. Kbh: Munksgaard.

Rasmussen, A., Ulstrup, K. S., Hastrup, A. F., & Zwisler, A.-D. (2019). *Mad, måltider og livskvalitet*. https://www.rehpa.dk/wp-content/uploads/2019/10/Rehpa_foodlab_screen_021019.pdf

REHPA, V. f. R. o. P. (2018). *REHPA Strategi 2025, s.8*. Retrieved from http://ipaper.ipapercms.dk/RegionSyddanmark/OUH/Odense_Universitetshospital/R___Onkologisk_Afdeling/145610/?page=1

Saunders, C. (1964). The symptomatic treatment of incurable malignant disease. *Prescribers Journal*, 4(4).

Simovska, V., & Jensen, J. M. (Eds.). (2012). *Sundhedspædagogik i sundhedsfremme*. Kbh: Gads Forlag.

Sundheds- og indenrigsministeriet. (2007). *Kommunalreformen - de politiske aftaler*. Retrieved from <https://sim.dk/media/17069/kommunalreformen-de-politiske-aftaler.pdf>

Sundhedsstyrelsen. (2018a). *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*. Retrieved from Kbh: <http://www.sst.dk/-/media/B0FD5078B1654B33A9E744CCBAE89022.ashx>

Sundhedsstyrelsen. (2018b). *Pakkeforløb og opfølgingsprogrammer: Begreber, forløbstider og monitorering*. Retrieved from <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/-/media/Udgivelser/2019/Pakkeforloeb-kræft-2015-2019/Pakkeforloeb-og-opfoelgningsprogrammer-Begreber-forloebstider-og-monitorering.ashx>

Thuesen, J., & Egholm, C. (2017). *Rehabilitering og palliation i tværsektorielle aftaler*. https://www.rehpa.dk/wp-content/uploads/2017/04/Notat-nr-1-marts-2017_RePal-i-tvaersektorielle-aftaler.pdf

Thuesen, J., Mikkelsen, T. B., & Timm, H. (2016). *Koordinering af rehabilitering og palliation til mennesker med livstruende sygdom* Retrieved from <https://www.rehpa.dk/wp-content/uploads/2017/04/Koordinering-af-rehabilitering-og-palliation-til-mennesker-med-livstruende-sygdom.pdf>

Thuesen, J., Rossau, H. K., Frausing, S., Tang, L. H., & Mikkelsen, T. B. (2017). *Kræftrehabilitering i Danmark - kortlægning af praksis på hospitaler og i kommuner*. Retrieved from https://www.rehpa.dk/wp-content/uploads/2017/12/Kr%C3%A6ftrehabilitering-i-Danmark_Final-171128-web.pdf

Thuesen, J., & Timm, H. (2014). Palliation og rehabilitering; begrebslige og praktiske forskelle og ligheder. *Omsorg - Nordisk tidsskrift for palliativ medicin*, 3.

Tonnesen, M. (2017). *Målsætning i rehabilitering: Kvalitativ undersøgelse om målsætning på Sano*. <http://www.marselisborgcentret.dk/siteassets/viden-om-rehabilitering/pdf---publikationer/malsatning-i-rehabilitering--kvalitativ-undersogelse-om-malsatning-pa-sano-2017-3.pdf>

Wade, D. T. (2020). What is rehabilitation? An empirical investigation leading to an evidence-based description. *Clin Rehabil*, 269215520905112. doi:10.1177/0269215520905112

WHO. (2001). *WHO / International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*.

WHO. (2002). WHO Definition of Palliative Care.



DEL 2

DE KLINISKE INDSATSER

KLINISK INDSATS 1:

Patientrapporterede oplysninger ved forskningsklinikken

Graziella Zangger

Baggrund

For at kunne identificere og imødekomme deltagernes individuelle problemstillinger, og som en del af REHPAs dokumentations- og evalueringspraksis, indsamles der løbende patientrapporterede oplysninger (PRO) i forbindelse med deltagelse i standard rehabiliteringsforløbene.

PRO dækker over oplysninger, der kommer direkte fra patienten selv (Kingsley & Patel, 2017). PRO er patientens perspektiv på og vurdering af egen helbredstilstand (McLeod, Coon, Martin, Fehnel, & Hays, 2011; Oncology Working Party, 2014). Oplysningerne er ikke fortolket eller tilføjet noget, men er patientens egne. PRO anvendes i stigende grad såvel nationalt som internationalt (Burke; PPD1, 2013; Sundhedsstyrelsen, 2017).

Rapporten *Program PRO*, som blev lanceret i 2016, leverer et videngrundlag for brugen af PRO og kommer med en række konkrete anbefalinger til, hvordan PRO kan bruges i kvalitetsudvikling af behandlingsforløb (Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet, 2016). PRO-sekretariatet under Sundhedsstyrelsen, som blev oprettet i 2017, arbejder på at ensrette anvendelsen af PRO og udarbejder guidelines for anvendelsen af PRO (PROsekretariatet, 2019). For at patienter kan opleve et mere sammenhængende behandlingsforløb, argumenteres der for at indsamle PRO-data ensartet, systematisk, tværsektorielt og landsdækkende (Sundhedsstyrelsen, 2017). Indsamling af PRO-data på tværs af sektorer og indsatsområder er relativt nyt. På kræftområdet er der for nuværende ingen overordnede guidelines for anvendelse af PRO. For generelle standarder for anvendelse af PRO henvises til *International Society for Quality of Life Research* (ISOQOL) (Aaronson et al., 2015).

Spørgeskemaet, som på REHPA har fået navnet *Hvordan har du det?*-skemaet, er inspireret af de store befolkningsundersøgelser (Statens Institut for Folkesundhed) og en række sygdomsspecifikke undersøgelser (Brochmann et al., 2019; Rasmussen et al., 2017). Det er udviklet til systematisk indsamling af PRO-data blandt deltagerne i rehabiliteringsforløbene. Skemaet indeholder en kombination af generiske, domæne- og/eller sygdoms-specifikke spørgsmål og skemaer. De indsamlede PRO-data anvendes både administrativt, i visitationen af deltagere og som dialogstøtte i forbindelse med forløbene (Bilag 4) samt til kvalitetssikring og forskning.

Hvordan har du det?-skemaet er udviklet med henblik på at afdække så mange aspekter af livet som muligt hos personer, der har eller har haft en livstruende sygdom. I valget af hvilke områder, som skemaet skulle afdække, blev der taget udgangspunkt i to modeller og et spørgeskema (Ahmed et al., 2012):

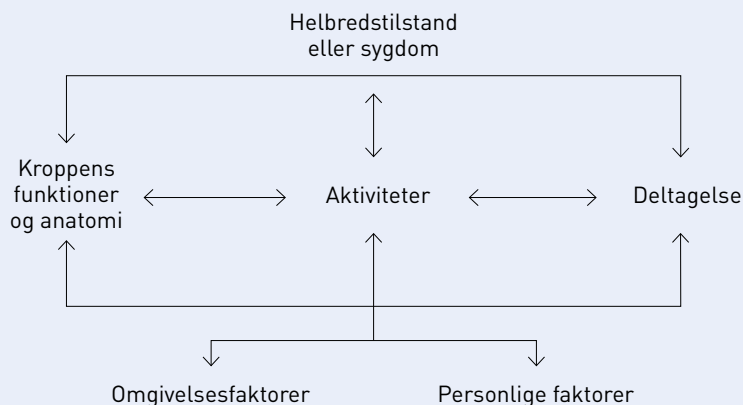
- International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand (ICF) (Figur 1) (WHO, 2001)
- Ferrans et al. (2005) reviderede model for livskvalitet (Figur 2) (Ferrans, Zerwic, Wilbur, & Larson, 2005)
- Verdenssundhedsorganisationens livskvalitetsspørgeskema WHOQOL-100 (WHO, 2019).

Fra de tre modeller er der udvalgt en række eksisterende spørgsmål og spørgeskemaer, der i videst muligt omfang afdækker de valgte områder og elementer (Tabel 1).

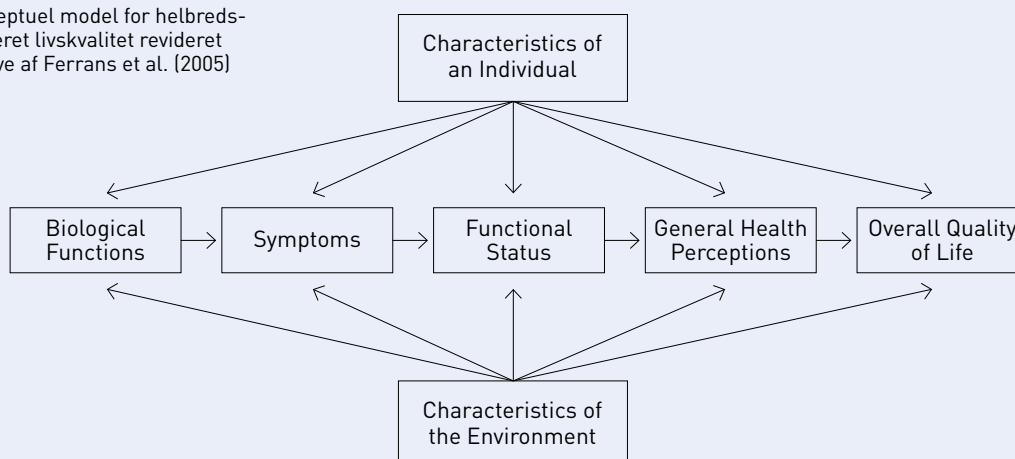
I udvælgelsen indgik en prioritering af spørgeskemaerne i forhold til, at de helst skulle være validerede i overensstemmelse med robuste kriterier (Howell et al., 2015), være anvendt tidligere i danske (folke-) undersøgelser og/eller have en angivelse af en 'cut-off-score'. Cut-off-scorer er de grænseværdier, der adskiller en 'normal' tilstand fra en 'klinisk' tilstand (Carrasco-Labra et al., 2018) eller angiver, i hvilket interval eller kategori en respondent kan placeres indenfor det pågældende område.

I den kliniske anvendelse af *Hvordan har du det?*-skemaet er der forsøgt at tilgodese og markere, hvornår besvarelserne antyder, at et symptom/dysfunktion/tilstand kræver en klinikers særlige opmærksomhed (Claire F. Snyder, Jensen, Segal, & Wu, 2013).

Figur 1.
International klassifikation
af funktionsevne, funktions-
evnenedsættelse og helbreds-
tilstand (WHO, 2001)



Figur 2.
Konceptuel model for helbreds-
relateret livskvalitet revideret
udgave af Ferrans et al. (2005)



På baggrund af de valgte cut-off-scorer og besvarelser, som synes at kræve en særlig, klinisk opmærksomhed, er der udviklet en manual for, hvorledes skemaets PRO-data kan omsættes til et scoringsark, der kan fungere som dialogstøtte til 5-dagesopholdets individuelle samtaler (se figur 1). I de områder i *Hvordan har du det?*-skemaet, hvor det ikke har været muligt at finde evidens for en cut-off-score, er cut-off-scoren valgt på baggrund af en konsensus blandt REHPAs fagprofessionelle.

Tabel 1 viser en oversigt over de områder og elementer, der afdækkes i *Hvordan har du det?*-skemaet, samt de tilhørende skemaer, som er valgt på baggrund af ovenstående proces og ift. skemaernes mål.

Tabel 1. Oversigtstabel over hvilke områder og elementer der afdækkes via PRO-data på REHPA

ICF kategori	Område	Elementer indenfor området	Spørgeskema/spørgsmål	Formål
Helbred/sygdom	Helbred		EQ-5D-5L	Livskvalitet
			Helbreds-item	Helbred
	Symptomer		EORTC QLQ-30C	Livskvalitet
	Sygdom	Komorbiditet	Komorbiditets-item	Flere kroniske og konkurrerende sygdomme
		Rehabiliteringsbehov	Dallund-/REHPA-skalaen	Mål og problemområder
Kroppens funktioner og anatomi	Fysisk helbred	Energi/træthed	Brief Fatigue Inventory	Fatigue/udmattelse
		Smerter/ubehag	Smerte-items	Smerter
		Søvn/hvile	Insomnia Severity Index	Sværhedsgrad af søvnløshed
			Søvn-items	Oplevelse af søvnproblem
		Negative/positive følelser	PHQ-9	Depression (sværhedsgrad af symptomer)
			GAD-7	Angst (screening og sværhedsgrad af symptomer)
Aktivitet og deltagelse	Uafhængigheds-niveau	Mobilitet	Fysisk form-items	Fysisk form
			Fysisk aktivitet-items	Efterlevelse af SST råd om fysisk aktivitet
Personlige faktorer	Socialt liv	Personlige relationer	Socialt liv-items	Sociale relationer og netværk
		Social støtte	T-ILS short	Ensomhed
		Seksuel aktivitet	Seksualitet-items	Seksualitet
	Personlige værdier og overbevisninger	Livsstil	IPQ short	Fysisk aktivitetsniveau
			Alkohol-items	Forbrug af alkohol
			Rygning-items	Forbrug af tobak
		Økonomiske ressourcer	Beskæftigelse-items	Nuværende beskæftigelse
			Uddannelse-items	Uddannelsesniveau
Omgivelsesfaktorer	Miljø	Social- og sundhedsvæsenet: Tilgængelighed og kvalitet	Rehabilitering-items	Tilbud om og deltagelse i rehabilitering
			Patientforeninger-items	Deltagelse i relevante patientforeninger

Formål

PRO-data indsamles systematisk for at:

- få viden om de problemer, som deltagerne i rehabiliteringsforløbet angiver at have
- få viden om udvalgte områder/domæner, som belaster deltagerne
- kunne understøtte et sammenhængende rehabiliteringsforløb for den enkelte.

PRO-data anvendes:

- i behovsafdækning, vurdering og dialog om prioritering
- i kvalitetsudvikling af standard rehabiliteringsforløbene.

PRO-data i dialogen med deltageren

- At deltageren oplever dialogstøttearket som en hjælp til at afdække egne rehabiliteringsbehov og mulige behov for lindring.
- At deltageren opnår overblik over egne behov og kan identificere de behov, som har størst betydning for egen livskvalitet relateret til funktion, aktivitet og lindring.
- At deltageren oplever dialogstøttearket som et nyttigt værktøj til at kommunikere om sin situation med professionelle, familie og netværk.

Indhold

Deltagerne modtager *Hvordan har du det?*-skemaet cirka tre uger før deltagelsen i 5-dagesopholdet via e-Boks, sammen med en opfordring til at udfylde skemaet elektronisk indenfor de følgende 14 dage. I materialet til deltagerne betones det, at rehabiliteringsprocessen begynder ved udfyldelsen af dette skema, da der ofte følger refleksioner i forhold til, hvordan den enkelte oplever sin tilstand.

Forløbslederen for det enkelte hold er ansvarlig for, at besvarelserne indkommer og tager kontakt til deltagere, hvis udfyldelse mangler. Det sker, at deltagere ikke har adgang til e-Boks eller af anden årsag ikke magter at udfylde skemaet. I disse situationer aftales det telefonisk med deltageren, at skemaet udfyldes ved ankomst med nødvendig teknologi og støtte fra en af de fagprofessionelle. En intern undersøgelse blandt 38 deltagere på REHPA viste, at skemaet i gennemsnit udfyldes på ca. 60 minutter, med en spændvidde på 25 til 180 minutter.

Som forberedelse gennemgår forløbslederen i ugen op til forløbet besvarelserne med det formål at danne sig et overblik over angivne rehabiliteringsbehov. Disse sammenholdes med deltagerens henvisning, tidligere behovsvurdering og ønsker for fokus med henblik på at etablere det bedst mulige udbytte og forløb for den enkelte. Alle fagprofessionelle, der er involveret i rehabiliteringsforløbet, har adgang til disse data og kan planlægge både individuelle aktiviteter og gruppeaktiviteter ud fra disse.

Dialogstøttearket

Dialogstøttearket er en opsummerende og emneinddelt oversigt, som udarbejdes ud fra hver enkelt deltagers individuelle besvarelser af *Hvordan har du det?*-skemaet (Bilag 4). Dialogstøttearket udarbejdes elektronisk ved hjælp af de algoritmer for cut-off-værdier, der er beskrevet i den ovenfor omtalte manual.

De opsummerede besvarelser kategoriseres, og hver kategori er markeret med enten en rød, gul eller grøn farve på dialogstøttearket, som henviser til cut-off-værdier og belastningsgrad for den enkelte deltagers besvarelser (C. F. Snyder et al., 2017).

Dialogstøttearket med farvekoderne medbringes af den fagprofessionelle samtalepartner til den planlagte, individuelle samtale om torsdagen på 5-dagesopholdet. Alt efter situationen, der er beskrevet nøjere i *Klinisk indsats 14: De individuelle samtaler*, udgør dialogstøttearket en del af grundlaget for at drøfte den enkelte deltagers ressourcer, behov, rehabiliteringsproces og mulige mål.

Emner markeret med rødt får særlig opmærksomhed, og det aftales med deltageren, hvordan disse behov skal adresseres for nuværende på REHPA og i den 12-ugers hjemmeperiode. Her kan det blive aktuelt at sikre igangsætning af anden støttende, fremadrettet aktivitet eller sikring af en fortsat behandling.

På 2-dagesopfølgningen er dialogstøttearket et centralt dokument i den afsluttende samtale. Det er muligt at sammenligne de to besvarelser, der er foretaget med ca. 12 ugers mellemrum. Her gentages opmærksomheden mod fortsat støtte og behandling.

Dialogstøttearket indgår i udskrivningsbrevet til egen læge.

Kompetencer

De fagprofessionelle, som anvender besvarelserne fra *Hvordan har du det?*-skemaet i forbindelse med visitation af deltagere og til at understøtte rehabiliteringsprocesser, skal have kendskab til de anvendte PRO-redskaber.

Desuden skal de professionelle være trænet i at læse og formidle dialogstøttearkets oplysninger på en måde, der er hensigtsmæssig for den enkelte deltager. Dette kræver indgående erfaring med kræftsygdommens implikationer for dagliglivets funktioner, aktiviteter og behov for lindring herunder belastninger, senfølger, konsekvenser af sygdom mv., samt et blik for den enkeltes ressourcer.

Derudover kræver anvendelse af dialogstøttearket en bred klinisk erfaring indenfor arkets domæner, samt tryghed i de tværprofessionelle relationer, så andre fra det tværprofessionelle team kan træde til, hvor ens egen faglighed slutter, samt en organisering som tillader dette.

Referencer

- Ahmed, S., Berzon, R., Revicki, D., Lenderking, W., Moinpour, C., Basch, E., . . . Wu, A. (2012). The Use of Patient-reported Outcomes (PRO) Within Comparative Effectiveness Research. *Medical Care*, 50(12), 1060-1070. doi:10.1097/MLR.0b013e318268aaff
- Brochmann, N., Flachs, E. M., Christensen, A. I., Bak, M., Andersen, C. L., Juel, K., . . . Rottmann, N. (2019). Anxiety and depression in patients with Philadelphia-negative myeloproliferative neoplasms: a nationwide population-based survey in Denmark. *Clin Epidemiol*, 11, 23-33. doi:10.2147/clep.S162688
- Burke, L. History of Patient-Reported Outcome Measurement at FDA: My Perspective. *Mapi: Health Research & Commercialization*.
- Carrasco-Labra, A., Devji, T., Qasim, A., Phillips, M., Devasenapathy, N., Zeraatkar, D., . . . Guyatt, G. (2018). Interpretation of patient-reported outcome measures: an inventory of over 3000 minimally important difference estimates and an assessment of their credibility | The 25th Cochrane Colloquium. Edinburgh. <https://abstracts.cochrane.org/interpretation-patient-reported-outcome-measures-inventory-over-3000-minimally-important-difference>
- Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual Model of Health-Related Quality of Life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 336-342. doi:10.1111/j.1547-5069.2005.00058.x
- Howell, D., Molloy, S., Wilkinson, K., Green, E., Orchard, K., Wang, K., & Liberty, J. (2015). Patient-reported outcomes in routine cancer clinical practice: a scoping review of use, impact on health outcomes, and implementation factors. *Annals of Oncology*, 26(9), 1846-1858. doi:10.1093/annonc/mdv181
- Kingsley, C., & Patel, S. (2017). Patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures. *BJA Education*, 17(4), 137-144. doi:10.1093/bjaed/mkw060
- McLeod, L. D., Coon, C. D., Martin, S. A., Fehnel, S. E., & Hays, R. D. (2011). Interpreting patient-reported outcome results: US FDA guidance and emerging methods. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 11(2), 163-169. doi:10.1586/erp.11.12
- Oncology Working Party. (2014). *Reflection paper on the use of Patient Reported Outcome (PRO) measures in Oncology Studies*. https://www.ema.europa.eu/en/documents/scientific-guideline/draft-reflection-paper-use-patient-reported-outcome-pro-measures-oncology-studies_en.pdf
- PPDI. (2013). Beyond Patient-Reported Outcomes: Designing and Conducting Patient-Centered Studies. White paper. In: www.ppdi.com.
- PROsekretariatet. (2019). Det nationale arbejde med PRO. Retrieved from <https://pro-danmark.dk/da>
- Rasmussen, T., Zwisler, A.-D., Thygesen, L., Bundgaard, H., Moons, P., & Berg, S. (2017). High readmission rates and mental distress after infective endocarditis - Results from the national population-based CopenHeart IE survey. *International Journal of Cardiology*, 02(01). doi:10.1016/j.ijcard.2017.02.077
- Snyder, C. F., Jensen, R. E., Segal, J. B., & Wu, A. W. (2013). Patient-reported outcomes (PROs): Putting the patient perspective in patient-centered outcomes research. *Medical care*, 51(8 0 3), S73-S79. doi:10.1097/MLR.0b013e31829b1d84
- Snyder, C. F., Smith, K. C., Bantug, E. T., Tolbert, E. E., Blackford, A. L., Brundage, M. D., & Board, P. R. O. D. P. S. A. (2017). What do these scores mean? Presenting patient-reported outcomes data to patients and clinicians to improve interpretability. *Cancer*, 123(10), 1848-1859. doi:10.1002/cncr.30530
- Statens Institut for Folkesundhed. Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne. Retrieved from https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/sundheds_og_sygelighedsundersogelserne
- Sundhedsstyrelsen. (2017). Status for det danske arbejde med patientrapporterede oplysninger - foråret 2017. <https://pro-danmark.dk/da/pro-landskab/pro-i-dk>
- Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet. (2016). Program PRO: anvendelse af PRO-data i kvalitetsudviklingen af det danske sundhedsvæsen: anbefalinger og vidensgrundlag (978-87-996473-3-0). https://danskepatienter.dk/files/media/Publikationer%20-%20Egne/B_ViBIS/A_Rapporter%20og%20Unders%C3%B8gelser/program_pro-rapport.pdf
- WHO. (2001). WHO / International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).
- WHO. (2019). WHOQOL: Measuring Quality of Life. Retrieved from <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/index1.html>
- Aaronson, N., Elliott, T., Greenhalgh, J., Halyard, M., Hess, R., Miller, D., . . . Snyder, C. (2015). *User's Guide to Implementing Patient-Reported Outcomes Assessment in Clinical Practice*. Retrieved from <https://www.isoqol.org/wp-content/uploads/2019/09/2015UsersGuide-Version2.pdf>



KLINISK INDSATS 2: Velkomst, introduktion og fællesskab

Rikke Tornfeldt Martens

Program for 5-dagesopholdet

MANDAG	TIRSDAG	ONSDAG	TORSDAG	FREDAG
7.45-8.15 Morgenmad				
Hver morgen 8.45 Morgensamling				
9.45-10.15 Ankomst til REHPA og indkvartering	9.00-10.30 Valgfri session Hvad med arbejdslivet? v. socialrådgiver	9.00-12.00 Min fysiske form Test og introduktion v. testholdet	9.00-11.30 Kræft og psyke v. psykolog	9.00-10.00 Krop og bevægelse v. fysioterapeut
10.45-11.15 Velkomst og introduktion v. forløbsleder	10.45-12.00 Træthed v. sygeplejerske		10.30-11.30 Krop og bevægelse fortsat	9.00-10.15 Træning efter dagbog v. fysiotera- peuterne
11.15-12.00 Walk and talk			10.45-12.15 Valgfri session Mad og måltider eller Intimitet og seksualitet v. sexolog	9.00-10.30 Valgfri session: Mad og måltider eller Intimitet og seksualitet v. sexolog
			11.00-12.15 Træning efter dagbog v. fysiotera- peuterne	09.00-10.00 Motivation og forandrings- processer v. socialrådgiver
				10.30-11.10 Min handleplan
				11.10-12.00 Gruppedialog om handleplan
12.00 Frokost (torsdag kl. 12.15)				
13.00-14.15 Fælles præsentation	13.00-16.00 Min fysiske form Test og introduktion v. testholdet	13.00-14.15 Træthed v. sygeplejerske	13.00-14.00 Krop og bevægelse v. fysioterapeut	13.00-15.30 Kræft og psyke v. psykolog
14.45-16.15 Søvnbesvær v. sygeplejerske		14.45-16.15 Valgfri session Hvad med arbejdslivet? v. socialrådgiver	14.30-15.30 Krop og bevægelse fortsat	13.00-17.00 Massage og Individuelle samtaler
17.45-18.00 Velkomst v. aftenværtinde				12.45-13.00 Check ud fra værelser
				13.15-14.00 Afslutning og på gensyn
				14.00 Afrejse
18.00 Aftensmad				
19.30-21.00 Musik og sang	19.30-21.00 At være menneske v. præst		20.00 Gåtur/spille- aften/filmaften	

Program for 2-dagesopfølgningen

TIRSDAG	ONSDAG
7.30-8.15 Morgenmad	
8.45-9.00 Morgensamling og intro til individuelle samtaler	
9.45-10.15 Ankomst til REHPA og indkvartering	9.00-10.30 Individuelle samtaler
10.45-11.00 Velkommen, praktiske oplysninger og præsentation af program	9.00-10.15 Yoga og mindfulness v. fysioterapeut
11.00-12.00 "Siden sidst" v. forløbsleder	10.45-12.00 Yoga og mindfulness v. fysioterapeut
	10.30-12.00 Individuelle samtaler
12.00 Frokost	
13.00-14.30 'Livet i bevægelse' Samtalegruppe v. psykolog	13.00-13.15 Check ud fra værelser
15.00-16.30 Min fysiske form Fysisk test v. testholdet	13.15-14.00 Min videre vej og farvel for denne gang
13.00-14.30 Min fysiske form Fysisk test v. testholdet	
15.00-16.30 'Livet i bevægelse' Samtalegruppe v. psykolog	
18.00 Aftensmad	

Baggrund

Velkomst, herunder indlogering, introduktion, præsentation og fællesskabsdannende elementer, tillægges stor betydning på standard rehabiliteringsforløbene. Tryghed, dét at være sammen i en gruppe og være i et trygt miljø, er med til at motivere deltagerne til at arbejde aktivt og åbent sammen og med de fagprofessionelle om det rehabiliteringsforløb, som er tilrettelagt. Dette for at sikre bedst mulig inklusion i fællesskabet, deltagelse og dermed læring (Wenger, 2004). Når deltagerne føler sig godt tilpas, både i forhold til hinanden og til de gennemgående fagprofessionelle, skaber det lyst og energi hos den enkelte, og håbet er, at det vil kunne opleves som motiverende og gøre deltagelsen mere lystbetonet (Langberg & Valentiner, 2016).

Velkomst og introduktion foregår det samme sted hver morgen opholdet igennem. Denne begyndelse er en række af daglige gentagelser med morgensamling og fællessang, som på den måde danner rammen om et tilhørssted. Det har til formål at få deltagerne til at føle, at de er sammen om aktiviteterne. Det gavner motivationen at være sammen eller at deltage på et hold med ligestillede (Langberg & Valentiner, 2016). For at sikre inklusion og deltagelse anvendes denne indledende fase også til observation og klinisk vurdering af, hvordan deltagerens behov bedst imødekommes, og hvordan de bedste fællesskaber og muligheder for deltagelse kan etableres.

Musik og sang mandag aften er en del af de sociale og fællesskabende aktiviteter. Med *Musik og sang* som ramme, kan deltagerne opleve, at grænser og forskelle ophæves, og samhørighed opstår (Isaksen, 2018).

At musik og sang føles som noget særligt, skyldes, ifølge musiker og sundhedsforsker Lasse Skovgaard, det 'klanglige fællesskab' i et intimt fællesskab. For stemmen er personlig, og derfor er der ved fællessang noget særligt mellemmenneskeligt på spil. Vi deler vore stemmer, som blander sig i et klangligt fællesskab. Mennesker bliver opløftede eller berørte af at synge sammen. Der er fokus på ord, vejtrækning, melodi og rytme, og samtidig produktion af stoffer som norefedrin og melatonin, der har en gavnlig effekt på søvnproblemer og depression (Poulsen, 2018).

Dette betones som forskningsmæssigt underbygget af hjerneforsker Peter Vuust, som peger på, at "musik regulerer det emotionelle niveau i en gruppe af mennesker, så de er bedre i stand til at fungere sammen, at udføre et arbejde sammen, at kommunikere med hinanden og at dele hinandens følelsesliv" (Vuust, 2017, s. 13). Sidstnævnte fremstår som meget væsentligt, da de følelsesmæssige belastninger med eller efter kræftsygdom og behandling er velkendte.

Formål

- At deltagerne føler sig ventet, velkomne og introduceret.
- At deltageren har kendskab til program og kontaktpersoner.
- At deltageren oplever sangglæde og mentalt velvære.
- At deltageren oplever parathed til at indgå i nye, lærende fællesskaber.

Indhold

Deltagerne får ved ankomst anvist eget værelse og bliver introduceret til REHPAs overnatningsfaciliteter. Derefter følger forløbslederen deltagerne ned til rehabiliterings- og undervisningsafdelingen i stueetagen, hvor de fleste sessioner i løbet af ugen foregår. Her begynder den fælles velkomst og introduktion, hvor stedet og et samlet forløbsprogram præsenteres.

Der indledes med fællessang og forløbslederen, som faciliterer sessionen, præsenterer sig selv og den person, der er forløbsledelsesmæssig backup, samt byder velkommen. Forløbslederen introducerer til REHPA, om baggrunden for at afholde standard rehabiliteringsforløb, som deltagerne nu er en del af, og om bevæggrunde for, at netop de har fået tilbuddet. Særligt informeres om 2-dagesopfølgningen 12 uger senere, som er en del af hele rehabiliteringsforløbet.

Forløbslederen udleverer individuelle mapper til deltagerne og gennemgår indhold og forløbsprogram. Herunder information om samtykkeerklæringer og anonymitet – under opholdet og i forbindelse med den efterfølgende databearbejdning. Forløbslederen beder deltagerne udfylde evalueringsskemaet og aflevere det på opholdets sidste dag.

Deltagerne får ved sessionen mulighed for at spørge ind til eget program, til tidsangivelser for aktiviteter, til undervisere, påklædning, til muligheder for at til- eller fravælge sessioner og i øvrigt til praktiske forhold, der er særlige for ugen.

Forløbsleder og backup gennemgår herefter en række formelle oplysninger om brand, rygepolitik, REHPA som beliggende på et sygehus og det at være 112-område aften/nat.

Afslutningsvis lægger forløbslederen op til en 'walk and talk', hvor deltagerne får mulighed for at tale sammen om; hvad de har set frem til ved opholdet, hvad de særligt gerne vil have fokus på, og hvad de håber på at kunne, når rehabiliteringsforløbet er slut. Disse spørgsmål indgår i den efterfølgende indsats vedr. *Klinisk indsats 3: Præsentation og gruppedannelse* og forbereder således deltagerne til denne. Desuden indgår disse processer i det samlede målsætningsarbejde, som opsummeres på standard rehabiliteringsforløbets femte dag.

Mandag aften efter aftensmåltidet mødes deltagerne i træningssalen, som denne aften er indrettet med stole, tæpper og lys rundt om flyglet. Sangbøger eller andet materiale er fundet frem og gjort klar. Aktiviteten afsluttes med kaffe i dagligstuen.

Tids- og læringsrum

Velkomst og introduktion foregår på mandage efter ankomst, kl. 10.30-12.00 i undervisningslokalet i rehabiliteringsafdelingen. Deltagerne placerer sig ved 4-5-mandsborde.

Musik og sang foregår mandag aften kl. 19.30-20.30. Aktiviteten foregår ved REHPAs flygel i træningssalen, hvor stole er stillet op omkring flyglet.

Kompetencer

Velkomst og introduktion varetages af forløbsledere på REHPA tilknyttet forskningsklinikken. Forløbslederne har indgående kendskab til standard rehabiliteringsforløbenes faglige indhold, kompetencer i forhold til sundhedspædagogisk virksomhed samt grundlæggende terapeutiske kompetencer.

Professionsbachelor indenfor relevant social- eller sundhedsfagligt område er krævet.

Musik og sang varetages af professionelle sangere, musikere eller bevægeterapeuter. Kompetence til at engagere og involvere deltagerne samt skabe inkluderende stemning er centralt.

Referencer

- Isaksen, S. (Ed.) (2018). *Fællessang og fællesskab*: Videncenter for Sang - Sangens Hus.
- Langberg, H., & Valentiner, L. S. (2016). *Motivation i praksis*. Retrieved from Center for Sundhedsmotivation: <http://sundhedsmotivation.dk/wp-content/uploads/2016/08/Motivation-i-praksis.pdf>
- Poulsen, M. (2018, 18. april 2018). Seks gode grunde til at synge mere sammen. *Kristeligt Dagblad*.
- Vuust, P. (2017). *Musik på hjernen. Hvad ser der i hjernen, når vi lytter og spiller musik?*: People's Press.
- Wenger, E. (2004). *Praksisfællesskaber: læring, mening og identitet*. Kbh: Hans Reitzel.



KLINISK INDSATS 3: Præsentation og gruppedannelse

Annette Rasmussen

Program for 5-dagesopholdet

MANDAG	TIRSDAG	ONSDAG	TORSDAG	FREDAG
7.45-8.15 Morgenmad				
Hver morgen 8.45 Morgensamling				
9.45-10.15 Ankomst til REHPA og indkvartering	9.00-10.30 Valgfri session Hvad med arbejdslivet? v. socialrådgiver	9.00-12.00 Min fysiske form Test og introduktion v. testholdet	9.00-11.30 Kræft og psyke v. psykolog	9.00-10.00 Krop og bevægelse v. fysioterapeut
10.45-11.15 Velkomst og introduktion v. forløbsleder	10.45-12.00 Træthed v. sygeplejerske		10.30-11.30 Krop og bevægelse fortsat	10.45-12.15 Valgfri session Mad og måltider eller Intimitet og seksualitet v. sexolog
11.15-12.00 Walk and talk				11.00-12.15 Træning efter dagbog v. fysioterapeuterne
				09.00-10.00 Motivation og forandringsprocesser v. socialrådgiver
				10.30-11.10 Min handleplan
				11.10-12.00 Gruppedialog om handleplan
12.00 Frokost (torsdag kl. 12.15)				
13.00-14.15 Fælles præsentation	13.00-16.00 Min fysiske form Test og introduktion v. testholdet	13.00-14.15 Træthed v. sygeplejerske	13.00-14.00 Krop og bevægelse v. fysioterapeut	13.00-15.30 Kræft og psyke v. psykolog
14.45-16.15 Søvnbesvær v. sygeplejerske		14.45-16.15 Valgfri session Hvad med arbejdslivet? v. socialrådgiver	14.30-15.30 Krop og bevægelse fortsat	13.00-17.00 Massage og Individuelle samtaler
17.45-18.00 Velkomst v. aftenværtinde				
				12.45-13.00 Check ud fra værelser
				13.15-14.00 Afslutning og på gensyn
				14.00 Afrejse
18.00 Aftensmad				
19.30-21.00 Musik og sang	19.30-21.00 At være menneske v. præst		20.00 Gåtur/spille-aften/filmaften	

Baggrund

Mennesker under eller efter kræftbehandling oplever det ofte som meget givende at deltage i gruppe-baserede standard rehabiliteringsforløb, hvor de udveksler erfaringer og møder ligestillede. Det viser en kvalitativ undersøgelse fra REHPA-ophold om sociale relationers betydning (Kruse, 2018). At kunne spejle sig i andre og opleve en normalisering samt finde inspiration til handlemuligheder har stor betydning for at opleve kontrol over sit liv (Kruse, 2018). Jørgensen et al. har i et kvalitativt review undersøgt, hvad der synes at betyde noget for kræftpatienters oplevelse af 'empowerment'. Empowerment defineres i reviewet som en proces, hvorved bl.a. individer opnår kontrol over eget liv. Reviewet konkluderer, at støtte fra gruppefællesskaber synes at have betydning for denne proces, om end der fortsat er brug for forskning på området (Jørgensen et al., 2018).

Forskningsklinikken standard rehabiliteringsforløb refererer til læringsbegreber knyttet til sundhedsfremme og til situeret læring. Her er dialog, involvering og aktivitet en forudsætning for, at læringsprocesser skabes, som beskrevet hos professor Venka Simovska og lektor Jeanette Magne Jensen, begge Aarhus Universitet (Simovska & Jensen, 2012). Parathed til læring og bevægelser mod Vygotskys 'zonen for nærmeste udvikling' (Simovska & Jensen, 2012) kræver et miljø, hvor også rummelighed, åbenhed og respekt er til stede. I de introducerende faser inviteres til at italesætte muligheder for ikke at være sin sygdom men leve med sygdommens implikationer, hvilket åbner sproglige muligheder for forandringer, der lægger afstand til en position som 'offer for sygdom'. Sproget åbner mod handlekraft (White, 2008).

I gruppebaseret patientundervisning relateret til diabetes betoner postdoc ved Steno Diabetes Center, Vibeke Stenov, vigtigheden af at inddrage de narrative aspekter, når metoder vælges, så der åbnes mulighed for at kunne konstruere nye fortællinger om 'sig selv' og dermed få øje på nye handlemuligheder (Stenov & Willaing, 2015). Disse aspekter synes at være af generisk karakter. Der peges dermed i retning af at inddrage

narrative metoder i forandringsarbejdet. Her handler rehabiliteringsarbejdet om 'remaking of life' – en genetablering af hverdagsliv på andre præmisser (Mattingly, 1998).

Præsentationsrunden og gruppedannelsen har ikke som mål at etablere terapeutiske grupper. Der trækkes på forståelser knyttet til refleksionsgrupper, hvor alle perspektiver og refleksioner værdsættes, og hvor mulighed for at spejle sig i hinanden står centralt (Jakobsen, 2010).

Formål

- At deltagerne præsenterer sig for hinanden.
- At deltagerne oplever mulighed for spejling og indledende følelse af fællesskab og tilhørsforhold i gruppen.
- At deltagerne oplever adfærdsmåder, som åbner for rummelighed, rammesætning, omgangstone og stemning.
- At fagprofessionelle får information om gruppen i forhold til mulig dynamik, de enkelte deltagers ressourcer, behov og sårbarheder.

Indhold

Ved præsentationsrunden ankommer deltagerne til træningssalen, hvor der er opstillet stole i en rundkreds.

I den fælles præsentation anvendes proceskort i form af et stort udvalg af mange, meget forskellige billeder. De bruges til at sætte refleksioner, dialoger og dynamiske processer i gang. De har til hensigt at inspirere deltagerne til at præsentere sig anderledes end "jeg er kræftpatient". Kortene er anvendelige til at generere idéer, skabe små fortællinger og inspirere til handling. Kortene kan opfattes om en 'icebreaker', som støtter kendskab og tillid i en nyetableret gruppe.

Inden sessionen starter vælger den enkelte deltager et kort, som taler ind i vedkommendes egen livsverden. Kortene er på forhånd spredt ud på en flade, og deltagerne bedes vælge et, måske to, som illustrerer, hvad deltageren håber at kunne gøre, når rehabiliteringsforløbet er afsluttet. Der afsættes fem minutter til at finde kort. Herefter introducerer forløbslederen præsentationsrundens form og dens formål. Forløbslederen styrer processen uden at styre indhold, er opmærksomt lyttende, tager kontrol, hvis det er nødvendigt og faciliterer svære emner. Forløbslederen er opmærksom på, at der kan være deltagere, som ikke ønsker at indgå i denne metode og blot introducerer sig uden kort eller med anden metafor eller billede. Spørgsmål, som stilles, relaterer sig fortsat til at understøtte målsætningsprocessen.

Foreslåede spørgsmål

- Navn?
- Hvilken by kommer du fra?
- Hvilken kræftsygdom har bragt dig til rehabiliteringsforløb på REHPA?
- Hvad håber du på at kunne gøre, når rehabiliteringsforløbet er slut, og hvad fortæller dit valgte kort om det?

Tids- og læringsrum

Den fælles præsentation foregår på første dag efter frokost. Der er afsat godt en time, hvilket, ved 20 deltagere og forløbsleders indledning, giver ca. to til tre minutters præsentationstid pr. deltager.

Kompetencer

Professionel viden og erfaringer inden for rehabilitering eller patientundervisning af mennesker med kræftsygdom.

Erfaringer med gruppeprocesser og gruppeledelse – herunder være engageret rollemodel. Grundlæggende terapeutiske kompetencer.

Referencer

- Jakobsen, P. (2010). Refleksionsgruppen. In B. A. Jørgensen & Å. H. Lading (Eds.), *Grupper: Om kollektivets bevidste og ubevidste dynamikker* (pp. 179-188). Kbh: Frydenlund Academic.
- Jørgensen, C. R., Thomsen, T. G., Ross, L., Dietz, S. M., Therkildsen, S., Groenvold, M., . . . Johnsen, A. T. (2018). What facilitates "patient empowerment" in cancer patients during follow-up: A qualitative systematic review of the literature. *Qualitative Health Research*, 28(2), pp. doi:10.1177/1049732317721477
- Kruse, E.-M. R. (2018). *Tilbage til hverdagen: En kvalitativ undersøgelse af sociale relationers betydning i kræftrehabilitering*. (Kandidat Speciale), SDU, Odense.
- Mattingly, C. (1998). *Healing dramas and clinical plots: The narrative structure of experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Simovska, V., & Jensen, J. M. (Eds.). (2012). *Sundhedspædagogik i sundhedsfremme*. Kbh: Gads Forlag.
- Stenov, V., & Willaing, I. (2015). Patient perspectives of sharing experiences in group-based diabetes education: A second-order analysis. *Psychology*, 7, 12-18. doi:10.4236/psych.2016.71003
- White, M. (2008). *Kort over narrative landskaber*. Kbh: Hans Reitzels Forlag.



KLINISK INDSATS 4: Hvordan med arbejdslivet?

Jan Tofte

Program for 5-dagesopholdet

MANDAG	TIRSDAG	ONSDAG	TORSDAG	FREDAG
7.45-8.15 Morgenmad				
Hver morgen 8.45 Morgensamling				
9.45-10.15 Ankomst til REHPA og indkvartering	9.00-10.30 Valgfri session Hvad med arbejdslivet? v. socialrådgiver	9.00-12.00 Min fysiske form Test og introduktion v. testholdet	9.00-10.15 Træning efter dagbog v. fysioterapeuterne	9.00-10.30 Valgfri session: Mad og måltider eller Intimitet og seksualitet v. sexolog
10.45-11.15 Velkomst og introduktion v. forløbsleder	10.45-12.00 Træthed v. sygeplejerske	9.00-11.30 Kræft og psyke v. psykolog	10.30-11.30 Krop og bevægelse fortsat	10.45-12.15 Valgfri session Mad og måltider eller Intimitet og seksualitet v. sexolog
11.15-12.00 Walk and talk				11.00-12.15 Træning efter dagbog v. fysioterapeuterne
				09.00-10.00 Motivation og forandringsprocesser v. socialrådgiver
				10.30-11.10 Min handleplan
				11.10-12.00 Gruppedialog om handleplan
12.00 Frokost (torsdag kl. 12.15)				
13.00-14.15 Fælles præsentation	13.00-16.00 Min fysiske form Test og introduktion v. testholdet	13.00-14.15 Træthed v. sygeplejerske	13.00-14.00 Krop og bevægelse v. fysioterapeut	13.00-15.30 Kræft og psyke v. psykolog
14.45-16.15 Søvnbesvær v. sygeplejerske		14.45-16.15 Valgfri session Hvad med arbejdslivet? v. socialrådgiver	14.30-15.30 Krop og bevægelse fortsat	13.00-17.00 Massage og Individuelle samtaler
17.45-18.00 Velkomst v. aftenværtinde				12.45-13.00 Check ud fra værelser
				13.15-14.00 Afslutning og på gensyn
				14.00 Afrejse
18.00 Aftensmad				
19.30-21.00 Musik og sang	19.30-21.00 At være menneske v. præst		20.00 Gåtur/spille-aften/filmaften	

Baggrund

Forskningsklinikken tilslutter sig, at målet med rehabilitering er at give mennesker, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i deres fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, et selvstændigt og meningsfuldt liv med bedst mulig funktionsevne (MarselisborgCentret & Rehabiliteringsforum Danmark, 2004; WHO & The World Bank, 2011).

Således indskrives denne fagbeskrivelse sig i den del af standard rehabiliteringsforløbene, der handler om deltagernes sociale funktionsevne/arbejdsevne. Målgruppen er deltagere, hvor indholdet findes relevant og er derfor valgfrit.

For de fleste danskere i den erhvervsaktive alder har det at have et arbejde stor betydning. Dels giver arbejdsindkomsten et grundlag for den enkeltes og familiens økonomi, og dels har arbejdet for den enkelte betydning på områder som eksempelvis identitet, sociale kontakter, selvværd og at give indhold til tilværelsen.

Cirka en tredjedel af nye kræfttilfælde i Danmark rammer mennesker i alderen 20-64 år (Sundhedsdatstyrelsen, 2020). I et internationalt review fra 2011 var det overordnede resultat, at 62 % af kræftoverlevende var tilbage på arbejde efter et år og 89 % efter to år (Kjær, Karlsen, Dalton, Levinsen, & Johansen, 2017). Det er forskelligt, om man er i stand til at arbejde, når man får kræft og er i behandling. De fleste sygemeldes helt eller delvis i en periode. Varigheden og omfanget af sygemeldingen er forskellig, og det er forskelligt, i hvilken grad man er i stand til at vende tilbage til arbejdet.

Kræfttype, stadie og behandling er afgørende for, om kræftramte vender tilbage til et aktivt arbejdsliv – faktorer, som det ikke er muligt at ændre på i et rehabiliteringsforløb. Til gengæld er konsekvenserne af en given kræfttype og behandling afhængig af faktorer relateret til det enkelte individ og arbejdspladsen. Her vil en veltilrettelagt evidensbaseret arbejdsmarkedsrehabilitering kunne få stor betydning for den kræftramtes arbejdsliv

[Carlsen, 2013, s. 320].

At vende tilbage til arbejde efter en kræftsygdom kan være forbundet med usikkerhed og bekymringer i mødet med arbejdsgivers og jobcenters forventninger (Nielsen, Zinkernagel, Tofte, & Timm, 2019). Mulighederne for tilbagevenden til arbejdet sker i samarbejde med arbejdsgiver og jobcentret, der har til opgave at støtte hurtigst mulig tilbagevenden til arbejdsmarkedet og i øvrigt foretage opfølgning i forbindelse med udbetalingen af sygedagpenge (Beskæftigelsesministeriet (Arbejdsdirektoratet, 2006). For mennesker, som ikke er i arbejde, vil tilbagevenden til arbejde ske i samarbejde med jobcentret. Endelig er det også jobcentret, der har kompetencen til at bevilge kompenserende ydelser, fx fleksjob og førtidspension, i forbindelse med eventuel varig nedsættelse af arbejdsevnen. Mennesker, der har eller har haft kræft, kan i forbindelse med denne proces opleve, at deres perspektiver i relation til arbejdslivet har forandret sig. Overordnet er denne gruppe motiveret for at vende tilbage til arbejdslivet. Samtidig kan de også have en del overvejelser om, hvorvidt det konkrete job er det rigtige at fortsætte i, og hvor meget man ønsker, eller har overskud til, at arbejde fremadrettet (Nielsen et al., 2019).

Formål

- At deltagerne ud fra egen aktuelle situation rustes bedst muligt til at samarbejde med arbejdsgiver og/eller jobcenter om afklaring af egen arbejdsevne og mulig tilbagevenden til arbejdsmarkedet.
- At deltagerne opnår et grundlæggende kendskab til sygedagpengelovgivning og anden relevant arbejdsmarkedslovgivning, herunder kriterierne for tilkendelse af fleksjob og førtidspension.

Indhold

Aktiviteten foregår gruppebaseret, og ved aktivitetens start bedes deltagerne om kort at orientere om egen situation samt forventninger til aktiviteten. Med udgangspunkt heri aftales det videre forløb. Typisk vil der være en gruppesamtale om problemstillinger af generel interesse, eksempelvis en drøftelse af hvordan tilbagevenden til jobbet bedst muligt tilrettelægges og undervisning om relevant lovgivning, eksempelvis regler for forlængelse af sygedagpengeperioden.

Materiale udarbejdet i forbindelse med REHPA-notatet *Kræft, rehabilitering og arbejde - Viden, lovgivning, praksis og fremtid* (Aagesen, Tofte, Zwisler, & Tang, 2019) indgår som materiale til deltagerne.

Endelig præsenteres pjecen: *Når en medarbejder får kræft* (Kræftens Bekæmpelse, 2014).

Tids- og læringsrum

Der afsættes 90-120 minutter til aktiviteten. I standard rehabiliteringsforløbet søges aktiviteten placeret på første ophold enten tirsdag, onsdag eller torsdag.

Kompetencer

Fagprofessionelle involveret i kræftrehabiliteringstilbud bør være opmærksomme på eventuelle behov for afklaring af fremtidige beskæftigelsesmuligheder. Indsatser rettet mod beskæftigelsesmæssige forhold bør varetages af personer med relevant viden, fx socialrådgivere, og i dialog med relevante fagpersoner (Sundhedsstyrelsen, 2018).

Referencer

Lov om sygedagpenge, 563 C.F.R. (2006).

Carlsen, K. (2013). Arbejdsliv. In C. Johansen (Ed.), *Kræft: senfølger og rehabilitering* (pp. 306-321). Kbh: Hans Reitzels Forlag.

Kjær, T., Karlsen, R., Dalton, S., Levinsen, A. K., & Johansen, C. (2017). *Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne*. Retrieved from Kbh: <https://www.sst.dk/-/media/8D196FE8A2D14B9E838908BB23F288A4.ashx>

Kræftens Bekæmpelse. (2014). Når en medarbejder får kræft. In (3 ed.). Online: Kræftens Bekæmpelse.

MarselisborgCentret, & Rehabiliteringsforum Danmark. (2004). *Rehabilitering i Danmark: hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*. Aarhus: MarselisborgCentret.

Nielsen, A. F., Zinkernagel, L., Tofte, J., & Timm, H. (2019). Cancer survivors on the process of returning to work. A danish focus group study. *Scand J of Work Environ Health*, 45(4), 370-375. doi:10.5271/sjweh.3794

Sundhedsdatastyrelsen. (2020). Cancerregistret. Retrieved from <https://www.esundhed.dk/Registre/Cancerregisteret/Nye-kræfttilfaelde#tabpanelF498F95659FD4BFD97300DCED35FC3D7>

Sundhedsstyrelsen. (2018). *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*. Retrieved from Kbh: <http://www.sst.dk/-/media/B0FD5078B1654B33A9E744CCBAE89022.ashx>

WHO, & The World Bank. (2011). *World report on disability*. Retrieved from Online: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/

Aagesen, M., Tofte, J., Zwisler, A.-D., & Tang, L. (2019). *Kræft, rehabilitering og arbejde - Viden, lovgivning, praksis og fremtid*. Retrieved from https://www.rehpa.dk/wp-content/uploads/2019/11/Kr%C3%A6ft-rehabilitering-og-arbejde_notat_final-NYT-FB-LINK.pdf



KLINISK INDSATS 5: Krop og fysisk aktivitet

Eva Jespersen, Rikke Tornfeldt Martens & Susan Dybkjær Johansson

Program for 5-dagesopholdet

MANDAG	TIRSDAG	ONSDAG	TORSDAG	FREDAG
7.45-8.15 Morgenmad				
Hver morgen 8.45 Morgensamling				
9.45-10.15 Ankomst til REHPA og indkvartering	9.00-10.30 Valgfri session Hvad med arbejdslivet? v. socialrådgiver	9.00-12.00 Min fysiske form Test og introduktion v. testholdet	9.00-11.30 Kræft og psyke v. psykolog	9.00-10.00 Krop og bevægelse v. fysioterapeut
10.45-11.15 Velkomst og introduktion v. forløbsleder	10.45-12.00 Træthed v. sygeplejerske		10.30-11.30 Krop og bevægelse fortsat	9.00-10.15 Træning efter dagbog v. fysioterapeuterne
11.15-12.00 Walk and talk			10.45-12.15 Valgfri session Mad og måltider eller Intimitet og seksualitet v. sexolog	9.00-10.30 Valgfri session: Mad og måltider eller Intimitet og seksualitet v. sexolog
			11.00-12.15 Træning efter dagbog v. fysioterapeuterne	09.00-10.00 Motivation og forandringsprocesser v. socialrådgiver
				10.30-11.10 Min handleplan
				11.10-12.00 Gruppedialog om handleplan
12.00 Frokost (torsdag kl. 12.15)				
13.00-14.15 Fælles præsentation	13.00-16.00 Min fysiske form Test og introduktion v. testholdet	13.00-14.15 Træthed v. sygeplejerske	13.00-14.00 Krop og bevægelse v. fysioterapeut	13.00-15.30 Kræft og psyke v. psykolog
14.45-16.15 Søvnbesvær v. sygeplejerske		14.45-16.15 Valgfri session Hvad med arbejdslivet? v. socialrådgiver	14.30-15.30 Krop og bevægelse fortsat	13.00-17.00 Massage og Individuelle samtaler
17.45-18.00 Velkomst v. aftenværtinde				
18.00 Aftensmad				
19.30-21.00 Musik og sang	19.30-21.00 At være menneske v. præst		20.00 Gåtur/spille-aften/filmaften	
				12.45-13.00 Check ud fra værelser
				13.15-14.00 Afslutning og på gensyn
				14.00 Afrejse

Program for 2-dagesopfølgningen

Program for 2-dagesopfølgningen

TIRSDAG	ONSDAG
7.30-8.15 Morgenmad	
8.45-9.00 Morgensamling og intro til individuelle samtaler	
9.45-10.15 Ankomst til REHPA og indkvartering	9.00-10.30 Individuelle samtaler
10.45-11.00 Velkommen, praktiske oplysninger og præsentation af program	9.00-10.15 Yoga og mindfulness v. fysioterapeut
11.00-12.00 "Siden sidst" v. forløbsleder	10.45-12.00 Yoga og mindfulness v. fysioterapeut
	10.30-12.00 Individuelle samtaler
12.00 Frokost	
13.00-14.30 'Livet i bevægelse' Samtalegruppe v. psykolog	13.00-13.15 Check ud fra værelser
15.00-16.30 Min fysiske form Fysisk test v. testholdet	13.15-14.00 Min videre vej og farvel for denne gang
13.00-14.30 Min fysiske form Fysisk test v. testholdet	
15.00-16.30 'Livet i bevægelse' Samtalegruppe v. psykolog	
18.00 Aftensmad	

Baggrund

Der har i en årrække været et øget fokus på fysisk aktivitet både i forhold til baggrundsbefolkningens sundhed og i forbindelse med behandling og rehabilitering ved forskellige typer af sygdomme. Danskernes sundhed monitoreres løbende. I *Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017* angiver 29 % af informanterne sig til at være "fysisk inaktiv" og "utilstrækkeligt fysisk aktiv" (Statens Institut for Folkesundhed). Samtidig belyser rapporten *Sygdomsbyrden i Danmark. Risikofaktorer* fra Statens Institut for Folkesundhed, at en af de primære risikofaktorer for dødelighed, middellevetid, langvarigt sygefravær samt somatiske og psykiatriske indlæggelser netop er fysisk inaktivitet (Eriksen L et al., 2016).

I Sundhedsstyrelsens anbefalinger for kommunernes arbejde med de væsentligste forebyggelsesområder ved kroniske sygdomme har fysisk aktivitet også en central placering blandt de højt prioriterede indsatser (Sundhedsstyrelsen, 2016).

Fysiske aktiviteter indgår ligeledes som en del af kræftrehabilitering og retter sig mod funktionsevnenedsættelse jfr. WHO's klassifikation af funktionsevne; ICF (WHO & The World Bank, 2011). Samtidig har fysisk aktivitet i forbindelse med rehabilitering til mennesker med eller efter kræft et sigte mod tertiær forebyggelse.

Inaktivitet og forringet muskel- og kardio-respiratorisk-kapacitet er almindeligt forekommende i forbindelse med kræftsygdom på grund af såvel sygdommen som behandlingen af denne (Kjær, Karlsen, Dalton, Levinsen, & Johansen, 2017; Lakoski, Eves, Douglas, & Jones, 2012). Hertil er senfølger, såsom fatigue, søvnløshed, smerter, kognitive og psykiske påvirkninger ofte forekommende i forbindelse med kræftsygdomme (Kjær et al., 2017).

Fysisk aktivitet har vist sig sikker og anses i dag som en essentiel del af behandlingen af ovennævnte problemstillinger (Campbell et al., 2019; Lakoski et al., 2012; Midtgaard et al., 2013; Mustian et al., 2017; Pedersen & Andersen, 2011; Speck, Courneya, Masse, Duval, & Schmitz, 2010). Samtidig anses fysisk træning også som en del af den forebyggende behandling, der bør iværksættes fra diagnosetidspunktet, for at reducere risikoen for ovennævnte negative senfølger samt følge- og livsstilssygdomme (Midtgaard, 2013). Et fokus på fysisk aktivitet tidligt i behandlingsforløbet giver ligeledes mulighed for at arbejde med dette i relation til identitet og livsstilsændringer ved udvalgte grupper (Adamsen, Andersen, Lillelund, Bloomquist, & Moller, 2017; Moller et al., 2013).

Fysisk træning, som både indeholder en aerob (konditionstræning) og en anaerob (styrketræning) komponent, har desuden vist sig effektiv i forhold til flere målgrupper, der har eller har haft livstruende sygdom (Adamsen et al., 2003; Adamsen et al., 2009; Pedersen & Andersen, 2011; Sibillit et al., 2016; Williams et al., 2007). Den positive effekt i forhold til personer med eller efter kræft omfatter blandt andet fatigue, kondition, muskelstyrke, generelt aktivitetsniveau og følelsesmæssigt velvære (Adamsen et al., 2009).

På et standard rehabiliteringsforløb arbejdes med fysisk aktivitet i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger (Pedersen & Andersen, 2011). Herudover er interventionerne baserede på faglige erfaringer, evidens på området og deltagernes præferencer. Desuden arbejdes der indgående med pædagogiske overvejelser i relation til deltagernes fastholdelse af motivation. Samtidig er der på forløbene fokus på fysisk aktivitet i forhold til lindring af smerter og ubehag i forbindelse med kræftsygdom.

Fysiske tests benyttes for at give deltagerne konkret feedback på, hvordan aktiviteter kan påvirke deres krop. Testningen giver anledning til at italesætte forebyggende elementer af fysisk aktivitet. Deltagerne tilbydes konditions- og styrketests samt måling af vægt, højde, livvidde og puls/blodtryk i begyndelsen af forløbet og igen på opfølgingsdagene. Herudover opfordres deltagerne til at arbejde med en træningsdagbog i perioden mellem de to ophold.

De fysiske tests, der indsamles systematisk på forløbene, indgår også som en del af forskningsklinikkenes forskningsaktiviteter og opsamles i REHPAs forskningsdatabase. Deltagernes registreringer i træningsdagbøger indgår på samme vis i databasen.

På den baggrund arbejder forskningsklinikkenes fysioterapeuter især med to særlige opgaver:

1. De udfordrer deltagerne kropsbevidsthed og evne til at mærke kroppens signaler.
2. De klæder deltagerne på til at træne med fokus på fysisk intensitet, udholdenhed og styrke.

De fem nedenstående fagbeskrivelser indskrives sig i den del af et standard rehabiliteringsforløb, der handler om krop og fysisk aktivitet:

Aktivitetsbeskrivelse 5.1.:	Fysisk testning	side 45
Aktivitetsbeskrivelse 5.2.:	Træningsdagbog	side 46
Aktivitetsbeskrivelse 5.3.:	Krop og bevægelse	side 47
Aktivitetsbeskrivelse 5.4.:	Yoga	side 49
Aktivitetsbeskrivelse 5.5.:	Massage	side 50

5.1: FYSISK TESTNING

Baggrund

Fysiske tests benyttes, som en del af et standard rehabiliteringsforløb, til at give deltagerne konkret feedback på, hvordan aktiviteter kan påvirke deres krop. Selve testseancen understøtter deltagerne i at opnå en forståelse af deres egen fysiske formåen. Testningen giver ligeledes anledning til at italesætte forebyggende elementer af fysisk aktivitet.

Ud over måling af blodtryk og hvilepuls, kropssammensætning (højde, vægt, talje- og hofteomkreds) anvendes følgende batteri af tests:

- Screening af styrke i overkrop ved 'handgrip-test' (Roberts et al., 2011)
- Screening af styrke i benene ved 'rejse-sætte sig test' (Jones, Rikli, & Beam, 1999)
- Indirekte konditionstest ved 'Watt-max test' (Adamsen et al., 2003; Andersen, 1995) og/eller udholdenhedstest ved '6-minuttersgangtest' (Brooks, Solway, & Gibbons, 2003; Jakobsen, Kehlet, & Bandholm, 2013).

Testbatteriet gentages ved 2-dagesopfølgningen.

Formål

At give deltagerne viden om eget fysiske udgangspunkt for rehabilitering ved første test, herunder:

- At deltagerne får erfaringer med og viden om deres aktuelle tærskel for fysisk anstrengelse.
- At deltagerne får en viden om deres aktuelle fysiske form sammenholdt med gældende anbefalinger og normmateriale.
- At denne viden kan guide deltagerne i deres valg og prioritering af fysisk aktivitet og træning, der vil skabe øget overskud til at klare aktiviteter i hverdagslivet.
- At denne viden kan guide deltagerne i deres valg og prioritering af fysisk aktivitet og træning, der vil fremme sundhed og nedsætte risiko for sygdom.

Ved 2-dagesopfølgningen er formålet, at deltagerne får viden om den fysiske effekt af den valgte rehabiliteringsindsats i hjemmeperioden, herunder:

- At deltagerne får en viden om deres aktuelle fysiske form sammenholdt med status ved første test.
- At denne viden kan guide deltagerne i deres valg og prioritering af fysisk aktivitet og træning fremover, såvel i forhold til at klare aktiviteter i hverdagen som at fremme sundhed/nedsætte risiko for sygdom.

Indhold

Målinger af blodtryk, hvilepuls og kropssammensætning (højde, vægt, talje- og hofteomkreds) samt ovenstående testbatteri udføres én gang på 5-dagesopholdet og én gang på 2-dagesopfølgningen.

Tids- og læringsrum

På 5-dagesopholdet foregår den fysiske testning af deltagerne om tirsdagen i træningssalen. Der er afsat ca. to timer til testning af max 10 personer. Seancen afsluttes med en fælles gennemgang af normmaterialet for de givne tests og målinger i baggrundsbefolkningen, så deltagerne har mulighed for at sammenholde egne resultater med normmaterialet.

På 2-dagesopfølgningen (12 uger efter 5-dagesopholdet) foregår testningen ligeledes på hold af max 10 personer, hvor der er afsat ca. halvanden time til testning. Seancen afsluttes med tilbud om, at aktuelle testresultater gennemgås individuelt. I gennemgangen sammenlignes der med resultater fra ugeopholdet, og der snakkes om fremtidige valg og prioritering af fysisk aktivitet og træning fremover i forhold til at klare aktiviteter i hverdagen og fremme sundhed/nedsætte risiko for sygdom.

Deltagerforudsætninger

Deltagerne skal have mod på at deltage i det omfang, som passer til dem, og de skal være fysisk klar til test. Alle deltagere vil som regel kunne medvirke til at få målt blodtryk, hvilepuls og kropssammensætning (højde, vægt, talje- og hofteomkreds). Kontraindikationer er feber >38°C, akut infektion (en symptomfri dag før test), ikke erkendt højt blodtryk (systolisk >180/diastolisk >105 mmHg) og andre specifikke kontraindikationer knyttet til eventuel komorbiditet. Metastatisk knoglepåvirkning og/eller andre bevægeapparatsrelaterede sygdomme/gener kan medføre, at dele af testbatteriet udelades eller modificeres.

Kompetencer

Den fysiske testning forestås som minimum af professionsbachelorer i fysioterapi med forskningsindsigt. Professionsbachelorer med anden sundhedsfaglig baggrund, som sygeplejerske eller ergoterapeut, kan bidrage i aktiviteten.

Underviseren besidder klinisk erfaring med rehabilitering af mennesker med tidligere eller nuværende kræft med henblik på rådgivning og vejledning. Desuden evner underviseren at arbejde både relationelt og systematisk.

Erfaring med indsamling af data til forskning.

5.2: TRÆNINGSDAGBOG**Baggrund**

En træningsdagbog har vist sig som et brugbart redskab til at monitorere kompliance og intensitet af træning, der foregår i hjemlige omgivelser (Frost, Levati, McClurg, Brady, & Williams, 2017; Moseley, 2006). Registrering af træning og fysisk aktivitet i hjemmeperioden mellem 5-dagesopholdet og 2-dagesopfølgningen skal hjælpe den enkelte deltager med både motivation og vedligeholdelse af træningens intensitet og frekvens.

Data fra træningsdagbogen bidrager til den gennemgående indsamling af viden til forskning på REHPA.

Formål

Formålet med træningsdagbogen er, at deltagerne får et konkret redskab til at strukturere fysisk aktivitet og træning, med sigte mod at opnå sundhedsfremme og øget overskud til at klare aktiviteter i hverdagslivet, herunder:

- At deltagerne vejledes i et brugbart redskab, der hjælper dem til at træne med et indhold, en intensitet og frekvens, der giver effekt.
- At deltagerne får et redskab, der motiverer til og fastholder fysisk aktivitet, som en del af hverdagen.



Indhold

Træningsdagbogen indeholder et standardiseret træningsprogram, der lægger op til tre ugentlige træninger i tre måneder, som deltageren udfører på egen hånd i hjemmeperioden.

Programmet indeholder både konditions- og styrketræning. Deltagerne kan vælge at følge dagbogens anvisninger til træning, eller de kan anvende dagbogen til at registrere anden træning og fysisk aktivitet.

Træningsdagbogen indeholder afkrydsningsskemaer for træning, samt anvisninger til udførelse af øvelser og intensitet. Konditionstræningen initieres med 13 minutters aerob aktivitet, fx cykling, og progredieres ved hjælp af Borg-skalaen, hvor den oplevede grad af anstrengelse bruges til at sikre, at træningen foregår på et konditionsforbedrende niveau (Borg, 1982). Styrketræningen initieres med to gange 12 gentagelser og progredieres efter gængse standarder for styrketræning (Williams et al., 2007).

Træningsdagbogen giver herudover anvisninger til opvarmning, udstrækning og registrering af oplevelser relateret til træningen, eksempelvis muskel- og ledømhed.

Tids- og læringsrum

Introduktion til træningsdagbogen foregår i forlængelse af den fysiske testning om tirsdagen i træningssalen. Der er afsat en time til gennemgang af formål, indhold og en første afprøvning af træningsdagbogens styrkeøvelser. Det foregår i hold af max 10 personer.

Torsdag afsættes der halvdelen time til en praktisk gennemgang af en træningssession, som foreslået i træningsdagbogen. Herunder opvarmning, konditionstræning, styrketræning og udstrækningsøvelser. Dette foregår i hold af max 10 personer. Der er minimum to fysioterapeuter til at instruere, hvilket giver mulighed for individuelle korrektioner og tilpasning af øvelser.

Deltagerforudsætninger

Deltagerne skal have mod på at deltage i det omfang, som passer til dem. Deltagerne skal være fysisk klar til træning. Kontraindikationer er feber $>38^{\circ}\text{C}$, akut infektion (en symptomfri dag før træning), ikke erkendt højt blodtryk (systolisk >180 /diastolisk >105 mmHg) og andre specifikke kontraindikationer knyttet til eventuel komorbiditet (Pedersen & Andersen, 2011). Faktorer som metastatisk knoglepåvirkning og andre bevægeapparatsrelaterede sygdomme/gener kan medføre, at dele af træningssessionen udelades eller modificeres. Alle deltagere opfordres til at deltage på det niveau, der kan lade sig gøre på dagen.

Kompetencer

Den praktiske gennemgang af træningsdagbogen forestås af fysioterapeuter.

5.3: KROP OG BEVÆGELSE

Baggrund

Mennesker, der er fysisk aktive sammen med andre, udtrykker ofte glæde derved, hvilket kommer til udtryk som en positiv kropsoplevelse og som en forbedret mulighed for at indgå i sociale relationer (Heap, 2000). Det sociale element i holdtræning er vigtigt, som sundhedsperspektiv i en rehabiliterende proces, og giver mulighed for at tage udgangspunkt i et bio-psyko-socialt perspektiv (Heap, 2000; Lie, Melchiorson, & Kilde, 2011; Wind, 2011).

I en rapport fra Sundhedsstyrelsen (Kjær et al., 2017) konkluderes det, at gruppebaseret fysisk aktivitet kan bidrage til at afhjælpe sociale senfølger efter kræft og sikre, at den enkelte patient oplever social støtte og mulighed for at stifte venskaber.

Ved at træne på hold, fremfor individuel træning, får deltagerne flere erfaringer ved at se andre i samme situation, som den de selv er i. Erfaringer der kan være gavnlige, fordi deltageren kan sammenligne sig med andre/en anden med lignende udfordringer. Derved øges vedkommendes tro på også selv at kunne klare opgaven eller få inspiration til egne forbedringer og rettelser. Samlet set er dette vigtige elementer i self-efficacy-teorien, der tager udgangspunkt i patienters tro på egne evner og derigennem evnen til at ændre adfærd (Bandura, 1997; Bjørnlund, Sjöberg, & Lund, 2017).

Fysiske øvelser, der integrerer krop og sind, og som har fokus på kropsligt og mentalt overskud (Pedersen & Andersen, 2011), kan hjælpe anspændte, bekymrede deltagere til at blive bedre til at slappe af og dermed hjælpe dem til at tackle bekymringer samt stressede situationer.

Mental træning/hjernefunktionstræning kan give hjernen en pause fra bekymringer og tankemylder. Træning af hjerne og krop gennem korte, aktive bevægeleje kan have indflydelse på både koncentration, opmærksomhed, motivation og hukommelse. Mental træning/hjernefunktionsleje kan med fordel anvendes til patienter, der har kognitive forandringer (Thybo, 2013).

Udspænding og afspænding, som via kropsbevidsthedstræning giver erfaring med at mærke og lægge mærke til kroppen, knytter sig til velvære. Øvelserne knytter sig også til det at blive bevidst om sin krop, både når noget gør ondt, men særligt når noget gør godt, og man kan mærke behaget, nydelsen og det at være tilpas i kroppen (Pinto & Ciccolo, 2011).

Med udgangspunkt heri:

- Tager bevægeaktiviteterne udgangspunkt i didaktiske overvejelser og kendskab til den enkelte deltagers fysiske og mentale udgangspunkt.
- Er målet med aktiviteterne styrende for de konkrete interventioner.
- Er aktiviteterne udfordrende og varierede og skal give succesoplevelser.
- Skal aktiviteterne skabe en høj grad af motivation og sikre, at deltagerne kan deltage aktivt (Bugge & Froberg, 2015).

Formål

Aktiviteterne i *Krop og Bevægelse* tager udgangspunkt i, at deltagerne bliver præsenteret for og afprøver forskellige former for bevægeaktiviteter, hvor formålet i bredeste forstand er at fremme, vedligeholde eller genoprette funktionsevnen – med udgangspunkt i den enkeltes formåen og ønske.

Desuden:

- At deltagerne oplever et socialt fællesskab gennem fysiske aktiviteter, hvor de er sammen på en måde, der øger psykisk velvære, alment velbefindende og glæde.
- At deltagerne oplever kropslige erfaringer, som giver dem aktuel viden om effekten af fysisk aktivitet og træning.
- At hjælpe anspændte, bekymrede deltagere til at blive bedre til at slappe af.

Indhold

Interventionerne relateret til fysiske aktiviteter foregår oftest som gruppesessioner, i mindre eller større grupper, alt efter holdsammensætning, men med maksimalt 20 deltagere.

Til de enkelte aktiviteter og sessioner bruges en lang række træningsredskaber, som er velegnede til særligt grovmotoriske aktiviteter og sansetræning – for eksempel bolde, ringe, balancepuder, balloner, håndvægte, ærteposer, elastikker, stepbænke og varieret musik, der understøtter aktiviteten.

Aktiviteterne i *Krop og Bevægelse*:

- Opvarmning, der skal vække kroppen, forberede deltagerne, skabe stemning, opnå nærhed, blødgøre vævet og varme led og muskler op
- Konditionstræning/kredsløbstræning
- Styrketræning/funktionel træning
- Mental træning/hjernefunktionstræning gennem korte aktive bevægelejer
- Vejledning/rådgivning om forflytninger, lejringer, arbejdsstillinger
- Udspænding/afspænding.

Tids- og læringsrum

Aktiviteterne ligger spredt ud over de dage, hvor deltagerne er på 5-dagesophold på REHPA. Det kan være som *kom i gang aktivitet* på førstedagen, som en session onsdag med titlen *Krop og bevægelse*, planlagt som natur-fitness eller som en kortere morgenaktivitet; *morgengymnastik*. Aktiviteterne kan foregå både ude i naturen og inde i vores træningssal, alt efter årstiden og deltagernes formåen. Tidsmæssigt kan de forskellige aktiviteter varierer fra 30 minutter til halvanden time.

Deltagerforudsætninger

Deltagerforudsætningerne er kontekstbestemte. Det betyder, at omgivelserne og miljøet er harmoniske, og at undervisningen er tilrettelagt, så alle kan deltage uanset individuelle kompetencer og færdigheder.

Kompetencer

Undervisningen varetages af faguddannede personer, der har sygdomsindsigt, og som på den baggrund er i stand til at forholde sig reflekterende og anerkendende til de forudsætninger, de enkelte deltagere måtte have. Derudover kræves erfaring med holdundervisning og didaktisk og pædagogisk kendskab. I øjeblikket varetages de fysiske aktiviteter overvejende af fysioterapeuter ansat på REHPA.

5.4: YOGA

Baggrund

Yoga er en 5.000 år gammel videnskab om mennesket og livet med oprindelse i Indien. Den yoga, vi i dag kender som Hatha yoga, er den mest udbredte yogaform i Vesten og tilbyder en omfattende metode til træning af krop og psyke.

Personer med tidligere eller nuværende kræft kan have gavn af at træne yoga specielt tilrettelagt til denne målgruppe. Den største evidens findes i forhold til parametrene; livskvalitet og fatigue (træthed). Her viser flere studier, at yoga kan være med til at hjælpe kræftoverlevende til forbedret livskvalitet og mindske fatigue (Buffart et al., 2012; Danhauer, Addington, Sohl, Chaoul, & Cohen, 2017; Duncan et al., 2017; Harder, Parlour, & Jenkins, 2012; Zhang, Yang, Tian, & Wang, 2012).

En ikke uvæsentlig del af kræftramte oplever symptomer på distress, angst og depression (Kjær et al., 2017). Studier viser, at yoga kan være med til at forbedre emotionel og social funktionsevne (Buffart et al., 2012; Zhang et al., 2012) og mindske symptomer på distress, angst og depression (Buffart et al., 2012; Danhauer et al., 2017; Lin, Hu, Chang, Lin, & Tsauo, 2011) også under kræftbehandlingen (Danhauer et al., 2017).

Formål

Formålet med yoga-sessionen er, at deltagerne:

- afprøver forskellige yogaøvelser i et program, herunder også åndedrætsøvelser og afspænding og får en oplevelse af at kunne deltage aktivt uanset funktionsniveau
- får en oplevelse af og forståelse for, hvordan yoga kan anvendes som en skånsom måde at træne krop og psyke på.



Den yogaform, som undervises i på REHPA, er *Hatha yoga* og *Fysioflow*, hvor der tages udgangspunkt i fysiske yogastillinger, åndedrætsøvelser og afspænding. Hensigten med øvelserne er, på en skånsom måde, at genopbygge og samtidig afspænde krop og psyke. Øvelserne bidrager til at øge kroppens fleksibilitet, styrke muskler og balance, som befordrer iltningen og dermed afspænding af kroppen. Særligt åndedrætsøvelser har til hensigt at understøtte en dybere vejtrækning, som kan lede til afspænding af både krop og psyke (McCall, 2007).

Indhold

Undervisningen foregår gruppebaseret. Den stiler efter at favne alle deltagerne med de udfordringer, som sygdom og behandling kan have forårsaget. Det sker løbende undervejs i undervisningen, at deltagerne får individuelt tilpassede modifikationer af øvelserne. Samtidig hjælpes deltagerne til at bruge forskellige støtteredskeber og underlag, særligt i den liggende stilling. Til afspænding bruges dæmpet musik, der kan hjælpe deltagerne til at samle sig om øvelserne og understøtte afspændingen.

Tids- og læringsrum

Undervisningen er organiseret som holdundervisning med ca. 10 deltagere pr. hold og har en varighed af en time. Undervisningen foregår typisk i REHPAs træningssal og kan være en selvstændig session, men også en del af sessionen *Krop og bevægelse*.

Kompetencer

Undervisningen foretages af fysioterapeuter og sygeplejersker med godkendt yogauddannelse samt kendskab til kræftramtes behov.

5.5: MASSAGE

Baggrund

Massage er en mekanisk behandling af kroppen ved hjælp af forskellige håndgreb (Linde, 2016). Den massage, der tilbydes på 5-dagesopholdet, er klassisk massage eller afspændende massage. Den stiler mod at bringe kroppen i en ro-hvile tilstand, som blandt andet menes at hænge sammen med udskillelse af oxytocin (Moberg, 2010).

Under massagen afspilles rolig, afdæmpet musik, *Musicure*, som et redskab til at få deltageren til at slappe bedst muligt af (Hansen & Nørregaard, 2004; Heslet, 2003; Nilsson, 2009).

Massagen stiler mod at fremme en øget blodcirkulation, hvilket siges at være med til at afspænde muskler

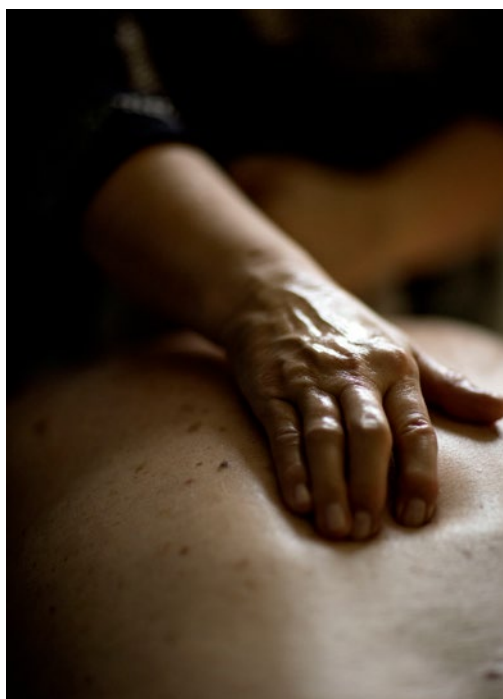
og led. Ifølge en nyligt udgivet rapport oplever en ikke uvæsentlig andel af mennesker, som er blevet behandlet for kræft, senfølger, fx i form af smerter, depression, nedsat livskvalitet, træthed og problemer med at sove (Kjær et al., 2017). Studier viser, at massage kan have en gavnlig effekt på smerter hos kræfttramte (Shin et al., 2016). Det tyder også på, at massage kan bidrage til en kortvarig reduktion af fatigue, stress og angst (Jane, Wilkie, Gallucci, & Beaton, 2008) samt forbedre nattesøvnen (Russell, Sumler, Beinhorn, & Frenkel, 2008).

De nævnte studier samt erfaringer fra forskningsklinikken (både via spørgeskemaet *Hvordan har du det?* og deltagernes egne udsagn) viser, at massage kan være et godt tilbud til forløbsdeltagere, som kan være med til at lindre de ovennævnte gener.

Formål

Formålet med massagen er, at deltageren:

- afprøver en metode til afspænding og velvære og dermed får en ide om, hvorvidt det føles godt
- trods daglige gener fra kroppen, oplever at massagen kan bidrage til positive kropslige erfaringer i form af fx afslapning, ro, varme, velbehag eller et energiløft
- oplever betydningen af berøring af kroppen.



Indhold

Massagen, som er en afspændende massage, rummer blide og dynamiske massagegreb, som dog er faste, men de må ikke gøre ondt.

Massagen er tænkt som en helkropsmassage uden behandling af specifikke kropsdele. Den varer 45 minutter, hvilket erfaringsmæssigt er for kort i forhold til at nå at massere hele kroppen inkl. af- og påklædning. Massøren aftaler derfor med deltageren hvilke kropsdele, der ønskes prioriteret.

Massørens opgave er, med sin rolige adfærd og sine hænder, at få deltageren til at føle sig tryk ved at lægge sig i massørens hænder. Under massagen bør unødigt samtale undgås, med mindre at berøringen frembringer følelser og tanker hos deltageren, som udtrykkes spontant.

Tids- og læringsrum

Massagen foregår i aflukkede massagerum på justerbar brik torsdag eftermiddag. Under massagen afspilles rolig, afdæmpet musik.

Kompetencer

Massørerne på REHPA har en anerkendt massageuddannelse og god erfaring med at udføre afspændende massage.

Massøren har kendskab til målgruppen og forstår vigtigheden af at gå nænsomt frem, da kræftbehandling – herunder kemo- og stråleterapi – kan medføre, at vævet er særligt følsomt.

Referencer

- Adamsen, L., Andersen, C., Lillelund, C., Bloomquist, K., & Moller, T. (2017). Rethinking exercise identity: a qualitative study of physically inactive cancer patients' transforming process while undergoing chemotherapy. *BMJ Open*, 7(8), e016689. doi:10.1136/bmjopen-2017-016689
- Adamsen, L., Midtgaard, J., Rorth, M., Borregaard, N., Andersen, C., Quist, M., . . . Knutsen, L. (2003). Feasibility, physical capacity, and health benefits of a multidimensional exercise program for cancer patients undergoing chemotherapy. *Support Care Cancer*, 11(11), 707-716. doi:10.1007/s00520-003-0504-2
- Adamsen, L., Quist, M., Andersen, C., Moller, T., Herrstedt, J., Kronborg, D., . . . Rorth, M. (2009). Effect of a multimodal high intensity exercise intervention in cancer patients undergoing chemotherapy: randomised controlled trial. *BMJ*, 339, b3410. doi:10.1136/bmj.b3410
- Andersen, L. B. (1995). A maximal cycle exercise protocol to predict maximal oxygen uptake. *Scand J Med Sci Sports*, 5(3), 143-146.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co; US.
- Bjørnlund, I. B., Sjöberg, N. E., & Lund, H. (Eds.). (2017). *Basisbog i fysioterapi* (2 ed.). Kbh: Munksgaard.
- Borg, G. A. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Med Sci Sports Exerc*, 14(5), 377-381.
- Brooks, D., Solway, S., & Gibbons, W. J. (2003). ATS statement on six-minute walk test. *Am J Respir Crit Care Med*, 167(9), 1287. doi:10.1164/ajrccm.167.9.950
- Buffart, L. M., van Uffelen, J. G., Riphagen, I., Brug, J., van Mechelen, W., Brown, W. J., & Chinapaw, M. J. (2012). Physical and psychosocial benefits of yoga in cancer patients and survivors, a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Cancer*, 12, 559. doi:10.1186/1471-2407-12-559
- Bugge, A., & Froberg, K. (2015). *Rapport for "Forsøg med Læring i Bevægelse"*. Retrieved from Online: <https://astra.dk/sites/default/files/Rapport-%20Fors%C3%B8g%20med%20l%C3%A6ring%20i%20bev%C3%A6gelse.pdf>
- Campbell, K. L., Winters-Stone, K. M., Wiskemann, J., May, A. M., Schwartz, A. L., Courneya, K. S., . . . Schmitz, K. H. (2019). Exercise Guidelines for Cancer Survivors: Consensus Statement from International Multidisciplinary Roundtable. *Med Sci Sports Exerc*, 51(11), 2375-2390. doi:10.1249/mss.0000000000002116
- Danhauer, S. C., Addington, E. L., Sohl, S. J., Chaoul, A., & Cohen, L. (2017). Review of yoga therapy during cancer treatment. *Support Care Cancer*, 25(4), 1357-1372. doi:10.1007/s00520-016-3556-9
- Duncan, M., Moschopoulou, E., Herrington, E., Deane, J., Roylance, R., Jones, L., . . . Investigators, S. (2017). Review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to improve quality of life in cancer survivors. *BMJ Open*, 7(11), e015860. doi:10.1136/bmjopen-2017-015860
- Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, . . . K., J. (2016). *Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer*. Retrieved from København: https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/-/media/Udgivelser/2016/Sygdomsbyrden-i-Danmark_2016.ashx
- Frost, R., Levati, S., McClurg, D., Brady, M., & Williams, B. (2017). What Adherence Measures Should Be Used in Trials of Home-Based Rehabilitation Interventions? A Systematic Review of the Validity, Reliability, and Acceptability of Measures. *Arch Phys Med Rehabil*, 98(6), 1241-1256.e1245. doi:10.1016/j.apmr.2016.08.482
- Hansen, V., & Nørregaard, A. (2004). *Music for patients in intensive care and recovery wards at Odense University Hospital*. Retrieved from Online: <https://musicure.com/Resources/Files/Research%20PDF/33.%20Recovery%20UH.pdf>
- Harder, H., Parlour, L., & Jenkins, V. (2012). Randomised controlled trials of yoga interventions for women with breast cancer: a systematic literature review. *Support Care Cancer*, 20(12), 3055-3064. doi:10.1007/s00520-012-1611-8
- Heap, K. (2000). *Gruppemetode inden for social- og sundhedsområdet* (2 ed.). Kbh: Hans Reitzel.
- Heslet, L. (2003). *Our musical brain*. Retrieved from Online: <https://musicure.com/Resources/Files/Research%20PDF/47.%20Musical%20BrainLars%20Heslet.pdf>
- Jakobsen, T. L., Kehlet, H., & Bandholm, T. (2013). Reliability of the 6-min walk test after total knee arthroplasty. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*, 21(11), 2625-2628. doi:10.1007/s00167-012-2054-y
- Jane, S. W., Wilkie, D. J., Gallucci, B. B., & Beaton, R. D. (2008). Systematic review of massage intervention for adult patients with cancer: a methodological perspective. *Cancer Nursing*, 31(6), E24-35.
- Jones, C. J., Rikli, R. E., & Beam, W. C. (1999). A 30-s chair-stand test as a measure of lower body strength in community-residing older adults. *Res Q Exerc Sport*, 70(2), 113-119. doi:10.1080/02701367.1999.10608028
- Kjær, T., Karlsen, R., Dalton, S., Levinsen, A. K., & Johansen, C. (2017). *Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne*. Retrieved from Kbh: <https://www.sst.dk/-/media/8D196FE8A2D14B9E838908BB23F288A4.ashx>
- Lakoski, S. G., Eves, N. D., Douglas, P. S., & Jones, L. W. (2012). Exercise rehabilitation in patients with cancer. *Nat Rev Clin Oncol*, 9(5), 288-296. doi:10.1038/nrclinonc.2012.27
- Lie, H. R., Melchiorson, H., & Kilde, T. (2011). Rehabiliteringsbegrebet - en indføring. In B. R. Hjortbak, J. Bangshaab, J. S. Johansen, & H. Lund (Eds.), *Udfordringer til rehabilitering i Danmark* (pp. 11-25). Aarhus: Rehabiliteringsforum Danmark.
- Lin, K. Y., Hu, Y. T., Chang, K. J., Lin, H. F., & Tsauo, J. Y. (2011). Effects of yoga on psychological health, quality of life, and physical health of patients with cancer: a meta-analysis. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2011, 659876. doi:10.1155/2011/659876
- Linde, N. (Ed.) (2016). *Lærebog i massage* (3 ed.). Kbh: Munksgaard.
- McCall, T. (2007). *Yoga as medicine: The yogic prescription for health & healing*. New York: Bantam Dell.
- Midtgaard, J. (2013). Fysisk træning. In C. Johansen (Ed.), *Kræft - senfølger og rehabilitering* (pp. 261-284). København: Hans Reitzels Forlag.

Midtgaard, J., Christensen, J. F., Tolver, A., Jones, L. W., Uth, J., Rasmussen, B., . . . Rorth, M. (2013). Efficacy of multimodal exercise-based rehabilitation on physical activity, cardiorespiratory fitness, and patient-reported outcomes in cancer survivors: a randomized, controlled trial. *Ann Oncol*, 24(9), 2267-2273. doi:10.1093/annonc/mdt185

Moberg, K. U. (2010). *Afspænding, ro og berøring*. Kbh: Akademisk Forlag.

Moller, T., Lillelund, C., Andersen, C., Ejlersen, B., Norgaard, L., Christensen, K. B., . . . Adamsen, L. (2013). At cancer diagnosis: a 'window of opportunity' for behavioural change towards physical activity. A randomised feasibility study in patients with colon and breast cancer. *BMJ Open*, 3(11), e003556. doi:10.1136/bmjopen-2013-003556

Moseley, G. L. (2006). Do training diaries affect and reflect adherence to home programs? *Arthritis Rheum*, 55(4), 662-664. doi:10.1002/art.22086

Mustian, K. M., Alfano, C. M., Heckler, C., Kleckner, A. S., Kleckner, I. R., Leach, C. R., . . . Miller, S. M. (2017). Comparison of Pharmaceutical, Psychological, and Exercise Treatments for Cancer-Related Fatigue: A Meta-analysis. *JAMA Oncol*, 3(7), 961-968. doi:10.1001/jamaoncol.2016.6914

Nilsson, U. (2009). Soothing music can increase oxytocin levels during bed rest after open-heart surgery: a randomised control trial. *Journal of Clinical Nursing*, 18(15), 2153-2161. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02718.x

Pedersen, B. K., & Andersen, L. B. (2011). *Fysisk aktivitet - håndbog om forebyggelse og behandling* [3 ed.]. Kbh: Sundhedsstyrelsen.

Pinto, B. M., & Ciccolo, J. T. (2011). Physical activity motivation and cancer survivorship. In K. S. Courneya & C. Friedenreich (Eds.), *Physical activity and cancer* (pp. 367-387). Berlin: Springer.

Roberts, H. C., Denison, H. J., Martin, H. J., Patel, H. P., Syddall, H., Cooper, C., & Sayer, A. A. (2011). A review of the measurement of grip strength in clinical and epidemiological studies: towards a standardised approach. *Age Ageing*, 40(4), 423-429. doi:10.1093/ageing/afr051

Russell, N. C., Sumler, S. S., Beinhorn, C. M., & Frenkel, M. A. (2008). Role of massage therapy in cancer care. *J Altern Complement Med*, 14(2), 209-214. doi:10.1089/acm.2007.7176

Shin, E. S., Seo, K. H., Lee, S. H., Jang, J. E., Jung, Y. M., Kim, M. J., & Yeon, J. Y. (2016). Massage with or without aromatherapy for symptom relief in people with cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(6), CD009873.

Sibiltz, K. L., Berg, S. K., Rasmussen, T. B., Risom, S. S., Thygesen, L. C., Tang, L., . . . Zwisler, A. D. (2016). Cardiac rehabilitation increases physical capacity but not mental health after heart valve surgery: a randomised clinical trial. *Heart*, 102(24), 1995-2003. doi:10.1136/heartjnl-2016-309414

Speck, R. M., Courneya, K. S., Masse, L. C., Duval, S., & Schmitz, K. H. (2010). An update of controlled physical activity trials in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *J Cancer Surviv*, 4(2), 87-100. doi:10.1007/s11764-009-0110-5

Statens Institut for Folkesundhed. Danskernes sundhed. Tal fra den nationale sundhedsprofil. Retrieved from <http://www.danskernesundhed.dk/>

Sundhedsstyrelsen. (2016). *Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere*. Retrieved from København: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/anbefalinger-for-forebyggelsestilbud-til-borgere-med-kronisk-sygdom>

Thybo, P. (2013). *Neuropædagogik: Hjerne, liv og læring*. Kbh: Hans Reitzels Forlag.

WHO, & The World Bank. (2011). *World report on disability*. Retrieved from Online: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/

Williams, M. A., Haskell, W. L., Ades, P. A., Amsterdam, E. A., Bittner, V., Franklin, B. A., . . . Metabolism. (2007). Resistance exercise in individuals with and without cardiovascular disease: 2007 update: a scientific statement from the American Heart Association Council on Clinical Cardiology and Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. *Circulation*, 116(5), 572-584. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.107.185214

Wind, T. (2011). Målsætning og tidsafgrænsning. In B. R. Hjortbak, J. Bangshaab, J. S. Johansen, & H. Lund (Eds.), *Udfordringer til rehabilitering i Danmark* (pp. 74-86). Aarhus: Rehabiliteringsforum Danmark.

Zhang, J., Yang, K. H., Tian, J. H., & Wang, C. M. (2012). Effects of yoga on psychologic function and quality of life in women with breast cancer: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Altern Complement Med*, 18(11), 994-1002. doi:10.1089/acm.2011.0514



KLINISK INDSATS 6: Eksistentiel dimension i rehabilitering

Mette Tikjøb Grymer & Annette Rasmussen

Program for 5-dagesopholdet

MANDAG	TIRSDAG	ONSDAG	TORSDAG	FREDAG
7.45-8.15 Morgenmad				
Hver morgen 8.45 Morgensamling				
9.45-10.15 Ankomst til REHPA og indkvartering	9.00-10.30 Valgfri session Hvad med arbejdslivet? v. socialrådgiver	9.00-12.00 Min fysiske form Test og introduktion v. testholdet	9.00-11.30 Kræft og psyke v. psykolog	9.00-10.00 Krop og bevægelse v. fysioterapeut
10.45-11.15 Velkomst og introduktion v. forløbsleder	10.45-12.00 Træthed v. sygeplejerske		10.30-11.30 Krop og bevægelse fortsat	9.00-10.15 Træning efter dagbog v. fysioterapeuterne
11.15-12.00 Walk and talk			10.45-12.15 Valgfri session Mad og måltider eller Intimitet og seksualitet v. sexolog	9.00-10.30 Valgfri session: Mad og måltider eller Intimitet og seksualitet v. sexolog
			11.00-12.15 Træning efter dagbog v. fysioterapeuterne	09.00-10.00 Motivation og forandringsprocesser v. socialrådgiver
				10.30-11.10 Min handleplan
				11.10-12.00 Gruppedialog om handleplan
12.00 Frokost (torsdag kl. 12.15)				
13.00-14.15 Fælles præsentation	13.00-16.00 Min fysiske form Test og introduktion v. testholdet	13.00-14.15 Træthed v. sygeplejerske	13.00-14.00 Krop og bevægelse v. fysioterapeut	13.00-15.30 Kræft og psyke v. psykolog
14.45-16.15 Søvnbesvær v. sygeplejerske		14.45-16.15 Valgfri session Hvad med arbejdslivet? v. socialrådgiver	14.30-15.30 Krop og bevægelse fortsat	13.00-17.00 Massage og Individuelle samtaler
17.45-18.00 Velkomst v. aftenværtinde				12.45-13.00 Check ud fra værelser
				13.15-14.00 Afslutning og på gensyn
				14.00 Afrejse
18.00 Aftensmad				
19.30-21.00 Musik og sang	19.30-21.00 At være menneske v. præst		20.00 Gåtur/spille-aften/filmaften	

Baggrund

Når mennesker bliver ramt af livstruende sygdom, herunder kræft, opstår der hos mange et behov for at finde mening, håb og tro. Nationale og internationale videnskabelige undersøgelser dokumenterer, at en alvorlig kræftsygdom medfører spørgsmål af eksistentiel og åndelig karakter hos det enkelte menneske (Graven et al., 2019; Elisabeth Assing Hvidt, 2013; E. Assing Hvidt, Iversen, & Hansen, 2013; N. C. Hvidt, Mikkelsen, Zwisler, Tofte, & Assing Hvidt, 2019; Johannessen-Henry, Deltour, Bidstrup, Dalton, & Johansen, 2013). Dette er også adresseret i Sundhedsstyrelsens *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft* (Sundhedsstyrelsen, 2018). Her betones, at indsatsen kan bestå af samtale om eksistentielle og åndelige spørgsmål. I Danmark peger erfaringer på, at den eksistentielle dimension i kommunal rehabilitering ikke systematisk imødekommes. Hvorimod det specialiserede palliative felt, herunder hospice, gennem år har opbygget erfaring og forskning inden for dette område.

I forbindelse med et standard rehabiliteringsforløb indgår afdækning af eksistentielle behov, her angiver mange deltagere behov vedrørende eksistens og tro.

Menneskets eksistens belyses ofte ud fra en fænomenologisk tolkning af livet med reference til Løgstrup og Kierkegaard. Tolkningen er uhildet og præcis, som livet er, og kommer til syne i en dybt alvorlig situation med livstruende og/eller kronisk sygdom. Med kernetemaer som liv, død, angst, kærlighed, had, taknemmelighed, misundelse, tilgivelse, håb og kontemplation m.m. legitimeres tanker hos den enkelte. Gennem dialog adresseres det menneskelige ansvar ved at være i verden samt den eksistentielle pligt, der hører til det at være menneske, rask som syg. Dette primært ud fra teologerne K.E. Løgstrup (Løgstrup, 2013; Løgstrup & Wiwe, 2011), Søren Kierkegaard (Kierkegaard & Thielst, 2011) og N.F.S. Grundtvig.

Formål

- At deltagerne oplever rum til italesættelse og anerkendelse af ofte modsatrettede følelser i forhold til det at være menneske og være eksistentielt ramt.
- At deltagerne præsenteres for begreber som mening/meningsløshed, håb/håbløshed, liv/død og angst og indgår lyttende eller bidragende til dialog om disse menneskelige begreber.
- At deltagerne oplever forskellige religiøse, åndelige eller spirituelle ståsteder blive anerkendt.

Indhold

Oplægget om eksistens foregår gruppebaseret. Det tager udgangspunkt i ovennævnte fænomenologiske tolkning af livet. Underviseren er ofte præst i den danske folkekirke og er som sådan ikke neutral i egen livsytning, men forkyndelse er ikke hensigten.

I oplægget etableres et åbent og fortroligt rum, hvor enhver – uanset religiøs anskuelse eller ej, kan deltage. Dermed rettes opmærksomheden mod, at mennesker kan føle sig meget skrøbelige, når talen falder på eksistentiel ensomhed, som alvorlig sygdom ofte medfører, og som i mange tilfælde er velkendt af andre. Spejlingen opleves ofte som en lettelse for den enkelte, fordi tabuet er brudt. To, der deler samme ensomhed, kan mindske følelsen af at være alene.

Arbejdsmetoden er fænomenologisk, og baggrunden er eksistentialistisk baggrundsfilosofi. Således arbejdes med en tilgang, hvor udgangspunktet er verden, som den af mange opleves, snarere end, hvordan man kan føle, den burde være. I gruppeoplæggene beskrives:

- Hvordan den enkelte deltager eventuelt kan føle, at hans/hendes liv er.
- Hvad ønsket og håbet er for livet.
- Hvad han/hun frygter i forbindelse med det ønske.

Der gives eventuelt bud på, hvordan man kan være lige der i livet; enten som raskmeldt, med recidiv eller som uhelbredeligt syg. Der er altid mulighed for dialog, idet deltagernes konkrete situation og baggrund, uddannelse og alder naturligvis gør livet såre forskelligt.

Der skabes en dialog om det menneskelige ansvar ved at være i verden. Det er endvidere målet, at tilhørerne ikke føler, at sygdom og lidelse i enhver henseende reducerer dem og deres livskvalitet og sætter dem på standby, men i stedet at påvise at de bliver, og allerede er blevet, anderledes. Denne ændring og bevidstgørelse kan medføre et håb til livet, ligesom der også peges på en mulig tolkningsnøgle, som indbefatter et hinsidigt håb, der kan tale livet op i en kompliceret situation. Grundtvigs salmeskat inddrages ofte i sessionen.

Tids- og læringsrum

På anden aften foregår sessionen i dagligstuen og varer ca. halvanden time efterfulgt af kaffe, hvor præsten fortsat er til stede og klar til dialog – evt. også med deltagervalgte sange og salmer. Deltagerne har desuden mulighed for at vælge individuel samtale med samme fokus og oplægsholder efter aftale.

Kompetencer

Den dialogbaserede undervisning varetages af udvalgte præster, som har stor relevant viden og erfaringer med eksistentielle og åndelige forhold i relation til mennesker med livstruende sygdomme eller erfaring med særlige grupper, fx unge med/efter kræft. Undervisningen kan også varetages af andre, fx filosoffer eller sygeplejerser med fornødne efter-/videreuddannelser og erfaring.

Referencer

- Graven, V., Hvidt, E. A., Roessler, K. K., Thomsen, K. F., Lindqvist, O., Rasmussen, A., . . . Hvidt, N. C. (2019). *Energi til livet: Et eksistentielt patientforløb for mennesker med eller efter kræft*. Retrieved from Nyborg: https://www.rehpa.dk/wp-content/uploads/2019/06/Energi-til-livet_final.pdf
- Hvidt, E. A. (2013). Sources of "relational homes": A qualitative study of cancer survivors' perceptions of emotional support. *Mental Health, Religion & Culture*, .16(6), pp. doi:10.1080/13674676.2012.708652
- Hvidt, E. A., Iversen, H. R., & Hansen, H. P. (2013). 'Someone to hold the hand over me': The significance of transpersonal 'attachment' relationships of Danish cancer survivors. *European Journal of Cancer Care*, .22(6), pp. doi:10.1111/ecc.12097
- Hvidt, N. C., Mikkelsen, T. B., Zwisler, A. D., Tofte, J. B., & Assing Hvidt, E. (2019). Spiritual, religious, and existential concerns of cancer survivors in a secular country with focus on age, gender, and emotional challenges. *Support Care Cancer*. doi:10.1007/s00520-019-04775-4
- Johannessen-Henry, C. T., Deltour, I., Bidstrup, P. E., Dalton, S. O., & Johansen, C. (2013). Associations between faith, distress and mental adjustment--a Danish survivorship study. *Acta Oncol*, 52(2), 364-371. doi:10.3109/0284186X.2012.744141
- Kierkegaard, S., & Thielst, P. (2011). *Sygdommen til døden* (Udgave i moderne retskrivning og med forklarende noter ed.). Helsingør: Det lille Forlag.
- Løgstrup, K. E. (2013). *Opgør med Kierkegaard* (4 ed.). Aarhus: Klim.
- Løgstrup, K. E., & Wiwe, C. F. (2011). *Den etiske fordring*. Aarhus: Systime.
- Sundhedsstyrelsen. (2018). *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*. Retrieved from Kbh: <http://www.sst.dk/~media/B0FD5078B1654B33A9E744CCBAE89022.ashx>

KLINISK INDSATS 7: Kræftrelateret fatigue

Dorthe Søsted Jørgensen

Program for 5-dagesopholdet

MANDAG	TIRSDAG	ONSDAG	TORSdag	FREDAG
7.45-8.15 Morgenmad				
Hver morgen 8.45 Morgensamling				
9.45-10.15 Ankomst til REHPA og indkvartering	9.00-10.30 Valgfri session Hvad med arbejdslivet? v. socialrådgiver	9.00-12.00 Min fysiske form Test og introduktion v. testholdet	9.00-11.30 Kræft og psyke v. psykolog	9.00-10.00 Krop og bevægelse v. fysioterapeut
10.45-11.15 Velkomst og introduktion v. forløbsleder	10.45-12.00 Træthed v. sygeplejerske		10.30-11.30 Krop og bevægelse fortsat	10.45-12.15 Valgfri session Mad og måltider eller Intimitet og seksualitet v. sexolog
11.15-12.00 Walk and talk				11.00-12.15 Træning efter dagbog v. fysioterapeuterne
				09.00-10.00 Motivation og forandringsprocesser v. socialrådgiver
				10.30-11.10 Min handleplan
				11.10-12.00 Gruppedialog om handleplan
12.00 Frokost (torsdag kl. 12.15)				
13.00-14.15 Fælles præsentation	13.00-16.00 Min fysiske form Test og introduktion v. testholdet	13.00-14.15 Træthed v. sygeplejerske	13.00-14.00 Krop og bevægelse v. fysioterapeut	13.00-15.30 Kræft og psyke v. psykolog
14.45-16.15 Søvnbesvær v. sygeplejerske		14.45-16.15 Valgfri session Hvad med arbejdslivet? v. socialrådgiver	14.30-15.30 Krop og bevægelse fortsat	13.00-17.00 Massage og Individuelle samtaler
17.45-18.00 Velkomst v. aftenværtinde				
				12.45-13.00 Check ud fra værelser
				13.15-14.00 Afslutning og på gensyn
				14.00 Afrejse
18.00 Aftensmad				
19.30-21.00 Musik og sang	19.30-21.00 At være menneske v. præst		20.00 Gåtur/spilleaften/filmaften	

Baggrund

Uafhængig af kræftsygdom og -behandling rapporterer mennesker, der har eller har haft kræft, fatigue som en af de hyppigste senfølger. Mellem 25-33 % af kræftramte oplever vedvarende fatigue i 10 år eller mere efter kræftdiagnosen (Kjær, Karlsen, Dalton, Levinsen, & Johansen, 2017). Kræftrelateret fatigue opleves som en særlig form for træthed og defineres således: "Fatigue er en persisterende, subjektiv følelse af fysisk, emotionel og kognitiv træthed eller udmattelse, som kan relateres til kræft og kræftbehandling og som ikke forsvinder ved hvile eller søvn" (Kjær et al., 2017, s. 56).

Fatigue er ofte ledsaget af andre symptomer, såsom nedsat koncentrationsevne, søvnproblemer og følelsesmæssig påvirkning. Det kan derfor medføre problemer med kognitive, fysiske og sociale funktioner. Der kan være nedsat arbejdsevne og forekomme humørsvingninger, ligesom udtalt fatigue kan påvirke livskvaliteten, samt måden andre symptomer håndteres på (Kjær et al., 2017). Årsagssammenhænge og fatigue er endnu ikke fuldt afklaret, men det ses, at ovennævnte ledsagesymptomer samtidig også kan være årsager til fatigue. Andre risikofaktorer kan være forhøjet BMI, ensomhed og modgang tidligt i livet (Kjær et al., 2017).

Tilstanden er ofte overset af fagpersoner (Kjær et al., 2017), men da der eksisterer evidensbaserede anbefalinger for screening og håndtering af fatigue (Berger, Mitchell, Jacobsen, & Pirl, 2015; Howell et al., 2015), bør emnet være på dagsordenen i rehabiliteringsenheder.

I standard rehabiliteringsforløbet har deltagerne en gruppedialog, hvor fokus er på deltagerne hverdagsliv, deres netværk og livskvalitet. Ved gruppedialogen er det hensigten, at deltagerne gennem en videns- og udveksling oplever sig styrket i, og får begyndende tro på, at kunne håndtere deres træthed og derved forbedre fysiske, psykiske og sociale funktionsevner (Simovska & Jensen, 2012). Med underviseren som facilitator og formidler af viden er samspillet mellem den enkelte og de andre deltagere vigtig i denne proces, derfor vægtes aktiv deltagelse højt (Simovska & Jensen, 2012).

Trods eksisterende evidensbaseret viden og anbefalinger for fatigue, er emnet fortsat komplekst, og der kan være uafdækket viden om effekt på området. Derfor undervises der både ud fra evidensbaseret viden samt erfaringsmæssig viden, og det tydeliggøres for deltagerne, hvornår vi taler om den ene eller anden form for viden. Et eksempel på dette kan være, at der er 'evidens' for, at fysisk træning, psykologinterventioner samt mindfulness og yoga kan reducere fatigue (Mustian et al., 2017). Herudover er der nogen 'erfaring' med, og nogle undersøgelser viser mulig, men usikker, effekt af, at ekspressiv skrivning, kunstterapi og dans kan lindre fatigue (Berger et al., 2015).

Formål

- At deltagerne opnår viden om kræftrelateret fatigue, som en særlig form for træthed.
- At deltagerne opnår viden om årsagssammenhænge og vejledning i håndtering af fatigue.
- At deltagerne arbejder med, hvordan de selv kan håndtere deres evt. fatigue.
- At styrke deltagernes tro på at kunne håndtere deres fatigue.

Indhold

Undervisningen har fokus på følgende emner, der blandt andet er udvalgt på baggrund af en undersøgelse af Howell m.fl. (Howell et al., 2015):

- Forskellige former for træthed herunder fatigue
- Årsager til og konsekvenser af fatigue
- Aktiviteter med dokumenteret effekt på fatigue (fysisk aktivitet, mindfulness, yoga), samt hvor der mangler sikker evidens (planteprodukter, akupunktur)
- Vurdering af egen energibalance, herunder at kunne balancere mellem hvile og aktivitet.

Læreprocessen i undervisningen handler om videns- og erfaringsudveksling. Undervisningen tilrettelægges derfor som en vekslen mellem faglige oplæg fra underviseren og dialog mellem både underviser og deltagere samt deltagerne imellem.

Underviseren har forinden orienteret sig i deltagernes behov på baggrund af deres besvarelser i *Dialog-støttearket* (PRO) og valgt hvilket område, der skal vægtes i sessionen. Herudfra kan deltagerne blive introduceret til redskaber til at fremme refleksion over, hvordan de i dagligdagen kan prioritere energi og ressourcer (Bilag 5 og Bilag 6).

Tids- og læringsrum

Undervisningen foregår som gruppesessioner med max 10 deltagere og af en varighed på ca. 75 minutter. Der gøres overvejelser om, hvordan deltagere og underviser er placeret i forhold til hinanden i lokalet, hvordan belysning, kulde/varme, siddekomfort og "hyggelig" indretning kan være med til at facilitere et behageligt og trygt læringsmiljø.

Kompetencer

Undervisning i fatigue forestås af sygeplejerske eller ergoterapeut med kompetencer svarende til generel viden om kræftsygdomme, specifik viden om senfølger og fatigue og årsagssammenhænge, samt viden om hvordan fatigue kan håndteres. Desuden kræves erfaring i gruppebaseret undervisning med mennesker med livstruende sygdomme samt grundlæggende terapeutiske kompetencer.

Referencer

- Berger, A. M., Mitchell, S. A., Jacobsen, P. B., & Pirl, W. F. [2015]. Screening, evaluation, and management of cancer-related fatigue: Ready for implementation to practice? *CA Cancer J Clin*, 65(3), 190-211. doi:10.3322/caac.21268
- Howell, D., Keshavarz, H., Broadfield, L., Hack, T., Hamel, M., Harth, T., . . . Ali, M. [2015]. *A pan Canadian practice guideline for screening, assessment, and management of cancer-related fatigue in adults*. Retrieved from Online: <https://www.capo.ca/resources/Documents/Guidelines/5.%20A%20Pan%20Canadian%20Practice%20Guideline%20for%20Screening,%20Assessment,%20and%20Management%20of%20Cancer-Related%20Fatigue%20in%20Adults.pdf>
- Kjær, T., Karlsen, R., Dalton, S., Levinsen, A. K., & Johansen, C. [2017]. *Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne*. Retrieved from Kbh: <https://www.sst.dk/-/media/8D196FE8A2D14B9E838908BB23F288A4.ashx>
- Mustian, K. M., Alfano, C. M., Heckler, C., Kleckner, A. S., Kleckner, I. R., Leach, C. R., . . . Miller, S. M. [2017]. Comparison of Pharmaceutical, Psychological, and Exercise Treatments for Cancer-Related Fatigue: A Meta-analysis. *JAMA Oncol*, 3(7), 961-968. doi:10.1001/jamaoncol.2016.6914
- Simovska, V., & Jensen, J. M. (Eds.). [2012]. *Sundhedspædagogik i sundhedsfremme*. Kbh: Gads Forlag.

KLINISK INDSATS 8: Søvnbesvær

Dorthe Søsted Jørgensen

Program for 5-dagesopholdet

MANDAG	TIRSDAG	ONSDAG	TORSDAG	FREDAG
7.45-8.15 Morgenmad				
Hver morgen 8.45 Morgensamling				
9.45-10.15 Ankomst til REHPA og indkvartering	9.00-10.30 Valgfri session Hvad med arbejdslivet? v. socialrådgiver	9.00-12.00 Min fysiske form Test og introduktion v. testholdet	9.00-10.00 Krop og bevægelse v. fysioterapeut	9.00-10.15 Træning efter dagbog v. fysioterapeuterne
10.45-11.15 Velkomst og introduktion v. forløbsleder	10.45-12.00 Træthed v. sygeplejerske	9.00-11.30 Kræft og psyke v. psykolog	10.30-11.30 Krop og bevægelse fortsat	9.00-10.30 Valgfri session: Mad og måltider eller Intimitet og seksualitet v. sexolog
11.15-12.00 Walk and talk			10.45-12.15 Valgfri session Mad og måltider eller Intimitet og seksualitet v. sexolog	11.00-12.15 Træning efter dagbog v. fysioterapeuterne
12.00 Frokost (torsdag kl. 12.15)				
13.00-14.15 Fælles præsentation	13.00-16.00 Min fysiske form Test og introduktion v. testholdet	13.00-14.15 Træthed v. sygeplejerske	13.00-14.00 Krop og bevægelse v. fysioterapeut	13.00-15.30 Kræft og psyke v. psykolog
14.45-16.15 Søvnbesvær v. sygeplejerske	14.45-16.15 Valgfri session Hvad med arbejdslivet? v. socialrådgiver	14.30-15.30 Krop og bevægelse fortsat	13.00-17.00 Massage og Individuelle samtaler	12.45-13.00 Check ud fra værelser
17.45-18.00 Velkomst v. aftenværtinde				13.15-14.00 Afslutning og på gensyn
18.00 Aftensmad				
19.30-21.00 Musik og sang	19.30-21.00 At være menneske v. præst		20.00 Gåtur/spille-aften/filmaften	14.00 Afrejse

Baggrund

Søvnbesvær opleves af 30-50 % af mennesker, der har eller har haft kræft, og søvnbesvær er sammen med fatigue et af de hyppigste symptomer i forbindelse med en kræftdiagnose (Kjær, Karlsen, Dalton, Levinsen, & Johansen, 2017). Søvnbesvær kan defineres som: "... symptomer og gener, som er forbundet med søvn, og som dækker over dårlig søvnkvalitet og for kort eller for lang søvnlængde. Dårlig søvnkvalitet omfatter bl.a. vanskelighed med at falde i søvn, oplevelsen af mangel på sammenhængende søvn og for tidlig opvågning" (Jennum et al., 2015 s. 32).

Søvnbesvær kan relatere sig til flere andre senfølger, som mennesker i forbindelse med en kræftdiagnose kan være generet af, såsom smerter, kræftrelateret fatigue og depression. Symptomerne kan forstærke hinandens effekt (symptom clustre) (Wu & Harden, 2015).

Mangel på søvn nedsætter hjernens funktion og kan give sig udslag i nedsat koncentrations- og hukommelses-evne. Samtidig påvirker kronisk søvnmangel immunsystemets normale funktion (Jennum et al., 2015).

Til at øge søvnkvaliteten anbefales fysisk aktivitet i de vågne timer og brug af afspændingsteknikker (Jennum et al., 2015; Mustian et al., 2013). Psykologiske interventioner anbefales, hvis der fx er ubearbejdede hændelser stammende fra kræftforløbet eller andre tidligere hændelser, hvilke kan forstærkes af sygdommen og dens implikationer for den enkelte.

Søvnhygiejne, som blandt andet dækker over soveværelsets indretning, kulde/varme og mørke, kan have stor betydning for søvnkvaliteten. Sovevaner, herunder håndteringen af dårlig søvn, kan påvirke en i forvejen ringe søvnkvalitet i en nedadgående spiral, hvorfor en opmærksomhed mod dette er væsentligt til forbedring af søvnen (Jennum et al., 2015).

Formål

- At deltagerne opnår viden om, hvordan søvnproblemer, som; besvær ved at falde i søvn, sove igennem og/eller for tidlig opvågning, manifesterer sig.
- At deltagerne forstår mulige årsagssammenhænge, og hvordan de selv kan justere søvnvaner og dermed forbedre søvnkvaliteten.
- At styrke deltagernes tro på at kunne håndtere deres søvnproblemer.

Indhold

Med underviseren som facilitator og formidler af viden er samspillet deltagerne imellem vigtig i denne proces, derfor vægtes aktiv deltagelse højt (Simovska & Jensen, 2012).

Læreprocessen i undervisningen handler om videns- og erfaringsudveksling. Undervisningen tilrettelægges derfor som en vekslen mellem faglige oplæg fra underviseren og dialog mellem både underviser og deltagere samt deltagerne imellem. Ud fra deltagernes behov, som vurderes ud fra PRO, vælger underviseren, hvilket område der skal vægtes i sessionen.

Sessionen har fokus på deltagernes oplevelse med deres søvn. Gennem en videns- og erfaringsudveksling med underviseren og deltagerne imellem er det hensigten, at den enkelte skal opleve sig styrket og få en begyndende tro på at kunne ændre på søvnvaner og søvnhygiejne.

Tids- og læringsrum

Undervisningen foregår som gruppesessioner med max 10 deltagere og en varighed på ca. 45 minutter. Der gøres overvejelser om, hvordan deltagere og underviser i lokalet er placeret i forhold til hinanden, hvordan belysning, kulde/varme, siddekomfort og "hyggelig" indretning kan være med til at facilitere et behageligt og trygt læringsmiljø.

Kompetencer

Undervisning i søvn forstås af sygeplejerske med kompetencer svarende til generel viden om kræftsygdomme, specifik viden om senfølger og søvnbesvær, samt viden om hvilke søvnvaner der kan fremme søvnkvaliteten. Underviser med søvnvejlederefteruddannelse foretrækkes. Desuden kræves erfaring i gruppebaseret undervisning med mennesker med livstruende sygdomme samt grundlæggende terapeutiske kompetencer.

EMNER I UNDERVISNINGEN:

- Hvorfor søvn er vigtig?
- Søvnbesvær og årsagssammenhænge
- Viden om søvnhygiejne og en opmærksomhed på, at justeringer kan øge søvnkvaliteten
- Hvilke dokumenterede tiltag virker mod søvnbesvær
- Hvordan deltagerne kan vurdere egne søvnvaner samt reflektere over, hvordan søvnen kan forbedres hos den enkelte
- Introduktion til en individuel øvelse om søvnvaner og søvnhygiejne (se Bilag 7)

Referencer

- Jennum, P., Bonke, J., Clark, A. J., Flyvbjerg, A., Garde, A. H., Hermansen, K., . . . Zacharie, B. (2015). *Søvn og sundhed*. Retrieved from Kbh: http://www.vidensraad.dk/sites/default/files/vidensraad_soevn-og-sundhed_digital.pdf
- Kjær, T., Karlsen, R., Dalton, S., Levinsen, A. K., & Johansen, C. (2017). *Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne*. Retrieved from Kbh: <https://www.sst.dk/~media/8D196FE8A2D14B9E838908BB23F288A4.ashx>
- Mustian, K. M., Sprod, L. K., Janelins, M., Peppone, L. J., Palesh, O. G., Chandwani, K., . . . Morrow, G. R. (2013). Multicenter, randomized controlled trial of yoga for sleep quality among cancer survivors. *J Clin Oncol*, 31(26), 3233-3241. doi:10.1200/JCO.2012.43.7707
- Simovska, V., & Jensen, J. M. (Eds.). (2012). *Sundhedspædagogik i sundhedsfremme*. Kbh: Gads Forlag.
- Wu, H. S., & Harden, J. K. (2015). Symptom burden and quality of life in survivorship: a review of the literature. *Cancer Nursing*, 38(1), E29-54. doi:10.1097/NCC.0000000000000135



KLINISK INDSATS 9: Kræft og psyke

Nina Rottmann

Program for 5-dagesopholdet

MANDAG	TIRSDAG	ONSDAG	TORSDAG	FREDAG
7.45-8.15 Morgenmad				
Hver morgen 8.45 Morgensamling				
9.45-10.15 Ankomst til REHPA og indkvartering	9.00-10.30 Valgfri session Hvad med arbejdslivet? v. socialrådgiver	9.00-12.00 Min fysiske form Test og introduktion v. testholdet	9.00-11.30 Kræft og psyke v. psykolog	9.00-10.00 Krop og bevægelse v. fysioterapeut
10.45-11.15 Velkomst og introduktion v. forløbsleder	10.45-12.00 Træthed v. sygeplejerske		10.30-11.30 Krop og bevægelse fortsat	9.00-10.15 Træning efter dagbog v. fysioterapeuterne
11.15-12.00 Walk and talk			10.45-12.15 Valgfri session Mad og måltider eller Intimitet og seksualitet v. sexolog	9.00-10.30 Valgfri session: Mad og måltider eller Intimitet og seksualitet v. sexolog
			11.00-12.15 Træning efter dagbog v. fysioterapeuterne	09.00-10.00 Motivation og forandringsprocesser v. socialrådgiver
				10.30-11.10 Min handleplan
				11.10-12.00 Gruppedialog om handleplan
12.00 Frokost (torsdag kl. 12.15)				
13.00-14.15 Fælles præsentation	13.00-16.00 Min fysiske form Test og introduktion v. testholdet	13.00-14.15 Træthed v. sygeplejerske	13.00-14.00 Krop og bevægelse v. fysioterapeut	13.00-15.30 Kræft og psyke v. psykolog
14.45-16.15 Søvnbesvær v. sygeplejerske		14.45-16.15 Valgfri session Hvad med arbejdslivet? v. socialrådgiver	14.30-15.30 Krop og bevægelse fortsat	13.00-17.00 Massage og Individuelle samtaler
17.45-18.00 Velkomst v. aftenværtinde				12.45-13.00 Check ud fra værelser
				13.15-14.00 Afslutning og på gensyn
				14.00 Afrejse
18.00 Aftensmad				
19.30-21.00 Musik og sang	19.30-21.00 At være menneske v. præst		20.00 Gåtur/spille-aften/filmaften	

Baggrund

At få en livstruende sygdom ind på livet kan opleves som en trussel. Sygdommen ryster fundamentet for ens dagligdag og forventningerne til det liv, man kendte (Jacobsen, 1998; Yalom, 1980). Denne trussel kan påvirke livet på mange forskellige måder. Mennesker, der har fået kræft, skal ikke kun håndtere behandlingen, dens bivirkninger og de fysiske senfølger, som kan påvirke hverdagen. De beskriver også ofte følelser af afmagt og kontroltab, oplevelsen af ikke at være den samme som før, ændrede roller i parforholdet, udfordringer i familien og i omgivelserne og en generel ny-orientering (Kjær, Karlsen, Dalton, Levinsen, & Johansen, 2017; Rottmann, Ewertz, & Hansen, 2014). Disse ændringer kan medføre varierende psykiske reaktioner, som fx spænder fra mild tristhed, træthed og vrede til svære symptomer på angst og depression (Brochmann et al., 2019; Sundhedsstyrelsen, 2018). Sundhedsstyrelsens seneste rapport om senfølger efter kræft hos voksne konkluderer, at mennesker, der har eller har haft kræft, har risiko for at opleve negativ emotionel påvirkning, fx i form af angst og depression, som kan forstyrre individets evne til at mestre livet med eller efter kræft. Forekomsten af depression ser ud til at være mest udtalt i årene lige efter diagnosen, mens angst tilsyneladende kan være ved hos kræftoverlevende i op til 10 år eller mere efter diagnosen (Kjær et al., 2017). De psykiske reaktioner kan have betydning for reintegrationen i hverdagslivet (Sundhedsstyrelsen, 2018). Det er således vigtigt at adressere psykiske reaktioner og udfordringer i forbindelse med rehabilitering.

Psykiske forhold er nært forbundne med sociale og eksistentielle forhold, som alle omtales i *Kræft og psyke*-sessionen, der er baseret på en psykoedukativ og støttende tilgang (Classen & Spiegel, 2011; Fawzy & Fawzy, 2011).

Formål

Formålet med aktiviteten *Kræft og psyke* er at bidrage til deltagernes mestring af hverdagslivet. Deltagerne skal:

- blive bevidste om de mest almindelige psykiske reaktioner på sygdom, behandling og følgevirkninger
- opnå en bedre forståelse for deres egne reaktioner
- blive bevidste om coping-strategier og handlemuligheder, der kan være hensigtsmæssige i deres situation.

Indhold

Aktiviteten er gruppebaseret. Gennem korte oplæg formidles teori og empiri om psykiske reaktioner, sådan som de kan opleves i livet med og efter alvorlig sygdom. Der tages udgangspunkt i deltagernes egne situationer med henblik på at lære om det almene i reaktionerne samt at spejle sig i de andres erfaringer. Dette kan bidrage til at anerkende og legitimere de svære følelser, tanker og handlinger, som den enkelte måtte have oplevet og måske føler sig alene med. Der faciliteres udtryk af følelser og støttende interaktioner mellem deltagerne, og de opmuntres til at bruge aktiv og problem-fokuseret coping, hvor der arbejdes med at analysere et problem og overveje, hvilke muligheder der er for at tackle det. Gennem dialogen i gruppen kan sessionen også opmuntre deltagerne til at turde se de nye ændrede vilkår i øjnene og slippe gamle forestillinger om fremtiden for i stedet at finde nye muligheder i de ændrede vilkår.

Denne viden arbejdes der videre med i øvelser i mindre grupper og i plenum. Underviseren faciliterer dialog i gruppen, deltagernes udtryk af følelser og deres indbyrdes interaktioner.

Følgende emner adresseres:

- Psykiske reaktioner i forbindelse med livstruende sygdom
- Følelser som vrede, tristhed, angst og glæde, håndtering af følelser
- Psykiske lidelser, som angst og depression og behandlingsmuligheder
- Selvopfattelse og identitet
- Sociale relationer, herunder for eksempel kommunikation i nære relationer og netværk.

Emner vægtes alt efter gruppesammensætningen og deltagernes behov.

Tids- og læringsrum

Aktiviteten ligger midt på 5-dagesopholdet, typisk om onsdagen. På dette tidspunkt er gruppen etableret, og deltagerne er trygge ved hinanden. Dette er en forudsætning for åbne og personlige samtaler. Der er sat 150 minutter af til aktiviteten. Erfaringsmæssigt fungerer grupperne bedst, når de består af seks til 10 deltagere. Efter 5-dagesopholdet sendes slides fra oplægget til deltagerne.

Kompetencer

Gruppen skal faciliteres af en psykolog eller fagperson med lignende kompetencer, som har specialviden om psykiske reaktioner i forbindelse med livstruende sygdom.

Referencer

Brochmann, N., Flachs, E. M., Christensen, A. I., Bak, M., Andersen, C. L., Juel, K., . . . Rottmann, N. (2019). Anxiety and depression in patients with Philadelphia-negative myeloproliferative neoplasms: a nationwide population-based survey in Denmark. *Clin Epidemiol*, 11, 23-33. doi:10.2147/clep.S162688

Classen, C. C., & Spiegel, D. (2011). Supportive-expressive group psychotherapy. In M. Watson & D. W. Kissane (Eds.), *Handbook of psychotherapy in cancer care* (pp. 105-117). Chichester John Wiley & Sons.

Fawzy, F. I., & Fawzy, N. W. (2011). A short term, structured, psychoeducational intervention for newly diagnosed cancer patients. In M. Watson & D. W. Kissane (Eds.), *Handbook of psychotherapy in cancer care* (pp. 119-135). Chichester: John Wiley & Sons.

Jacobsen, B. (1998). *Eksistensens psykologi*. Kbh: Hans Reitzel.

Kjær, T., Karlsen, R., Dalton, S., Levinsen, A. K., & Johansen, C. (2017). *Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne*. Retrieved from Kbh: <https://www.sst.dk/~media/8D196FE8A2D14B9E838908BB23F288A4.ashx>

Rottmann, N., Ewertz, M., & Hansen, D. G. (2014). Breast cancer. In A. Michalos (Ed.), *Encyclopedia of quality of life and well-being research* (pp. 435-442). Dordrecht: Springer.

Sundhedsstyrelsen. (2018). *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*. Retrieved from Kbh: <http://www.sst.dk/~media/B0FD5078B1654B33A9E744CCBAE89022.ashx>

Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York, NY: Basic Books; US.

KLINISK INDSATS 10: Livet i bevægelse

Nina Rottmann

Program for 2-dagesopfølgningen

TIRSDAG		ONSDAG	
9.45-10.15 Ankomst til REHPA og indkvartering 10.45-11.00 Velkommen, praktiske oplysninger og præsentation af program 11.00-12.00 "Siden sidst" v. forløbsleder		7.30-8.15 Morgenmad	
		8.45-9.00 Morgensamling og intro til individuelle samtaler	
		9.00-10.30 Individuelle samtaler	9.00-10.15 Yoga og mindfulness v. fysioterapeut
		10.45-12.00 Yoga og mindfulness v. fysioterapeut	10.30-12.00 Individuelle samtaler
12.00 Frokost			
13.00-14.30 'Livet i bevægelse' Samtalegruppe v. psykolog	13.00-14.30 Min fysiske form Fysisk test v. testholdet	13.00-13.15 Check ud fra værelser	
15.00-16.30 Min fysiske form Fysisk test v. testholdet	15.00-16.30 'Livet i bevægelse' Samtalegruppe v. psykolog	13.15-14.00 Min videre vej og farvel for denne gang	
18.00 Aftensmad			

Baggrund

Livstruende sygdom konfronterer os med livets endelighed og vores begrænsede magt over grundlæggende vilkår. Eksistentielle overvejelser og spørgsmål, som "Hvad er vigtigt for mig i livet?", kan træde tydeligt frem (Jacobsen, 1998). De mange forandringer, som livstruende sygdom kan føre med sig, kan også være forbundne med en til tider smertefuld oplevelse af ændret identitet og behovet for at (gen)finde eller (gen)skabe mening i tilværelsen (Vehling & Philipp, 2018). *Forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft* peger på, at mennesker, der har eller har haft kræft, kan have behov for støtte til at genskabe forståelsen af sig selv og en personlig mening i livet, samt andre eksistentielle overvejelser (Sundhedsstyrelsen, 2018).

En søgen efter en mening i tilværelsen er, ifølge den østrigske psykiater og neurolog Viktor Frankl, et fundamentalt træk hos mennesket (Frankl, 1967). Forskning viser, at oplevelsen af at leve et meningsfuldt liv er associeret med lavere følelsesmæssig belastning hos kræftpatienter (Winger, Adams, & Mosher, 2016). Mening i livet er blevet defineret på forskellig vis, men mange forskere er enige om kerneelementerne (Winger et al., 2016), som afspejles i den følgende definition af psykologen Tatjana Schnell: "Mening i livet er oplevelsen af at ens liv er sammenhængende, betydningsfuldt, har retning og at man hører til et sted (eng. belonging)" (Schnell, 2009, s. 487). Forskellige kilder til mening kan bidrage til ens personlige oplevelse af mening i livet (la Cour & Frølund, 2017; Schnell, 2009). I en dansk undersøgelse var generativitet, det vil sige ønsket om at efterlade sig spor og bidrage til de kommende generationers liv, eksempelvis særligt tydeligt associeret med oplevelsen af mening i livet (Pedersen et al., 2018). Eksempler på andre kilder til mening er:

- Fællesskab
- Nærvær
- Tradition
- Frihed
- Kreativitet
- Enhed med naturen
- Religiositet eller spiritualitet.

Et relateret koncept til kilder til mening er værdier, som er en vigtig del af *Acceptance and Commitment Therapy* (Grønlund, 2018). Værdier ses her som personlige holdte og valgte pejlemærker, der fungerer som

betydningssættere for vores handlinger. Værdier giver formål til vores handlinger og derved en retning i livet (Grønlund, 2018).

Formål

Formålet med aktiviteten er at støtte deltagerne i at reetablere en personlig mening og retning i livet.

Deltagerne skal:

- blive bevidste om personlige kilder til mening og værdier
- opnå en øget forståelse af, hvordan kilder til mening og værdier kommer til udtryk i deltagernes hverdag for at kunne handle på en måde, der fremmer disse i hverdagen.

Aktiviteten *Livet i bevægelse* anvender elementer af *Kilder til mening – kortmetoden*, som har til formål at kortlægge og udforske kilder til personlig mening. Metoden er baseret på eksistentiel teori og empiri om kilder til mening og blev udviklet til brug i den individuelle samtale (la Cour & Frølund, 2017).

Indhold

Aktiviteten er gruppebaseret. Der indgår både oplæg, individuelle opgaver samt dialoger i mindre grupper og i plenum for at drøfte spørgsmål som:

- Hvad er særligt vigtigt for mig i livet?
- Hvad beriger mit liv?
- Hvordan kommer det til udtryk i min hverdag?

Aktiviteten anvender kort fra *Kilder til mening – kortmetoden*, som her er tilpasset til brug i grupper. Først gives en kort introduktion til metoden. Samtalen tager udgangspunkt i 26 små kort med fortrykte udsagn om mulige kilder til mening i livet, hvor personen udvælger tre til fem kort, der passer bedst til egne livsorienteringer.

Kortene danner herefter udgangspunkt for en semistruktureret samtale i mindre grupper om bl.a. hvert udsagns mening, personlig indhold og muligheder for personlig forandring i forhold til emnet. Efterfølgende samles deltagerne til en fælles dialog med tilbagemeldinger fra de mindre grupper samt en fælles samtale om kilder til mening og værdier.

Følgende emner kan adresseres:

- Oplevede ændringer i værdier og kilder til mening i forbindelse med sygdommen
- Refleksioner over hvordan værdier og kilder til mening kommer til udtryk i hverdagen
- Eventuelle ønsker om og idéer til forandringer i hverdagen.

Afslutningsvis kan deltagerne skrive udsagnene fra de tre til fem valgte kort ned på et stykke papir og tage det med hjem og evt. arbejde videre med dem.

Tids- og læringsrum

Aktiviteten ligger på 2-dagesopfølgningens første dag. Der er afsat 90 minutter til aktiviteten. Gruppestørrelsen kan variere, men der plejer ikke at være flere end 10 deltagere. Efter opholdet sendes slides fra oplægget til deltagerne.

Kompetencer

Gruppen faciliteres enten af en psykolog med viden om eksistentielle udfordringer i livet med og efter livstruende sygdom, eller af anden fagperson med terapeutiske grundkompetencer, erfaringer med grupper og viden om eksistentielle udfordringer i forbindelse med livstruende sygdom.

Referencer

Frankl, V. E. (1967). *Psykologi og eksistens*. Kbh.: Gyldendal.

Grønlund, C. (2018). Acceptance and commitment therapy. In C. Glintborg (Ed.), *Rehabiliteringspsykologi: En introduktion i teori og praksis* (pp. 131-152). Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.

Jacobsen, B. (1998). *Eksistensens psykologi*. Kbh: Hans Reitzel.

la Cour, P., & Frølund, H. (2017). Kilder til mening - kortmetoden. *P - Psykologernes Fagmagasin*, 7.

Pedersen, H. F., Birkeland, M. H., Jensen, J. S., Schnell, T., Hvidt, N. C., Sørensen, T., & la Cour, P. (2018). What brings meaning to life in a highly secular society? A study on sources of meaning among Danes. *Scand J Psychol*, 59(6), 678-690. doi:10.1111/sjop.12495

Schnell, T. (2009). The Sources of Meaning and Meaning in Life Questionnaire (SoMe): Relations to demographics and well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 4(6), pp. doi:10.1080/17439760903271074

Sundhedsstyrelsen. (2018). *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*. Retrieved from Kbh: <http://www.sst.dk/~media/B0FD5078B1654B33A9E744CCBAE89022.ashx>

Vehling, S., & Philipp, R. (2018). Existential distress and meaning-focused interventions in cancer survivorship. *Curr Opin Support Palliat Care*, 12(1), 46-51. doi:10.1097/SPC.0000000000000324

Winger, J. G., Adams, R. N., & Mosher, C. E. (2016). Relations of meaning in life and sense of coherence to distress in cancer patients: a meta-analysis. *Psychooncology*, 25(1), 2-10. doi:10.1002/pon.3798

KLINISK INDSATS 11: Intimitet og seksualitet

Dorthe Søsted Jørgensen & Annette Rasmussen

Program for 5-dagesopholdet

MANDAG	TIRSDAG	ONSDAG	TORSDAG	FREDAG
7.45-8.15 Morgenmad				
Hver morgen 8.45 Morgensamling				
9.45-10.15 Ankomst til REHPA og indkvartering	9.00-10.30 Valgfri session Hvad med arbejdslivet? v. socialrådgiver	9.00-12.00 Min fysiske form Test og introduktion v. testholdet	9.00-10.15 Træning efter dagbog v. fysioterapeuterne	9.00-10.30 Valgfri session: Mad og måltider eller Intimitet og seksualitet v. sexolog
10.45-11.15 Velkomst og introduktion v. forløbsleder	10.45-12.00 Træthed v. sygeplejerske	9.00-11.30 Kræft og psyke v. psykolog	10.30-11.30 Krop og bevægelse fortsat	10.30-11.10 Min handleplan
11.15-12.00 Walk and talk			10.45-12.15 Valgfri session Mad og måltider eller Intimitet og seksualitet v. sexolog	11.10-12.00 Gruppedialog om handleplan
12.00 Frokost (torsdag kl. 12.15)				
13.00-14.15 Fælles præsentation	13.00-16.00 Min fysiske form Test og introduktion v. testholdet	13.00-14.15 Træthed v. sygeplejerske	13.00-14.00 Krop og bevægelse v. fysioterapeut	13.00-15.30 Kræft og psyke v. psykolog
14.45-16.15 Søvnbesvær v. sygeplejerske		14.45-16.15 Valgfri session Hvad med arbejdslivet? v. socialrådgiver	14.30-15.30 Krop og bevægelse fortsat	13.00-17.00 Massage og Individuelle samtaler
17.45-18.00 Velkomst v. aftenværtinde				12.45-13.00 Check ud fra værelser
18.00 Aftensmad				
19.30-21.00 Musik og sang	19.30-21.00 At være menneske v. præst		20.00 Gåtur/spille-aften/filmaften	13.15-14.00 Afslutning og på gensyn
				14.00 Afrejse

Baggrund

Emnet intimitet og seksualitet anbefales at tilgås ud fra bio-psyko-sociale niveauer (Graugaard & Møhl, 2007). Mennesket er et seksuelt væsen, men seksualiteten er individuel og foranderlig, og har dermed forskelligt udtryk afhængig af kultur og kontekst (Graugaard, Møhl, & Hertoft, 2006). Seksualitet skal ikke kun forstås som samleje, men i lige så høj grad som kærtegn, nærhed, fortrolighed og mellemmenneskelige relationer (Graugaard et al., 2006). Således er intimitet integreret i seksualiteten, og forskning viser, at mange oplever intimiteten som værende det vigtigste i et forhold (Graugaard, 2013). For kvinder med brystkræft og deres partnere tyder det på, at følelsesmæssig nærhed øger parrets tilfredshed med deres sexliv (Rottmann et al., 2017).

Studier viser, at op mod 50 % af kræftpatienter har problemer med seksualiteten (McLeod & Hamilton, 2013; Rasmusson, Plantin, & Elmerstig, 2013). Problemerne opstår på baggrund af bio-psyko-sociale årsager, og skal dermed ses i et helhedsperspektiv (Graugaard & Møhl, 2007). Operation, stråle-, kemo- og mulig anti-hormonbehandling kan blandt andet give nervebeskadigelse, forbrændinger af huden, tørre slimhinder, træthed, kvalme og ændret hudsensibilitet. Disse faktorer kan følges af smerter, vaginal tørhed, rejsningsproblemer og føleforstyrrelser (Bruhn, 2013; Graugaard et al., 2006). På det psykologiske plan kan depression, angst, skyld, skam og ændret 'body image' medføre en usikkerhed og derved tilbagetrækning fra intime relationer med partner eller berøring af en selv. Uanset om kræftpatienten lever i parforhold eller er single, kan identitetstab opstå, herunder tab af en velkendt seksualitet, hvorved intimitet og følelser nedtones eller er fraværende (Graugaard & Møhl, 2007).

Problematikkerne kan afstedkomme seksuel dysfunktion, hvilket kan føre til frustrationer og misforståelser og resultere i en dårlig kommunikation mellem den syge og partneren. Partneren holder måske afstand til den syge i frygt for, at al kropskontakt kan misforstås og give et utilsigtet pres, og det samme gør den syge

for ikke at skuffe den anden (Graugaard, 2013). Leves der singleliv, kan en usikker fremtid, og det ikke at kunne genkende sig selv fra tidligere, gøre, at tanken om at skulle finde en partner bliver overvældende (Dahlstrøm & Müller, 2012).

Ovenstående fortæller, at den seksuelle sundhed kan være truet for mennesker med eller efter kræft (Graugaard, 2013). Ifølge WHO (WHO, 2006) er seksuel sundhed "en integration af de somatiske, emotionelle, intellektuelle og sociale aspekter af seksualitet på måder, som beriger og forstærker personlighed, kommunikation og kærlighed. Ubalancer i disse aspekter kan opleves frustrerende og vanskelige at håndtere" (Graugaard, 2013).

Ifølge Vidensråd for Forebyggelse (Graugaard, Pedersen, & Frisch, 2015) kan seksualiteten bidrage til meningsfuldhed for den enkelte og kan give vedkommende en sammenhængskraft, når meningsløshed truer. Vidensrådet mener, at for at opnå seksuel sundhed skal mennesket være i besiddelse af blandt andet:

- Livsmod, selvrespekt og kropslig integritet
- Viden og handlekompetence vedrørende seksualitet til at kunne søge hjælp
- At kunne afstemme seksuelle forventninger og mål under aktuelle vilkår og ressourcer.

Formål

- Deltagerne får erfaring med, hvordan intimitet og seksualitet kan omtales.
- Deltagerne får viden om fysiologiske processer i forbindelse med seksualitet og intimitet, og hvilken indflydelse det har på individet selv og et eventuelt samliv med en partner.
- Deltagerne får viden om livstruende sygdoms indflydelse på behov for intimitet og seksualitet i et individuelt, par- og kønsperspektiv.
- Deltagerne opnår forståelse for udvalgte medikamenters bivirkninger og senfølger af betydning for intimitet og seksualitet.
- Emnet inspirerer til handlemuligheder eller yderligere hjælpeforanstaltninger, der kan være hensigtsmæssige i den enkeltes situation.
- Deltagerne får inspiration til, hvordan man kan udleve seksualitet og intimitet i en rehabiliterende og pallierende sammenhæng.

Indhold

Der arbejdes ud fra *PLISSIT-modellen* (Figur 1) udviklet i 1976 – rettet mod den individuelle rådgivning om seksuelle behov og problematikker – til sundhedsprofessionelle, og den er referencerammen for undervisning også i grupper (Graugaard, 2013).

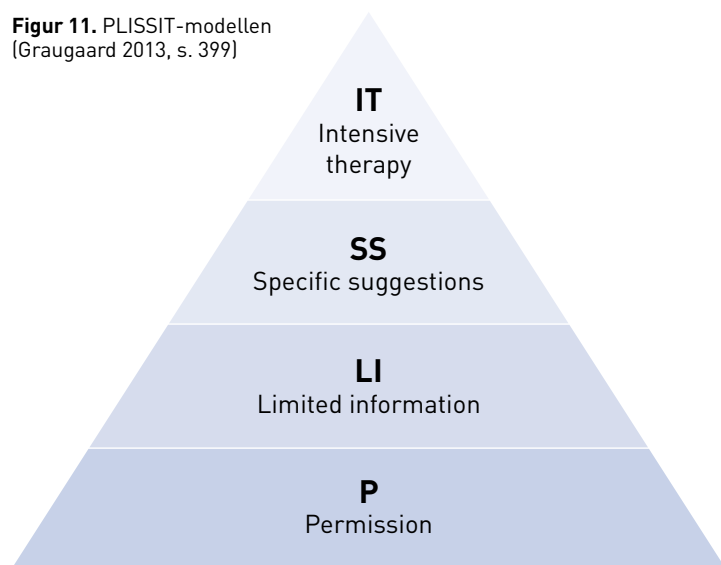
Undervisningen udbydes som workshop, som man tilmelder sig, hvilket sikrer, at de deltagere, som finder temaet relevant, har mulighed for at deltage. 'Permission', med reference til *PLISSIT-modellen*, til at tale om intimitet og seksualitet ligger implicit ved deltagernes tilstedeværelse. Der er krav til underviserens lydhørhed og indføling med deltagernes behov for viden og integritet samtidig med den enkelte deltagers potentiale til at bidrage til gruppens samlede læringsmuligheder i den konkrete kontekst.

Den psyko-edukative undervisning udfolder ovennævnte aspekter og giver deltagerne mulighed for at italesætte og arbejde med egen seksualitet for derigennem at opnå øget seksuel sundhed, et meningsfuldt liv og derved øget livskvalitet.

Oplæg og gruppedialogen om seksualitet/intimitet bidrager til deltagernes mestring af hverdagslivet, hvor elementer af intime og seksuelle aktiviteter indgår på, en for deltageren, afstemt måde.

'Limited information' i *PLISSIT-modellen* præsenterer relevant viden ift. typiske gener, mennesker med kræftsygdom kan opleve, herunder bivirkninger og senfølger samt normale psykosociale reaktioner.

Figur 11. PLISSIT-modellen
(Graugaard 2013, s. 399)



Involvering og dialog i gruppe kræver didaktisk omtanke. Derfor er mulighed for at stille spørgsmål uden de adresseres til den enkelte af stor værdi.

'Specific suggestions' åbner for at vejlede om enten forhold, som er genereret via spørgsmål eller om generelle forhold. Det kan for eksempel være forskningsbaseret viden og klinisk erfaring indenfor imødegåelse af bivirkninger ved hormonterapi, senfølger efter kirurgisk, stråle- eller kemoterapeutisk behandling.

I undervisningen lægges vægt på, at intimitet fortsat kan være af stor betydning ved fremskreden sygdom (Sundhedsstyrelsen, 2018). Der kan evt. gives eksempler på forskellige metoder, så som massage (fødder, hænder, krop) til inspiration.

'Intensive Therapy' imødekommes ikke i undervisningsrummet, men deltagerne får viden om, at det kan være relevant at fortsætte et mere intensivt terapeutisk forløb eller få mere specifik vejledning somatisk. Her henvises primært til regionale myndighedsinstitutioner og dernæst private sexologer, hvor medlemslisten hos *Dansk Forening for Klinisk Sexologi* er foretrukket.

Deltagerne kan blandt andet søge information på Kræftens Bekæmpelses hjemmeside: www.cancer.dk, hvor der ligger konkrete råd og vejledning til de mest almindelige problematikker.

Tids- og læringsrum

Workshoppen vælges på forhånd af deltageren og har et omfang på halvdelen time. Den er placeret torsdag på 5-dagesopholdet, da emnet kræver tryghed både i rum og relation, hvorfor holdet ikke overstiger 10 deltagere. Der er desuden mulighed for at vælge individuel samtale med sexolog, hvor mere terapeutiske forhold kan adresseres.

Kompetencer

Viden om seksualitetens betydning for trivsel, sundhed og reproduktion.

Viden om seksuelle forandringer og problemstillinger opstået pga. sygdom og aldring.

Kommunikative, pædagogiske og grundlæggende terapeutiske færdigheder til i gruppesammenhænge at formidle og facilitere dialoger om seksualitet, krop, parforhold, kønsroller, sygdom mv.

Viden om henvisningsmuligheder til yderligere rådgivning og terapi.

Referencer

- Bruhn, M. (2013). Seksualitet. In C. Johansen (Ed.), *Kræft: senfølger og rehabilitering* (pp. 402-414). Kbh: Hans Reitzels Forlag.
- Dahlstrøm, C. T., & Müller, T. H. (2012). Kræft og seksualitet. In K. Bekæmpelse (Ed.), (3 ed.). Online: Kræftens Bekæmpelse.
- Graugaard, C. (2013). Intimitet. In C. Johansen (Ed.), *Kræft: Senfølger og rehabilitering* (pp. 389-401). Kbh: Hans Reitzel.
- Graugaard, C., & Møhl, B. (2007). Sygdom og seksualitet i praksis. *Månedsskrift for praktiserende lægegering*, 85, S. 43-53.
- Graugaard, C., Møhl, B., & Hertoft, P. (2006). *Krop, sygdom & seksualitet*. Kbh: Hans Reitzel.
- Graugaard, C., Pedersen, B. K., & Frisch, M. (2015). *Seksualitet og sundhed*. Retrieved from Kbh: http://www.vidensraad.dk/sites/default/files/vidensraad_seksualitet-sundhed_2015.pdf
- McLeod, D. L., & Hamilton, J. (2013). Sex talk and cancer: who is asking. *Can Oncol Nurs J*, 23(3), 197-207.
- Rasmusson, E. M., Plantin, L., & Elmerstig, E. (2013). 'Did they think I would understand all that on my own?' A questionnaire study about sexuality with Swedish cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 22(3), 361-369. doi:10.1111/ecc.12039
- Rottmann, N., Hansen, D. G., Christensen, R. d., Hagedoorn, M., Frisch, M., Nicolaisen, A., . . . Johansen, C. (2017). Satisfaction with sex life in sexually active heterosexual couples dealing with breast cancer: a nationwide longitudinal study. *Acta Oncol*, 56(2), 212-219. doi:10.1080/0284186X.2016.1266086
- Sundhedsstyrelsen. (2018). Forebyggelsespakke: Seksuel sundhed. In (2 ed.). Online: Sundhedsstyrelsen.
- WHO. (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva*. Retrieved from Online: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf

KLINISK INDSATS 12: Mad og måltider

Marianne Boll Kristensen

Program for 5-dagesopholdet

MANDAG	TIRSDAG	ONSDAG	TORSDAG	FREDAG
7.45-8.15 Morgenmad				
Hver morgen 8.45 Morgensamling				
9.45-10.15 Ankomst til REHPA og indkvartering	9.00-10.30 Valgfri session Hvad med arbejdslivet? v. socialrådgiver	9.00-12.00 Min fysiske form Test og introduktion v. testholdet	9.00-10.15 Træning efter dagbog v. fysioterapeuterne	9.00-10.30 Valgfri session: Mad og måltider eller Intimitet og seksualitet v. sexolog
10.45-11.15 Velkomst og introduktion v. forløbsleder	10.45-12.00 Træthed v. sygeplejerske	9.00-11.30 Kræft og psyke v. psykolog	10.30-11.30 Krop og bevægelse fortsat	10.30-11.10 Min handleplan
11.15-12.00 Walk and talk			10.45-12.15 Valgfri session Mad og måltider eller Intimitet og seksualitet v. sexolog	11.10-12.00 Gruppedialog om handleplan
12.00 Frokost (torsdag kl. 12.15)				
13.00-14.15 Fælles præsentation	13.00-16.00 Min fysiske form Test og introduktion v. testholdet	13.00-14.15 Træthed v. sygeplejerske	13.00-14.00 Krop og bevægelse v. fysioterapeut	12.45-13.00 Check ud fra værelser
14.45-16.15 Søvnbesvær v. sygeplejerske		14.45-16.15 Valgfri session Hvad med arbejdslivet? v. socialrådgiver	13.00-15.30 Kræft og psyke v. psykolog	13.15-14.00 Afslutning og på gensyn
17.45-18.00 Velkomst v. aftenværtinde		14.30-15.30 Krop og bevægelse fortsat	13.00-17.00 Massage og Individuelle samtaler	14.00 Afrejse
18.00 Aftensmad				
19.30-21.00 Musik og sang	19.30-21.00 At være menneske v. præst	20.00 Gåtur/spille-aften/filmaften		

Baggrund og indhold

Sygdom og behandling kan både påvirke kræftpatientens ernæringsmæssige behov og kostindtag (Arends et al., 2017).

Utilsigtet vægttab og nedsat appetit under behandlingsforløbet kan gøre det nødvendigt for kræftpatienten at vende kostrådene på hovedet og fokusere på en energi- og proteinrig kost frem for den fiberrige og fedtfattige kost, der ellers anbefales (Arends et al., 2017). Efter afsluttet behandling, når et eventuelt utilsigtet vægttab er genoprettet, er det dog væsentligt, at kosten igen lægges om.

I modsætning til ovenstående, oplever nogle kræftpatienter, at vægten øges under deres forløb, og de efterfølgende har ønske om eller behov for vægttab (Nyrop, Williams, Muss, & Shachar, 2016).

For visse kræftformer (brystkræft og kræft i mavesækken) kan overvægt og det metaboliske syndrom være forbundet med øget risiko for recidiv og nedsat overlevelse (Arends et al., 2017; Azrad & Demark-Wahnefried, 2014; Kim et al., 2014). Endvidere har kræftoverlevende en højere risiko for at udvikle ny kræftsygdom og livsstilssygdomme, såsom hjerte-karsygdomme, diabetes og knogleskørhed (Arends et al., 2017; Ng & Travis, 2008). Det er derfor af stor betydning, at kræftoverleveren vedholder en sund vægt og sunde kostvaner (Arends et al., 2017; Demark-Wahnefried, Rock, Patrick, & Byers, 2008). Kræftoverlevende bør derfor anbefales at bevare en sund kropsvægt (BMI 18,5-25 kg/m²) og at følge de officielle kostenbefalinger med fokus på et højt indtag af fuldkorn, frugt og grøntsager samt et lavt indtag af mættet fedt, rødt kød og alkohol (Arends et al., 2017; Nordic Council of Ministers, 2014).

De skiftende kostenbefalinger og ernæringsmæssige behov undervejs i forløbet kan opleves som en udfordring for den enkelte. Ernæringsmæssige problematikker, som eksempelvis synkebesvær eller



fordøjelsesproblemer, kan vare ved længe efter behandlingens ophør og i værste fald blive kroniske (Knudsen et al., 2015; Payakachat, Ounpraseuth, & Suen, 2013), hvilket kan gøre det til en udfordring for den enkelte kræftoverlever at opnå hensigtsmæssige kostvaner.

Endvidere er der i offentligheden stort fokus på alternative diæter og kosttilskud, og ofte møder kræftoverleveren forskellige, og indimellem modstridende, budskaber, hvilket kan bidrage til yderligere forvirring og frustration.

Formål

Formålet med undervisning i *Mad og måltider* er at give den enkelte deltager mulighed for at få svar på eventuelle spørgsmål vedrørende kost i forhold til kræft, at reflektere over egne kostvaner og opstille mål for eventuelle ønskede ændringer.

Herunder tilstræbes:

- At deltagerne gennem sessionen får viden om de kostanbefalinger, som gælder under og efter et kræftforløb.
- At deltagerne gennem sessionen får viden om, hvorfor eventuelle ernæringsmæssige problematikker (eksempelvis vægtøgning, vægttab, kvalme mm.) kan opstå i forbindelse med kræft, samt viden om hvordan disse problematikker kan afhjælpes.
- At deltagerne får mulighed for at dele og få kvalificeret deres erfaringer vedrørende kost og kostændringer.
- At den enkelte deltager får mulighed for at reflektere over egne kostvaner og opstille mål for eventuelle ønskede ændringer.
- At den enkelte deltager øger sin handlekompetence gennem refleksion over ændringsprocessen og input fra den kliniske diætist.

Indhold

Undervisningen er tilrettelagt som gruppesessioner af 90-105 minutters varighed med op til 20 deltagere på hver session.

Indholdet i sessionen tilrettelægges ud fra deltagernes behov og ønsker. For diagnosespecifikke hold målrettes indholdet de problematikker, som den pågældende gruppe hyppigt oplever.

Sessionen indledes med, at deltagerne i grupper á to til tre personer reflekterer over ændringer, de har lavet eller har lyst til at lave, gode erfaringer de har gjort sig med kost og kostændringer, problematikker og udfordringer de oplever, samt emner de gerne vil have en større viden om. Herefter opsamles i plenum, og nøgleemner fra deltagernes refleksioner noteres på flipover, og danner disposition for sessionen. De enkelte emner drøftes med input fra underviseren samt med mulighed for inddragelse af deltagernes refleksioner og erfaringer.

Tids- og læringsrum

Undervisningen foregår torsdag i 5-dagesopholdet i hold på 10 deltagere og omfatter 150 minutter.

Kompetencer

Viden om ernæring, kræftsygdomme, måltidets sociale betydning, mad og livskvalitet svarende til klinisk diætistniveau.

Undervisningskompetencer med fokus på deltagerforudsætninger og involvering af mennesker med kræftsygdomme, bivirkninger, senfølger og psykosociale belastninger.

Viden om komplementære eller supplerende forståelser indenfor det ernæringsterapeutiske område, såsom basiskost, antiinflammatorisk kost mv.

Viden om kosttilskudsmuligheder og begrænsninger i relation til kræft.

Referencer

- Arends, J., Bachmann, P., Baracos, V., Barthelemy, N., Bertz, H., Bozzetti, F., . . . Preiser, J.-C. (2017). ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical Nutrition*, 36(1), 11-48. doi:10.1016/j.clnu.2016.07.015
- Azrad, M., & Demark-Wahnefried, W. (2014). The association between adiposity and breast cancer recurrence and survival: A review of the recent literature. *Curr Nutr Rep*, 3(1), 9-15. doi:10.1007/s13668-013-0068-9
- Demark-Wahnefried, W., Rock, C. L., Patrick, K., & Byers, T. (2008). Lifestyle interventions to reduce cancer risk and improve outcomes. *Am Fam Physician*, 77(11), 1573-1578.
- Kim, E. H., Lee, H., Chung, H., Park, J. C., Shin, S. K., Lee, S. K., . . . Noh, S. H. (2014). Impact of metabolic syndrome on oncologic outcome after radical gastrectomy for gastric cancer. *Clin Res Hepatol Gastroenterol*, 38(3), 372-378. doi:10.1016/j.clinre.2013.11.009
- Knudsen, A. W., Naver, A., Bisgaard, K., Nordgaard-Lassen, I., Becker, U., Krag, A., & Slinde, F. (2015). Nutrition impact symptoms, handgrip strength and nutritional risk in hospitalized patients with gastroenterological and liver diseases. *Scand J Gastroenterol*, 50(10), 1191-1198. doi:10.3109/00365521.2015.1028994
- Ng, A. K., & Travis, L. B. (2008). Second primary cancers: an overview. *Hematol Oncol Clin North Am*, 22(2), 271-289, vii. doi:10.1016/j.hoc.2008.01.007
- Nordic Council of Ministers. (2014). *Nordic nutrition recommendations 2012: Integrating nutrition and physical activity* (5 ed.). Kbh: Nordic Council of Ministers.
- Nyrop, K. A., Williams, G. R., Muss, H. B., & Shachar, S. S. (2016). Weight gain during adjuvant endocrine treatment for early-stage breast cancer: What is the evidence? *Breast Cancer Res Treat*, 158(2), 203-217. doi:10.1007/s10549-016-3874-0
- Payakachat, N., Ounpraseuth, S., & Suen, J. Y. (2013). Late complications and long-term quality of life for survivors (>5 years) with history of head and neck cancer. *Head Neck*, 35(6), 819-825. doi:10.1002/hed.23035

KLINISK INDSATS 13: Mindfulness

Susan Dybkjær Johansson

Program for 2-dagesopfølgningen

TIRSDAG		ONSDAG	
9.45-10.15 Ankomst til REHPA og indkvartering 10.45-11.00 Velkommen, praktiske oplysninger og præsentation af program 11.00-12.00 "Siden sidst" v. forløbsleder		7.30-8.15 Morgenmad	
		8.45-9.00 Morgensamling og intro til individuelle samtaler	
		9.00-10.30 Individuelle samtaler	9.00-10.15 Yoga og mindfulness v. fysioterapeut
		10.45-12.00 Yoga og mindfulness v. fysioterapeut	10.30-12.00 Individuelle samtaler
12.00 Frokost			
13.00-14.30 'Livet i bevægelse' Samtalegruppe v. psykolog	13.00-14.30 Min fysiske form Fysisk test v. testholdet	13.00-13.15 Check ud fra værelser	
15.00-16.30 Min fysiske form Fysisk test v. testholdet	15.00-16.30 'Livet i bevægelse' Samtalegruppe v. psykolog	13.15-14.00 Min videre vej og farvel for denne gang	
18.00 Aftensmad			

Baggrund

Mindfulness, som moderne begreb, har rødder i den 2.500 år gamle buddhistiske tradition. Begrebet betragtes som hjertet i buddhistisk meditation.

Mindfulness betyder at være opmærksom på en særlig måde: At være i kontakt med øjeblikket uden at dømme (Kabat-Zinn, 1994). Dette er kernen i den moderne mindfulnesspraksis, som læge Jon Kabat-Zinn for snart 30 år siden introducerede for sine patienter. I dag finder denne praksis anvendelse i sundhedsvæsenet verden over.

Formålet med mindfulness er at reducere lidelse og opbygge et blivende, sundt mentalt helbred. Træning i mindfulness styrker evnen til at være i nuet. Herved mindskes tendensen til at være optaget af grublerier om fortiden og frygt for fremtiden, og der opnås en større tolerance i forhold til negative tanker.

Den seneste rapport om senfølger efter kræft fra Sundhedsstyrelsen bekræfter, at kræftoverlevende er i risiko for at opleve negativ emotionel psykologisk påvirkning i form af angst og depression. Dertil kommer andre former for emotionelle oplevelser af psykologisk, social og eksistentiel karakter, der kan forstyrre individets evne til at mestre kræft og kræftbehandlingen (Kjær, Karlsen, Dalton, Levinsen, & Johansen, 2017).

Flere studier peger på, at kræftoverlevende kan have gavn af at træne mindfulness i forhold til en bred vifte af parametre. Mindfulnessstræning kan være med til at fremme livskvalitet og humør og reducere psykologisk lidelse/belastning hos kræftoverlevende (Duncan et al., 2017; Huang, He, Wang, & Zhou, 2016; Musial, Bussing, Heusser, Choi, & Ostermann, 2011) eller være med til at reducere stresssymptomer og forstærke coping og velvære hos kræftoverlevende (Ott, Norris, & Bauer-Wu, 2006). En metaanalyse viser, at mindfulnessstræning kan være med til at lindre symptomer på angst og depression hos kræftoverlevende (Piet, Wurtzen, & Zachariae, 2012). Forskning fra Dansk Center for Mindfulness, Institut for Klinisk Medicin ved Aarhus Universitet peger også på, at mindfulnessstræning kan være med til at forbedre evnen til stressregulering, emotionsregulering, empati, koncentration, glæde og rationel adfærd (Dansk Center for Mindfulness, 2019).



Formål

- At deltagerne gennem en kort intro og praktiske øvelser bliver bekendt med mindfulness som begreb og som metode til at kultivere mere ro og nærvær i hverdagen.
- At deltagerne afprøver enkle mindfulnessøvelser, hvor de om muligt får en konkret oplevelse af fokuseret nærvær og får en forståelse af dets betydning i hverdagen.
- At deltagerne får konkrete værktøjer til, hvordan de på egen hånd vil kunne arbejde videre med øvelserne, når de kommer hjem.

Indhold

I undervisningen vægtes en praktisk indgangsvinkel til begrebet, hvor deltagerne bliver guidet i gennem to til tre mindfulness øvelser. Efter hver øvelse får deltagerne mulighed for at reflektere over deres oplevelse, hvilket underviseren bruger som springbræt til at stille uddybende spørgsmål med henblik på at udfolde deltagerens egenoplevelse og forståelse ind i en mindfulness-kontekst ('inquiry') (Woods, Rockman, & Collins, 2016). Undervisningen sigter desuden mod at hjælpe deltagerne til at se muligheder for at gøre brug af mindfulness i et helt almindeligt hverdagsliv.

Der udleveres mindfulness-notater til deltagerne, hvor man blandt andet kan finde referencer til yderligere litteratur og guidede øvelser.

Tids- og læringsrum

Undervisningen foregår som gruppesession med ca. 10 deltagere per hold og har en varighed af 75 minutter.

Kompetencer

Underviseren er uddannet i *Mindfulness-baseret stressreduktion* (MBSR) eller *Mindfulness-baseret kognitiv terapi* (MBKT). Underviseren har erfaring med undervisning af mennesker med livstruende sygdomme. Undervisningen tager implicit udgangspunkt i mindfulness-grundholdningerne, og det er derfor af essentiel betydning, at underviseren på baggrund af egen praksis formår at være nærværende, rolig og nysgerrig som bærende elementer for undervisningen.

Referencer

- Dansk Center for Mindfulness. (2019). Mindfulness. Retrieved from Online: <http://mindfulness.au.dk/mindfulness/>
- Duncan, M., Moschopoulou, E., Herrington, E., Deane, J., Roylance, R., Jones, L., . . . Investigators, S. (2017). Review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to improve quality of life in cancer survivors. *BMJ Open*, 7(11), e015860. doi:10.1136/bmjopen-2017-015860
- Huang, H. P., He, M., Wang, H. Y., & Zhou, M. (2016). A meta-analysis of the benefits of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on psychological function among breast cancer (BC) survivors. *Breast Cancer*, 23(4), 568-576. doi:10.1007/s12282-015-0604-0
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation for everyday life*. London: Piatkus Books Ltd.
- Kjær, T., Karlsen, R., Dalton, S., Levinsen, A. K., & Johansen, C. (2017). *Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne*. Retrieved from Kbh: <https://www.sst.dk/-/media/8D196FE8A2D14B9E838908BB23F288A4.ashx>
- Musial, F., Bussing, A., Heusser, P., Choi, K. E., & Ostermann, T. (2011). Mindfulness-based stress reduction for integrative cancer care: a summary of evidence. *Forsch Komplementmed*, 18(4), 192-202. doi:10.1159/000330714
- Ott, M. J., Norris, R. L., & Bauer-Wu, S. M. (2006). Mindfulness meditation for oncology patients: a discussion and critical review. *Integr Cancer Ther*, 5(2), 98-108. doi:10.1177/1534735406288083
- Piet, J., Wurtzen, H., & Zachariae, R. (2012). The effect of mindfulness-based therapy on symptoms of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*, 80(6), 1007-1020. doi:10.1037/a0028329
- Woods, S. L., Rockman, P., & Collins, E. (2016). A contemplative dialogue: The inquiry process in mindfulness-based interventions. Retrieved from Online: <https://slwoods.com/mbsrandmbctarticles/>



KLINISK INDSATS 14: De individuelle samtaler

Annette Rasmussen

Program for 5-dagesopholdet

MANDAG	TIRSDAG	ONSDAG	TORSDAG	FREDAG
7.45-8.15 Morgenmad				
Hver morgen 8.45 Morgensamling				
9.45-10.15 Ankomst til REHPA og indkvartering	9.00-10.30 Valgfri session Hvad med arbejdslivet? v. socialrådgiver	9.00-12.00 Min fysiske form Test og introduktion v. testholdet	9.00-11.30 Kræft og psyke v. psykolog	9.00-10.00 Krop og bevægelse v. fysioterapeut
10.45-11.15 Velkomst og introduktion v. forløbsleder	10.45-12.00 Træthed v. sygeplejerske		10.30-11.30 Krop og bevægelse fortsat	10.45-12.15 Valgfri session Mad og måltider eller Intimitet og seksualitet v. sexolog
11.15-12.00 Walk and talk			11.00-12.15 Træning efter dagbog v. fysioterapeuterne	09.00-10.00 Motivation og forandringsprocesser v. socialrådgiver
				10.30-11.10 Min handleplan
				11.10-12.00 Gruppedialog om handleplan
12.00 Frokost (torsdag kl. 12.15)				
13.00-14.15 Fælles præsentation	13.00-16.00 Min fysiske form Test og introduktion v. testholdet	13.00-14.15 Træthed v. sygeplejerske	13.00-14.00 Krop og bevægelse v. fysioterapeut	13.00-15.30 Kræft og psyke v. psykolog
14.45-16.15 Søvnbesvær v. sygeplejerske		14.45-16.15 Valgfri session Hvad med arbejdslivet? v. socialrådgiver	14.30-15.30 Krop og bevægelse fortsat	13.00-17.00 Massage og Individuelle samtaler
17.45-18.00 Velkomst v. aftenværtinde				12.45-13.00 Check ud fra værelser
				13.15-14.00 Afslutning og på gensyn
				14.00 Afrejse
18.00 Aftensmad				
19.30-21.00 Musik og sang	19.30-21.00 At være menneske v. præst		20.00 Gåtur/spille-aften/filmaften	

Program for 2-dagesopfølgningen

TIRSDAG	ONSDAG
7.30-8.15 Morgenmad	
8.45-9.00 Morgensamling og intro til individuelle samtaler	
9.45-10.15 Ankomst til REHPA og indkvartering	9.00-10.15 Yoga og mindfulness v. fysioterapeut
10.45-11.00 Velkommen, praktiske oplysninger og præsentation af program	10.30-12.00 Individuelle samtaler
11.00-12.00 "Siden sidst" v. forløbsleder	10.45-12.00 Yoga og mindfulness v. fysioterapeut
12.00 Frokost	
13.00-14.30 'Livet i bevægelse' Samtalegruppe v. psykolog	13.00-13.15 Check ud fra værelser
15.00-16.30 Min fysiske form Fysisk test v. testholdet	13.15-14.00 Min videre vej og farvel for denne gang
13.00-14.30 Min fysiske form Fysisk test v. testholdet	
15.00-16.30 'Livet i bevægelse' Samtalegruppe v. psykolog	
18.00 Aftensmad	

Baggrund

Da rehabilitering synes at være en lærings-, forandrings- og mestringsproces, er det afgørende, at mål og proces skabes i et samarbejde mellem borgeren, dennes nærmeste og de involverede fagprofessionelle og dermed ved 'samskabelse' (Lund & Hjortbak, 2017, s. 160). Ved målsætning i rehabilitering er dialogen mellem fagperson og patient afgørende, så fælles drøftelse af prioritering og relevant intervention er valgt og anerkendt af begge parter (Maribo & Nielsen, 2016; Sundhedsstyrelsen, 2018). Således indgår dialog og 'samskabelse' som et grundlæggende element i rehabiliteringsprocessen.

I standard rehabiliteringsforløbet i REHPAs forskningsklinik indgår der som minimum to individuelle samtaler, som har fokus på formidling i forbindelse med PRO, afklarende i forhold til deltagernes præferencer, målsættende og rådgivende relateret til rehabiliteringsbehov og lindring med fokus på den enkeltes livskvalitet. Således kan indholdet relatere sig til fysiske, psykiske, sociale eller eksistentielle behov.

Livstruende sygdom er ofte forbundet med behov relateret til psykologiske kriser eller eksistentielle udfordringer (Johansen, 2013). Så selv om fokus for den individuelle rehabiliteringssamtale er rehabiliteringsprocessen, kan den individuelle samtale antage mange former, som kan have afgørende betydning for den enkeltes livskvalitet.

Derfor er valg af samtalemethode fri, da deltagernes behov og prioritering er bestemmende for, hvilke metoder der skal tages i anvendelse. Betydning for valg af samtalemethode har også den enkelte samtalepartners profession og foretrukne metode. Den gode samtale mellem fagperson og patient har elementer af lytning, spørgsmål, dialog og refleksion ud fra patientens behov og samtalepartnerens faglige skøn, hvor skønnet indeholder høj grad af faglighed og erfaring (Martinsen, 2006).

Når livsstilsforandring er i fokus er 'den motiverende samtale' et lovende værktøj i forbindelse med at fremme mange forskellige adfærdssændringer på tværs af forskellige kræfttyper og behandlingsstadier. Der findes således evidens for, at den motiverende samtale virker hensigtsmæssigt over for disse samt i relation til psykosociale behov (Spencer & Wheeler, 2016).

Ved andre typer af samtaler trækkes bl.a. på systemiske og narrative metoder med fokus på deltagernes perspektiv, livsverden og erfaringer fra hverdagslivet (Hornstrup, Loehr-Petersen, Madsen, Johansen, & Specht, 2018; White, 2008).

Formål

- Deltageren oplever støtte til afklaring af behov for rehabilitering og lindring samt mulige ønsker, håb og mål.
- Deltageren oplever hjælp til, med hjælp fra dialogstøttearket, at identificere og prioritere vedkommende og velkomne interventioner og aktiviteter.
- Deltageren modtager relevant rådgivning eller terapeutisk støtte, der tager udgangspunkt i deltagerens ressourcer, handlerum og muligt netværk.
- Deltageren sikres mulig behandling i den 12-ugers hjemmeperiode eller ved rehabiliteringsforløbets afslutning.

Indhold

I rehabiliteringsforløbet er der planlagt to individuelle samtaler. Den første er placeret på 5-dagesopholdets fjerde dag. Det er en erfaring fra opholdene, at mange deltagere har vanskeligt ved at forestille sig på forhånd, hvad et rehabiliteringsophold indebærer. Således kan det være vanskeligt allerede på førstedagen at skulle forholde sig til behov, mål, indsatser med videre.

'Den første samtale' indledes med at adressere den professionelles forudgående viden om deltagerens afgivne oplysninger (PRO) (beskrevet under *Klinisk indsats 1: Patientrapporterede oplysninger ved forskningsklinikken*), og det af deltageren på forhånd fremsendte tema for samtalen. Deltageren inviteres til at vurdere, om det fremsendte tema fortsat er relevant, eller om andre temaer opleves mere vedkommende?

Derudover indgår, når det findes belejligt i forhold til deltagernes fokus, yderligere behovsafdækning ud fra 'dialogstøttearket'. Således skabes der sammen et billede af, hvilke behov der står frem, og hvordan disse bedst kan mestres.

På 5-dagesopholdet er der typisk følgende professioner til rådighed: Socialrådgiver, sygeplejerske, læge, fysioterapeut, præst, sexolog, psykolog og diætist.

'Den anden samtale' retter sig mod dels et tilbageblik på, hvordan det er gået med de etablerede mål i de mellemliggende 12 uger. Der er fokus på, hvilke behov der muligvis stadig er indrapporteret via PRO, som deltageren igen har udfyldt på forhånd, og hvordan disse behov skal adresseres. Her afdækkes også, hvem der er de støttende instanser i familie, netværk eller hos andre fagprofessionelle. Der aftales og noteres evt. henvisningsmuligheder, og hvor initiativet ligger i forhold til fortsat indsats og mulig behandling.

På 2-dagesopfølgningen varetages samtalerne af psykolog, sygeplejerske, fysioterapeut og socialrådgiver.

Tids- og læringsrum

Den første samtale er placeret om torsdagen på 5-dagesopholdet, og den anden samtale er placeret på 2-dagesopfølgningens sidste dag. Begge samtaler er hver især berammet til 45 minutter.

Kompetencer

Kompetencer hos samtalepartner:

- Relevante kompetencer indenfor rehabilitering og mulige palliative behov inden for eget fagområde relateret til kræftområdet
- Mestre egnede samtalemetoder, motiverende samtale samt grundlæggende terapeutiske kompetencer
- Evne til at støtte deltagere i at fokusere og præcisere de mest aktuelle problemstillinger
- Arbejde ud fra tillid til det enkelte menneskes ressourcer
- Indgående kendskab til det kommunale, regionale og civilsamfundets hjælpeforanstaltninger
- Bevidsthed om egen position og selvbeskyttelsesstrategier
- Evne til at være nærværende, professionel og autentisk.

Referencer

- Hornstrup, C., Loehr-Petersen, J., Madsen, J. G., Johansen, T., & Specht, T. (2018). *Systemisk ledelse: Den reflekterende praktiker* (2 ed.). Kbh: Dansk Psykologisk Forlag.
- Johansen, C. (Ed.) (2013). *Kræft: Senfølger og rehabilitering*. Kbh: Hans Reitzels Forlag.
- Lund, H., & Hjortbak, B. R. (2017). *Grundlaget for rehabilitering* Munksgaard.
- Maribo, T., & Nielsen, C. V. (Eds.). (2016). *Rehabilitering: En grundbog* (2 ed.). Kbh: Gads Forlag.
- Martinsen, K. (2006). *Samtalen, skønnen og evidensen*. Kbh: Gads Forlag.
- Spencer, J. C., & Wheeler, S. B. (2016). A systematic review of Motivational Interviewing interventions in cancer patients and survivors. *Patient Educ Couns*, 99(7), 1099-1105. doi:10.1016/j.pec.2016.02.003
- Sundhedsstyrelsen. (2018). *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*. Retrieved from Kbh: <http://www.sst.dk/~media/B0FD5078B1654B33A9E744CCBAE89022.ashx>
- White, M. (2008). *Kort over narrative landskaber*. Kbh: Hans Reitzels Forlag.

KLINISK INDSATS 15: Mål, motivation, forandringsprocesser og handleplan

Jan Tofte & Annette Rasmussen

Program for 5-dagesopholdet

MANDAG	TIRSDAG	ONSDAG	TORSDAG	FREDAG
7.45-8.15 Morgenmad				
Hver morgen 8.45 Morgensamling				
9.45-10.15 Ankomst til REHPA og indkvartering	9.00-10.30 Valgfri session Hvad med arbejdslivet? v. socialrådgiver	9.00-12.00 Min fysiske form Test og introduktion v. testholdet	9.00-11.30 Kræft og psyke v. psykolog	9.00-10.00 Krop og bevægelse v. fysioterapeut
10.45-11.15 Velkomst og introduktion v. forløbsleder	10.45-12.00 Træthed v. sygeplejerske		10.30-11.30 Krop og bevægelse fortsat	10.45-12.15 Valgfri session Mad og måltider eller Intimitet og seksualitet v. sexolog
11.15-12.00 Walk and talk			11.00-12.15 Træning efter dagbog v. fysioterapeuterne	09.00-10.00 Motivation og forandringsprocesser v. socialrådgiver
				10.30-11.10 Min handleplan
				11.10-12.00 Gruppedialog om handleplan
12.00 Frokost (torsdag kl. 12.15)				
13.00-14.15 Fælles præsentation	13.00-16.00 Min fysiske form Test og introduktion v. testholdet	13.00-14.15 Træthed v. sygeplejerske	13.00-14.00 Krop og bevægelse v. fysioterapeut	13.00-15.30 Kræft og psyke v. psykolog
14.45-16.15 Søvnbesvær v. sygeplejerske	14.45-16.15 Valgfri session Hvad med arbejdslivet? v. socialrådgiver	14.30-15.30 Krop og bevægelse fortsat	13.00-17.00 Massage og Individuelle samtaler	12.45-13.00 Check ud fra værelser
17.45-18.00 Velkomst v. aftenværtinde				13.15-14.00 Afslutning og på gensyn
				14.00 Afrejse
18.00 Aftensmad				
19.30-21.00 Musik og sang	19.30-21.00 At være menneske v. præst		20.00 Gåtur/spilleaften/filmaften	

Program for 2-dagesopfølgningen

TIRSDAG	ONSDAG
7.30-8.15 Morgenmad	
8.45-9.00 Morgensamling og intro til individuelle samtaler	
9.45-10.15 Ankomst til REHPA og indkvartering	9.00-10.15 Yoga og mindfulness v. fysioterapeut
10.45-11.00 Velkommen, praktiske oplysninger og præsentation af program	10.30-12.00 Individuelle samtaler
11.00-12.00 "Siden sidst" v. forløbsleder	10.45-12.00 Yoga og mindfulness v. fysioterapeut
12.00 Frokost	
13.00-14.30 'Livet i bevægelse' Samtalegruppe v. psykolog	13.00-13.15 Check ud fra værelser
15.00-16.30 Min fysiske form Fysisk test v. testholdet	13.15-14.00 Min videre vej og farvel for denne gang
13.00-14.30 Min fysiske form Fysisk test v. testholdet	
15.00-16.30 'Livet i bevægelse' Samtalegruppe v. psykolog	
18.00 Aftensmad	

Baggrund

I Sundhedsstyrelsens *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft* betones det, at når man mestrer et liv med kræftsygdom, så åbner det for forandringer. Disse forandringer kan omhandle at leve med nogle ændringer i dagligdagen, at skulle ændre vaner og rutiner eller at forberede sig på døden (Sundhedsstyrelsen, 2018). Den patientforebyggende indsats, som har med livsstilsændringer at gøre, er relevant, da ca. 40 % af kræftpatienter, udover kræftsygdommen, også lever med anden livsstilssygdom, såsom hjertesygdom, KOL og diabetes (Sundhedsstyrelsen, 2018). Der er dermed et overlap til liv med kroniske sygdomme, hvor Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kroniske sygdomme* fremhæver sundhedspædagogiske teorier og metoder (Sundhedsstyrelsen, 2016).

I sundhedspædagogiske teorier og metoder står læring centralt og dermed motivation med reference til, den i indledningen omtalte, læringstrekant, hvor Knud Illeris betoner forholdet mellem drivkraft, indhold og samspil, tæt knyttet til bl.a. mening og mestring (Illeris, 2007). Motivation og, hvad der hos den enkelte deltager fremstår som, meningsfulde aktiviteter og livskvalitet bliver centrale elementer, når en handleplan udformes.

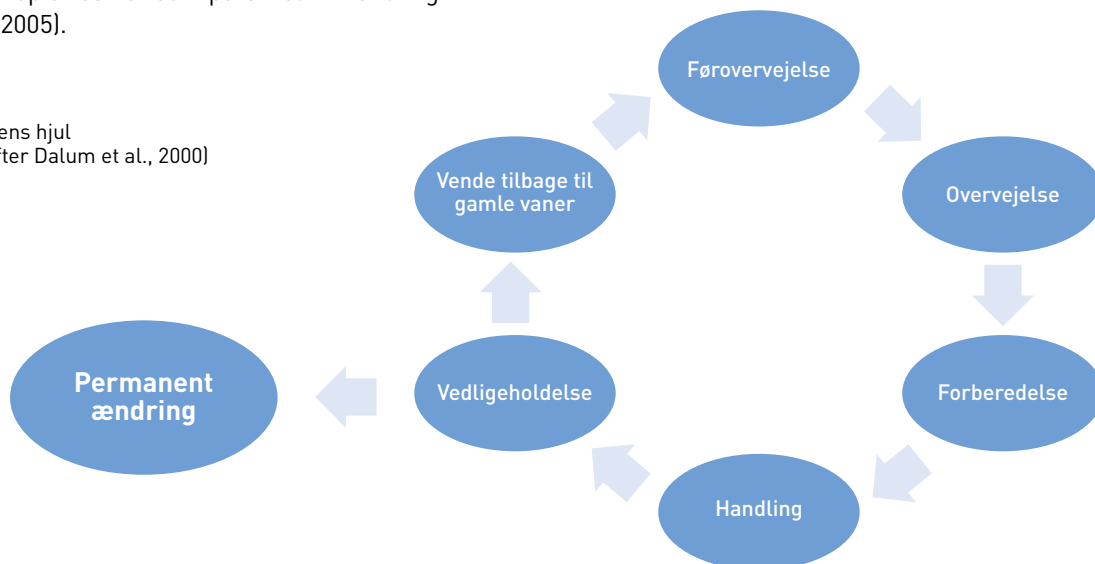
'Det motiverende interview' (MI) anvendes nationalt og internationalt i relation til mange forskellige sygdomsgrupper. Et systematiske review ved sundhedsforsker Jennifer Spencer m.fl. sætter fokus på MI i relation til kræftpatienter og ønsker dels at undersøge, på hvilken måde MI er anvendt og dels at undersøge hvilke aspekter af interventionsdesign, der er typiske blandt succesfulde interventioner i denne population (Spencer & Wheeler, 2016). I alt blev 15 studier inkluderet, som adresserede livsstilsadfærd svarende til kost, fysisk aktivitet, tobak samt psykosociale behov og fatigue. MI blev anvendt på forskellige måder, både individuelt 'face to face' og ved telefonkonsultation af erfarne sygeplejersker. Spencer peger på, at 'Motivational Interviewing' er et lovende værktøj i forbindelse med at fremme mange forskellige adfærdssændringer på tværs af forskellige kræfttyper og behandlingsstadier. Som en tilføjelse fandt man i de fleste studier, at MI kombineret med arbejdsark eller dagbøger til deltagerne medførte en statistisk signifikant forbedring (Spencer & Wheeler, 2016). Det er i Spencers materiale ikke tydeligt at se hvilke retninger af MI, der har været anvendt.

Der findes således evidens for, at MI virker hensigtsmæssigt overfor livsstilsforandringer samt i relation til psykosociale behov. Dog er der brug for mere forskning for at vurdere effekt af 'egen-håndtering' af kræftrelaterede symptomer.

I arbejdet med forandringsprocesser tages der udgangspunkt i *Forandringens hjul* (Dalum, Sonne, & Davidsen, 2000) (se Figur 1). På REHPA anvendes hjulet i en bearbejdet form, der tager højde for deltagerens situation. Således er punktet 'tilbagefald' ændret til 'vende tilbage til gamle vaner', da 'tilbagefald' i et deltagerperspektiv let forveksles med tilbagefald af kræftsygdommen. Ved gennemgang af forandringens hjul rettes specielt fokus på overvejelses- og beslutningsfase samt reaktioner og handlemuligheder i tilfælde af tilbagevenden til 'gamle vaner'. Deltagerens erfaringer med fremmere og hæmmere inddrages.

Motivation opfattes her som parathed til handling (Mabeck, 2005).

Figur 1.
Forandringens hjul
(gengivet efter Dalum et al., 2000)



Læringsarbejdet i gruppen og i den individuelle proces ønsker at øge deltagernes indre motivation, så forandring opstår indefra. Forandringen har sit udgangspunkt i patientens egne mål og værdier (Mabeck, 2005).

I rehabiliteringsforløbet får deltagerne fremhævet egne mål og værdier i en plenumdrøftelse, så 'drivkraften' til at skabe de ønskede forandringer for den enkelte bliver tydeligere. Ambivalente følelser, der knytter sig til en bestemt adfærd, bliver som oftest løftet frem i plenum af deltagerne. Hermed kan underviseren, med udgangspunkt i deltagernes egne udsagn og følelser, normalisere de gode grunde til at gøre noget og de endnu bedre grunde til at forandre noget, hvor dog effekten eller udbyttet ligger tidsmæssigt længere væk. Således bliver de tidsmæssige processer italesat.

Aktiviteten kræver stor opmærksomhed fra underviserens side, da det kan være sårbart for de deltagere, som lever med uhelbredelig kræftsygdom, og som har brug for at holde opmærksomheden mod den nærmeste fremtid og de forhold, der knytter sig til denne.

Formål

- At deltageren bliver opmærksom på egne erfaringer med motivation og forandringsprocesser.
- At deltageren indgår i aktiviteter, som afdækker egne ressourcer relateret til forandringer.
- At deltageren oplever sig styrket i de forandringsønsker, som den enkelte deltager måtte have i forhold til sin egen livssituation.
- At deltageren udvikler mål og handleplan, der, med eget hverdagsliv som udgangspunkt, fremmer funktionsevne, aktivitet og lindring og dermed egen livskvalitet.

Indhold

Inspireret af MI arbejdes der kontinuerligt med motivation, forandringsprocesser og handleplan på afslutningsdagen for 5-dagesopholdet.

I forskningsklinikken er MI bearbejdet didaktisk og pædagogisk, så MI fungerer i en gruppesammenhæng, hvor deltagerne har forskellige kræftdiagnoser samt er i forskellige stadier og livssituationer. Ved at give et overordnet indblik i forandringsprocesser, dels via MI som relevant metode og dels ved inddragelse af deltagernes egne erfaringer, tilstræbes det at give deltagerne et grundlag for udarbejdelse af egen handleplan (se Bilag 3).

Gruppearbejdet om handleplanerne bidrager til fokus på små eller større forandringer, uanset hvordan grundsygdom, mulig behandling eller andre udfordringer influerer på drivkraft og handlekraft til at arbejde med en handleplan. Familie/netværk har som oftest stor indflydelse på, hvad der kan gøres muligt i den enkeltes situation. Derfor er mulig støtte eller reaktioner fra de nærmeste – positive som negative – vigtige af få fremhævet undervejs i undervisningen.

Arbejdet er delt i to. Dagen indledes med motivation og forandringsprocesser i plenum. Efterfølgende arbejder deltagerne med egen handleplan.

Der gives en kort introduktion til aktiviteten. Der peges tilbage på introduktion til rehabilitering, som fandt sted på første dagen af 5-dagesopholdet. Her præsenteredes rehabilitering bl.a. som en individuel proces med det enkelte menneske som leder af sin rehabiliteringsproces.

Herefter arbejdes med fremmere og hæmmere. Deltagernes hidtidige erfaringer med forandringsprocesser bringes i spil ved parøvelse og i plenum. På flipover anføres deltagernes erfaringer med fremmere og hæmmere i forandringsprocesser.

Forandringens hjul præsenteres i plenum i en bearbejdet form, der tager højde for deltagernes situation.

Aktiviteten om handleplaner, som følger efter emnerne motivation og forandringsprocesser, består af tre dele:

1. Introduktion til handleplansarbejdet
2. Udarbejdelse af handleplan individuelt
3. Gruppearbejde med formålet at forankre handleplanen og dens realisering.

Der gives en kort introduktion til handleplanskabelonerne (Se Bilag 3). Der peges tilbage på elementer fra undervisning om motivation og forandringsprocesser, særligt de af deltagerne fremhævede fremmere og hæmmere.

I det individuelle arbejde opfordres den enkelte deltager til at reflektere over, hvilke mål og hvilke aktiviteter og handlinger, der særligt har betydning for den enkeltes livskvalitet. Dernæst udarbejdes skriftligt en handleplan for hvert emne, man måtte ønske at arbejde med. De fagprofessionelle tilbyder sparring.

I et ønske om at forankre og kvalificere handleplanerne etableres samtalegrupper med tre til fem deltagere, som på skift fremlægger egne planer for de andre deltagere. Det understreges, at man kun fremlægger de(n) plan(er), som man har lyst til at dele med de andre deltagere. Efter hver enkelt fremlæggelse er der mulighed for en kort dialog med henblik på yderligere kvalificering af planen. Her har deltagerne mulighed for at efterlyse ideer fra andre deltagere i gruppen.

På 2-dagesopfølgningen indledes undervisningen med genbesøg af handleplanen. I plenum præsenteres fire spørgsmål som efterfølgende drøftes i de arbejdsgrupper, som deltagerne havde arbejdet i under 5-dagesopholdet:

- Har du oplevet forandringer, store/små siden sidste ophold?
- Hvem har set/mærket disse forandringer?
- Betyder det noget for din livskvalitet i dagligdagen? (positivt/negativt)
- Er der temaer, der skal bringes ind i den individuelle samtale i morgen?

Betydninger i hverdagen og for livskvaliteten giver anledning til opmærksomhed og mulig bearbejdning af ambivalente følelser hos den enkelte samt mulighed for at modtage støtte og opbakning fra gruppen. Derudover skærpes opmærksomheden mod den afsluttende samtale den efterfølgende dag, hvor individuelle aspekter og yderlig fagprofessionel støtte kan iværksættes.

Tids- og læringsrum

På 5-dagesopholdet er afsat i alt 120 minutter til aktiviteten, der foregår i plenum, som individuelt støttet aktivitet og som gruppeaktivitet.

På 2-dagesopfølgningen er afsat 60 minutter til aktiviteten. Handleplanen indgår, alt efter deltagernes prioriteringer og relevans, også i den individuelle samtale på opholdets sidste dag.

Kompetencer

- Social- eller sundhedsfaglig grunduddannelse på minimum professionsbachelorniveau
- Sundhedspædagogisk og voksenundervisningserfaring
- Indgående viden om målgruppens livsvilkår
- Indgående erfaring med MI som metode.

Referencer

Dalum, P., Sonne, T. F., & Davidsen, M.-M. (2000). *At tale om forandring*. Kbh: Tobaksskaderådet.

Illeris, K. (Ed.) (2007). *Læringsteorier: Seks aktuelle forståelser*. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag.

Mabeck, C. E. (2005). *Introduktion til den motiverende samtale*. Kbh: Munksgaard.

Spencer, J. C., & Wheeler, S. B. (2016). A systematic review of Motivational Interviewing interventions in cancer patients and survivors. *Patient Educ Couns*, 99(7), 1099-1105. doi:10.1016/j.pec.2016.02.003

Sundhedsstyrelsen. (2016). *Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom*. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/anbefalinger-for-forebyggelsestilbud-til-borgere-med-kronisk-sygdom>

Sundhedsstyrelsen. (2018). *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*. Retrieved from Kbh: <http://www.sst.dk/-/media/B0FD5078B1654B33A9E744CCBAE89022.ashx>

KLINISK INDSATS 16: Afslutning på ophold

Dorthe Søsted Jørgensen

Program for 5-dagesopholdet

MANDAG	TIRSDAG	ONSDAG	TORSdag	FREDAG
7.45-8.15 Morgenmad				
Hver morgen 8.45 Morgensamling				
9.45-10.15 Ankomst til REHPA og indkvartering	9.00-10.30 Valgfri session Hvad med arbejdslivet? v. socialrådgiver	9.00-12.00 Min fysiske form Test og introduktion v. testholdet	9.00-11.30 Kræft og psyke v. psykolog	9.00-10.00 Krop og bevægelse v. fysioterapeut
10.45-11.15 Velkomst og introduktion v. forløbsleder	10.45-12.00 Træthed v. sygeplejerske		10.30-11.30 Krop og bevægelse fortsat	10.45-12.15 Valgfri session Mad og måltider eller Intimitet og seksualitet v. sexolog
11.15-12.00 Walk and talk			11.00-12.15 Træning efter dagbog v. fysioterapeuterne	09.00-10.00 Motivation og forandringsprocesser v. socialrådgiver
				10.30-11.10 Min handleplan
				11.10-12.00 Gruppedialog om handleplan
12.00 Frokost (torsdag kl. 12.15)				
13.00-14.15 Fælles præsentation	13.00-16.00 Min fysiske form Test og introduktion v. testholdet	13.00-14.15 Træthed v. sygeplejerske	13.00-14.00 Krop og bevægelse v. fysioterapeut	13.00-15.30 Kræft og psyke v. psykolog
14.45-16.15 Søvnbesvær v. sygeplejerske	14.45-16.15 Valgfri session Hvad med arbejdslivet? v. socialrådgiver	14.30-15.30 Krop og bevægelse fortsat	13.00-17.00 Massage og Individuelle samtaler	12.45-13.00 Check ud fra værelser
17.45-18.00 Velkomst v. aftenværtinde				13.15-14.00 Afslutning og på gensyn
				14.00 Afrejse
18.00 Aftensmad				
19.30-21.00 Musik og sang	19.30-21.00 At være menneske v. præst		20.00 Gåtur/spilleaften/filmaften	

Program for 2-dagesopfølgningen

TIRSDAG	ONSDAG
9.45-10.15 Ankomst til REHPA og indkvartering 10.45-11.00 Velkommen, praktiske oplysninger og præsentation af program 11.00-12.00 "Siden sidst" v. forløbsleder	7.30-8.15 Morgenmad
	8.45-9.00 Morgensamling og intro til individuelle samtaler
	9.00-10.30 Individuelle samtaler
	9.00-10.15 Yoga og mindfulness v. fysioterapeut
	10.45-12.00 Yoga og mindfulness v. fysioterapeut
	10.30-12.00 Individuelle samtaler
12.00 Frokost	
13.00-14.30 'Livet i bevægelse' Samtalegruppe v. psykolog	13.00-14.30 Min fysiske form Fysisk test v. testholdet
15.00-16.30 Min fysiske form Fysisk test v. testholdet	15.00-16.30 'Livet i bevægelse' Samtalegruppe v. psykolog
13.00-13.15 Check ud fra værelser	
13.15-14.00 Min videre vej og farvel for denne gang	
18.00 Aftensmad	

Baggrund

Hvert ophold afrundes med en afslutningsseance, hvor deltagerne, som ved præsentationsrunden på første dag, igen samles.

Sessionen giver mulighed for refleksion over forløbet: Udbyttet af viden – og læringsdelen; hvad har jeg lært og kan jeg noget nu, som jeg ikke kunne før? Samtidig er det ved afslutningen, at tanker, om det at komme hjem til hverdagen, får mulighed for at blive taget op, hvor nyerehvervet 'viden' og 'kunnen' tilskrives mening og kan bringes i funktion i hjemmet. Også relationelle aspekter deltagerne imellem, og betydningen af disse, adresseres.

Netop hverdagslivet, som deltagerne skal vende hjem til, er et fokusområde i afslutningen. Deltagerne er introduceret til, forventelig, ny viden og har fået mange erfaringer og skal nu hjem og teste, om deres forventede handlekompetencer og tro på egne evner til at skabe forandring rækker. Dette i en grad, så det er muligt for dem at arbejde videre med de fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle aspekter af rehabilitering.

At deltage i sociale fællesskaber er en aktiv proces, hvor engagement og samspil får betydning for de involveredes oplevelse af mening (Wenger, 2004). Det fysiske fælleskab ophører, idet deltagerne forlader rehabiliteringskonteksten, og deltagerne går fra én 'handlesammenhæng' til en anden, nemlig den hjemlige. Handlesammenhænge er lokale, afgrænsede kontekster, og nogle byder på flere muligheder for deltagelse og relationer med andre (Kruse, 2018).

Rehabiliteringsopholdet er en afgrænset handlesammenhæng og adskiller sig fra deltagerens øvrige handlesammenhænge. Det kan for nogen være svært at anvende ny viden og erfaringer i de hjemlige handlesammenhænge, hvor støtten fra mulige pårørende/netværk kan variere (Kruse, 2018). Det er nogle af disse refleksioner, som afslutningen kan give rum til.

Formål

- At give deltagerne mulighed for mundtligt at reflektere over, hvad de har lært, hæftet sig ved, tilskrevet mening.
- At italesætte handlesammenhængenes forskellighed og betone vigtigheden i at finde støtte om muligt.
- At give deltagerne mulighed for mundtligt at evaluere ophold og forløb.
- At tilbyde deltagerne en ramme for at tage afsked ved 5-dagesopholdet eller mere permanent ved 2-dagesopfølgningen, hvor forløbet afsluttes.

Indhold

Sessionen faciliteres af forløbslederen, som sætter rammen som en mere uformel gruppesamtale. Første dag vælger deltagerne et billedkort, som siger noget om, hvad de håber på at kunne, når forløbet er slut. Refleksioner, over hvor langt deltagerne er nået i denne proces, tages med i afslutningen. Med baggrund i viden om, at det kan være svært at komme hjem i en anden handlesammenhæng med andre, starter forløbslederen med at stille spørgsmål og heri anlægge en tone om sessionen som et refleksivt rum.

Refleksionerne vil ofte indeholde tanker om:

- at skulle hjem til hverdag og families muligheder og forventninger
- at komme hjem uden familie/netværk
- at skulle i gang med det, man har planlagt
- at formidle oplevelser og erfaringer til familie/netværk
- at savne samme forståelser i familie/netværk, som i gruppen på REHPA.

Afslutningen indeholder også spørgsmål, som relaterer sig til indhold og udbytte af opholdet:

- Har du fået det ud af opholdet, som du gerne ville?
- Hvad tager du i særlig grad med herfra?

Der kan her føres en tråd tilbage til præsentationsrunden, hvor ønsker for udbytte blev fremsagt. Når alle har fået mulighed for at komme til orde, afrunder forløbslederen med at reflektere over deltagernes udsagn og fremhæver områder, der særligt træder frem. Slutteligt indsamles evalueringsskemaerne, og der siges et fælles farvel. Ofte har deltagerne ønsket etablering af en Facebook-gruppe, hvilket er faciliteret ud fra gældende GDPR praksis.

Tids- og læringsrum

Sessionen foregår på henholdsvis 5- og 2-dagesopholdenes sidste dag, lige inden deltagerne tager hjem. Stolene i rummet er placeret i en rundkreds, og deltagerne tager en tilfældig plads.

Kompetencer

Sessionen varetages af forløbslederen for det pågældende hold. Forløbslederne har særlige kompetencer i forhold til sundhedspædagogisk virksomhed samt grundlæggende terapeutiske kompetencer. Alle har social- og/eller sundhedsuddannelse på professionsbachelorniveau som minimum og gerne med akademisk videreuddannelse.

Referencer

Kruse, E.-M. R. (2018). *Tilbage til hverdagen: En kvalitativ undersøgelse af sociale relationers betydning i kræftrehabilitering*. Institut for Psykologi, SDU. Kandidatspeciale, ikke publiceret materiale.

Wenger, E. (2004). *Praksisfællesskaber: læring, mening og identitet*. København: Hans Reitzel.



Fremtidige perspektiver for standard rehabiliteringsforløbene på REHPA

Annette Rasmussen

Forskningsklinikken nuværende, standardiserede forløb med rehabilitering til mennesker, der lever med eller efter behandling for en kræftsygdom, er beskrevet i denne rapport. Nogle af forløbets delelementer er solidt forskningsbaserede, mens andre kræver fortsat udvikling og dokumentation.

Overordnet set vil beskrivelsen af disse standard rehabiliteringsforløb kunne indgå i udarbejdelsen af en egentlig programteori på området, samt på udvalgte områder danne baggrund for forskellige beskrivende instrumenter i forskningsprojekter.

I den kommende periode er det intentionen, at standard rehabiliteringsforløbene kan bidrage med viden, som vil være relevant for den kommunale rehabiliteringspraksis.

I 2020 er der planlagt tre projekter på standard rehabiliteringsforløbene:

- En opgørelse af de indsamlede data fra de fysiske indsatsområder i forløbene, som kan bidrage til at afklare, om de nuværende interventioner er velegnede til at understøtte og evt. intensivere deltagernes fysiske aktivitet.
- En brugerundersøgelse af PRO (patientrapporterede oplysninger), som skal afdække deltagernes erfaringer med og anvendelse af dialogstøttearket.
- Et forskningsprojekt, som har til formål at evaluere og videreudvikle et gruppebaseret tilbud, der kan guide deltagernes refleksioner over deres personlige mening i livet som en del af en kræftrehabiliteringsindsats.

På længere sigt vil de her beskrevne standard rehabiliteringsforløb modificeres, så de lindrende indsatser integreres yderligere med de eksisterende rehabiliterende og sundhedsfremmende indsatser i forløbene. Med reference til REHPAs strategi er der allerede indledt et klinisk innovativt projektforsøg, som i højere grad har fokus på at integrere rehabilitering og palliation for mennesker med kronisk eller uhelbredelig kræft. Dette innovative tiltag går forud for iværksættelsen af en forskningsstrategi på tværs af REHPAs forskningsgrupper og forskningsklinikken.

Om fire år, når denne rapport genudgives i opdateret form, er det min forventning, at de otte årlige standard rehabiliteringsforløb ikke længere eksisterer i en form, som beskrevet her. Om fire år forventer jeg, at vores viden har udviklet sig, så funktion, aktivitet og lindring i højere grad følges mere ligeværdigt ad – til glæde for livskvaliteten for de mennesker, som det gælder.

Bilagsoversigt

- Bilag 1: Indhold i REHPAs standard rehabiliteringsforløb
- Bilag 1a: Content of the standard residential rehabilitation programme at the Danish Knowledge Centre for Rehabilitation and Palliative Care (REHPA)
- Bilag 2: REHPA-skala
- Bilag 3: Individuel, skriftlig handleplan
- Bilag 4: Dialogstøtteark
- Bilag 5: Energiskema
- Bilag 6: Energiregnskabet
- Bilag 7: Skema vedrørende søvnvaner

Bilag 1. Indhold i REHPAs standard rehabiliteringsforløb

Denne tabel giver overblik over rækkefølge, overskrift, formål, indhold og professionelle på de 16 kliniske indsatser, der er beskrevet i et standard rehabiliteringsforløb ved REHPAs forskningsklinik.

Indsats	Titel på indsats	Formål og indhold	Profession/funktion
1	patientrapporterede oplysninger ved forskningsklinikken	PRO indgår i behovsafdækning, vurdering og dialog om prioritering af behov. Dialogstøttearket hjælper deltageren med at afdække egne rehabiliterings- og lindringsbehov og indgår i en prioritering af disse relateret til funktion, aktivitet, lindring og livskvalitet	Tværfaglige professioner i forskningsklinikken
2	Velkomst, introduktion og fælleskab	Aktiviteter på første dag hjælper deltagerne med at føle sig velkommen og introduceret. Fællessang og musik stabiliserer følelsesmæssigt og giver grobund for lærende fællesskaber	Forløbsledere
3	Præsentation og gruppedannelse	Præsentation i plenum styrker fællesskab. Der introduceres til rummelighed, rammesætning, omgangstone og stemning. Gruppedynamik, ressourcer og sårbarheder kan aflæses	Forløbsledere
4	Hvordan med arbejdslivet?	Deltagerne opnår kendskab til relevant arbejdsmarkedsløvgivning og rustes bedst muligt til at samarbejde med arbejdsgiver og/eller jobcenter om afklaring af egen arbejdssevne og arbejdsmarked	Socialrådgiver
5	Krop og fysisk aktivitet	5.1 Fysiske tests; viden om aktuelt niveau for fysisk anstrengelse 5.2 Træningsdagbog; træning af indhold, intensitet og frekvens hjemme 5.3 Fysisk aktivitet; træning i socialt fællesskab giver livsglæde 5.4 Yoga; skånsom træning af krop og psyke samt afspænding 5.5 Massage; positive kropslige erfaringer som afspænding, ro og energi	Fysioterapeuter og massører
6	Eksistentiel dimension i rehabilitering	Rum for anerkendelse af at være eksistentielt ramt som menneske med ofte modsatrettede følelser så som håb/håbløshed, glæde/sorg, mening/meningsløshed, liv/død	Præst/filosof el. lign. profession
7	Kræftrelateret fatigue	Deltagerne opnår viden om kræftrelateret fatigue, årsager samt støtte og konkrete redskaber til at håndtere kræftrelateret fatigue i eget liv	Ergoterapeut/sygeplejerske
8	Søvnbesvær	Deltagerne opnår viden om søvnproblemer, årsagssammenhænge og støtte samt konkrete redskaber til at arbejde med egen søvnkvalitet	Sygeplejerske
9	Kræft og psyke	Bevidsthed om almindelige psykiske reaktioner på sygdom, behandling og følgevirkninger, egne reaktioner samt mulige coping-strategier	Psykolog
10	Livet i bevægelse	Støtte i personlig mening og retning og hvordan egne kilder til mening og værdier kommer til udtryk og kan fremmes i eget liv	Psykolog
11	Intimitet og seksualitet	Viden om, forståelse for og inspiration til hvordan egen seksualitet og intimitet evt. kan finde plads i eget liv	Sexolog
12	Mad og måltider	Viden om kostanbefalinger ift. kræft samt refleksion og dialog over egne kostvaner, forandringspotentialer og muligheder for støtte	Diætist
13	Mindfulness	Gennem øvelser introduceres til metoder – herunder åndedræt, som kan fremme følelser af ro og nærvær for deltageren i dagligdagen	Certificeret fysioterapeut
14	De individuelle samtaler	Deltageren oplever rådgivning til bl.a. via PRO at prioritere interventioner og handlinger, når mål og handleplan skal beskrives	Tværfaglige professioner
15	Mål, motivation, forandringsprocesser og handleplan	Med den motiverende intervention som ramme udvikler deltagerne mål og handleplan, der, med eget hverdagsliv som udgangspunkt, fremmer funktionsevne, aktivitet, lindring og livkvalitet	Tværfaglige professioner
16	Afslutning på ophold	Deltagerne reflekterer mundtligt over, hvad de tager med sig og om det at komme hjem med/uden familienetværk. Evaluering samt et fælles farvel	Forløbsledere

Bilag 1a. Content of the standard residential rehabilitation programme at the Danish Knowledge Centre for Rehabilitation and Palliative Care (REHPA)

The following table provides an overview of the order, heading, purpose, content and professions responsible for the 16 clinical interventions described in the standard residential rehabilitation programme at the REHPA research clinic.

Intervention	Title of the intervention	Purpose and content	Profession or function responsible
1	Collecting patient-reported information at the research clinic	Collecting patient-reported information is part of identifying needs, assessment and dialogue on setting priorities for needs. The dialogue support sheet helps each participant to identify their own rehabilitation and palliative care needs and is part setting priorities for these needs related to function, activity, palliative care and quality of life	Interdisciplinary professions in the research clinic
2	Welcome, introduction and creating community	Activities on the first day of the course support the participants in feeling welcome and introduced; community singing and music stabilize the participants emotionally and provide a basis for learning communities	Programme leaders
3	Presentation and forming groups	Plenary presentations strengthen community; the participants are introduced to openness, setting, tone and mood; professionals observe and assess group dynamics, resources and vulnerabilities	Programme leaders
4	What about work?	Participants obtain knowledge about relevant labour market legislation and are optimally equipped to collaborate with the employer and/or job centre on clarifying their own ability to work and the situation in the labour market	Social worker
5	The body and physical activity	5.1 Physical tests; knowledge of current level of physical exertion 5.2 Exercise diary: training of content, intensity and frequency at home 5.3 Physical activity: training in creating social communities produces happiness 5.4 Yoga: gently training the body and mind and relaxation 5.5 Massage: positive bodily experiences of relaxation, tranquillity and energy	Physio-therapists and massage therapist
6	The existential dimension in rehabilitation	Room for recognizing being existentially affected as a person with often contradictory emotions such as hope versus hopelessness, joy versus sadness, meaning versus meaninglessness and life versus death	Clergyperson, philosopher or a similar profession
7	Cancer-related fatigue	Participants obtain knowledge about cancer-related fatigue, causes and support and specific tools to deal with cancer-related fatigue in their own lives	Occupational therapist or nurse
8	Insomnia	Participants obtain knowledge about sleep problems, causal relationships and support and specific tools for improving their own sleep quality	Nurse
9	Cancer and the mind	Awareness of common mental reactions to disease, treatment and consequences, one's own reactions and possible coping strategies	Psychologist
10	Sources of personal meaning in a changing life	Support in personal meaning and direction and how one's own sources of meaning and values are expressed and can be promoted in one's own life	Psychologist
11	Intimacy and sexuality	Knowledge, understanding and inspiration for how one's own sexuality and intimacy may be located in one's own life	Sexologist
12	Food and meals	Knowledge about dietary recommendations for people with cancer and reflection and dialogue about one's own diet, the potential for change and the opportunities for support	Dietitian
13	Mindfulness	Methods are introduced through exercises, including breathing, which can promote feelings of calm and being present for the participants in daily life	Mindfulness-instructor or physio-therapist
14	Individual counselling	The participant experiences counselling, such as through patient-reported information, to give priority to interventions and actions when describing goals and action plans	Inter-disciplinary professions
15	Motivation, change processes and action plan	With the motivational intervention as a framework, participants develop goals and action plans based on their own daily life that promote functional ability, activity, palliative care and quality of life	Inter-disciplinary professions
16	End of stay	The participants reflect orally on the benefits and on returning home with or without family networks; evaluation and a joint farewell finish the residential programme	Programme leaders

Bilag 2. REHPA-skalaen

1. Sæt kryds på målestokken

Hvor tæt er du på – eller hvor langt er du fra – at leve det liv, du vil og kan efter eller med din kræftsygdom?

MÅL

0	Målet er nået
1	Meget tæt på
2	
3	Tæt på
4	
5	I syne
6	
7	Langt fra
8	
9	Meget langt fra
10	Ingen mål

☐ Ved ikke

2. Hvis du kender nogle af de problemer, der forhindrer dig i at nå dine mål, så angiv hvilke områder der er tale om. Sæt så mange krydser som nødvendigt.

Praktiske problemer

- ☐ Bolig
- ☐ Kost
- ☐ Pension
- ☐ Fritid
- ☐ Transport
- ☐ Børnepasning
- ☐ Offentlige myndigheder
- ☐ Økonomi
- ☐ Andre praktiske problemer (hvilke) _____
- ☐ Har du brug for hjælp?

Arbejds- / skoleproblemer

- ☐ Arbejdsopgaver
- ☐ Arbejdstid
- ☐ Arbejdsomængde
- ☐ Ledelse
- ☐ Kolleger
- ☐ Underviser eller lærere
- ☐ Studie – eller klassekammerater
- ☐ Egne forventninger
- ☐ Andre arbejds-/skoleproblemer (hvilke) _____
- ☐ Har du brug for hjælp?

Familieproblemer

- ☐ Samlever
- ☐ Børn
- ☐ Andre familieproblemer (hvilke) _____
- ☐ Har du brug for hjælp?

Psyriske problemer

- ☐ Bekymret
- ☐ Bedrøvet
- ☐ Uden håb
- ☐ Alene med problemerne
- ☐ Ensom
- ☐ Deprimeret
- ☐ Nervøs
- ☐ Stresset
- ☐ Angst
- ☐ Andre følelsesmæssige problemer (hvilke) _____
- ☐ Har du brug for hjælp?

Fysiske problemer

- ☐ Kvalme
- ☐ Hovedpine
- ☐ Svimmelhed
- ☐ Balance
- ☐ Træthed
- ☐ Udmattelse
- ☐ Søvn
- ☐ Hukommelse
- ☐ Koncentration
- ☐ Nedsat bevægelighed
- ☐ Nedsat muskelkraft
- ☐ Muskel- eller ledsmerter
- ☐ Vægttab
- ☐ Vægtøgning
- ☐ Tænder
- ☐ Spise
- ☐ Drikke
- ☐ Forstoppelse
- ☐ Diaré
- ☐ Arvæv
- ☐ Syn
- ☐ Hørelse
- ☐ Tinitus
- ☐ Hjertet
- ☐ Vejrtrækning
- ☐ Vandladning
- ☐ Huden
- ☐ Håret
- ☐ Stikken & prikken i fingre
- ☐ Stikken og prikken i tæer
- ☐ Hævede arme
- ☐ Hævede ben
- ☐ Lymfødeme
- ☐ Feber
- ☐ Hedeture
- ☐ Tørre slimhinder
- ☐ Seksuelle problemer
- ☐ Nedsat sexlyst
- ☐ Fertilitet
- ☐ Andre fysiske problemer (hvilke) _____
- ☐ Har du brug for hjælp?

Andelige / religiøse bekymringer

- ☐ I forhold til Gud
- ☐ I forhold til tro
- ☐ I forhold til moral
- ☐ I forhold til skyld
- ☐ I forhold til eksistens
- ☐ Andre bekymringer
- ☐ Andre åndelige/religiøse problemer (hvilke) _____
- ☐ Har du brug for hjælp?

Bilag 3. Individuel, skriftlig handleplan

Emne:	
Hvad vil jeg opnå?/Hvad er mit mål?	
Hvorfor er det vigtigt for mig? Hvad kan det betyde for mig?	
Delmål. Hvis det er relevant, kan du her angive	
Hvad skal jeg gøre for at opnå den ønskede forandring? (Så konkret som muligt)	
Mulige fremmere:	
Indre (Hos mig selv)	Udefrakommende
Mulige hæmmere	
Indre (Hos mig selv)	Udefrakommende
Hvordan kan jeg fremme fremmerne?	Hvordan kan jeg hæmme hæmmerne?
Skal jeg inddrage andre: Hvis ja, hvad forventer jeg af dem:	
Hvornår går jeg i gang: Hvornår vil jeg følge op på planen:	

Bilag 4. Dialogstøtteark

Eksempel på dialogstøtteark genereret ud fra en besvarelse af *Hvordan har du det?*-skemaet.

Praktiske problemer: 1 kryds ud af 10 mulige
Arbejds-/skoleproblemer: 1 kryds ud af 10 mulige
Familieproblemer: 0 kryds ud af 4 mulige
Psykiske problemer: 1 kryds ud af 11 mulige
Fysiske problemer: 18 kryds ud af 41 mulige
Åndelige/religiøse bekymringer: 0 kryds ud af 7 mulige
Livskvalitet
Dit svar tyder på, at din livskvalitet er lavere end forventet i forhold til det gennemsnit, som ses i befolkningen med samme alder
Udmattelse/træthed og søvnløshed
Dit svar antyder, at du har milde eller ingen symptomer på udmattelse/træthed
Dit svar antyder, at du har milde eller ingen symptomer på søvnløshed
Mentale færdigheder
Dit svar peger på, at din koncentration og hukommelse, sammenholdt med en gennemsnitsbefolkning af samme køn og alder, er meget under det forventede
Følelsesliv
Dit svar antyder, at du ikke har symptomer på depression
Dit svar antyder, at du ikke har symptomer på angst
Smerter
Du har angivet, at du oplever svære smerter
Socialt liv
Bor ikke alene
Dit svar angiver, at du ikke har tegn på ensomhed
Dit svar angiver, at du har tegn på at have svære seksuelle problemer
Livsstil
Du har angivet, at du ikke ryger eller er stoppet med at ryge
Du har angivet, at du indenfor de seneste 2 måneder, har drukket mere alkohol end det Sundhedsstyrelsen anbefaler
Du har angivet, at du vurderer din fysiske form som virkelig god eller god
Du har angivet, at du lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger for fysisk aktivitet

Bilag 5. Energiskema

	Mad og drikke	Søvn	Hvile	Fysisk aktivitet	Mine mål	Noter
Mandag						
Tirsdag						
Onsdag						
Torsdag						
Fredag						

Hvis du skriver dine hverdagsaktiviteter ned, kan du finde ud af, hvornår du har mest energi, og om der er et mønster i din træthed.

Noter

- Hvad spiser og drikker du – får du energi nok?
- Hvad kan du?
- Er der ting, du ikke kan?
- Hvornår kommer trætheden især?
- Hvad gør du så?
- Hvor fysisk aktiv er du?
- Hvad er dine mål for din fysiske aktivitet?

Bilag 6. Energiregnskabet

Brug et par minutter på at overveje, hvad der aktuelt tapper dig for energi, samt hvad der giver dig energi. Hvad tynger dig, giver dig negative følelser, uro og ubehagelige fornemmelser, og hvad giver dig ro, glæde, lyst og tilfredshed? Det kan være alt fra situationer og personer til ting, du ser frem til. Angiv disse som stikord i skemaet. Detaljegraden er op til dig.

Hvad tapper mig for energi?	Hvad giver mig energi?
Familie	Familie
Venner/bekendte	Venner/bekendte
Arbejde	Arbejde
Aktiviteter	Aktiviteter
Tanker/følelser	Tanker/følelser
Andet	Andet

Instruks til facilitator

Skemaet udleveres til deltagerne. Sidder individuelt i ca. 10 minutter og udfylder. Herefter en snak om, hvordan det var at bruge (sig evt. at det er meget forskelligt, hvordan man har det med skemaer, nogen synes det giver god mening, andre kan ikke bruge det). Kan åbne for en snak om, hvordan man kan håndtere problemer med ovenstående, også ift. træthed.

Bilag 7. Skema vedrørende søvnvaner
Søvnvaner¹

Læs hver sætning grundigt, og tegn en cirkel om svar, der passer bedst på dine vaner og oplevelser. For at få det bedste udbytte, svar så ærligt og oprigtigt som muligt.

1. Sovevaner	Aldrig eller næsten aldrig	3-4 dage om ugen	5-6 dage om ugen	Hver dag
1.1. Jeg går i seng på et fast tidspunkt (+/- en halv time)	0	1	2	3
1.2. Jeg står op på et fast tidspunkt (+/- en halv time)	0	1	2	3
1.3. Jeg er søvnig, når jeg går i seng	0	1	2	3
1.4. Jeg går i seng, selvom jeg ikke er søvnig, da jeg er bekymret for, om jeg får tilstrækkelig søvn	3	2	1	0
1.5. Jeg sover/tager en lur <i>efter</i> kl. 14	3	2	1	0
1.6. Jeg sover/tager en lur <i>før</i> kl. 14	2	1	1	1
1.7. Jeg falder i søvn foran TV, eller når jeg læser	3	2	1	0
1.8. Jeg bliver liggende i sengen, når jeg vågner	3	2	1	0

2. Livsstil (kost, motion, stimulanser)	Aldrig eller næsten aldrig	3-4 dage om ugen	5-6 dage om ugen	Hver dag
2.1. Jeg motionerer mindst en time (løbetræning, motionscenter etc.)	0	1	2	3
2.2. Jeg er fysisk aktiv hver dag (cykler, går på arbejde etc.)	0	1	2	3
2.3. Jeg spiser tre faste måltider om dagen	0	1	2	3
2.4. Jeg drikker alkohol	3	2	1	0
2.5. Jeg drikker alkohol, inden jeg går i seng for at slappe af	3	2	1	0
2.6. Jeg drikker kaffe, te, eller cola efter kl. 16	3	2	1	0

3. Soveværelset	Aldrig eller næsten aldrig	3-4 dage om ugen	5-6 dage om ugen	Hver dag
3.1. Mit soveværelse er for varmt	3	2	1	0
3.2. Mit soveværelse er for koldt	3	2	1	0
3.3. Jeg bliver forstyrret af lyde (fra børn, partner, udenfor)	3	2	1	0
3.4. Jeg bliver forstyrret af lys (fra vinduet, gadelygter, andre lyskilder)	3	2	1	0
3.5. Min seng føles ubehagelig (for blød, hård etc.)	3	2	1	0

¹Skemaerne er taget fra: Bobby Zachariae: SOV GODT – Redskaber til håndtering af søvnproblemer. Visualiserings & Livskvalitet, (2 CD-er + instruktionshæfte) Rosinante, (udkommet august 2011).

4.	Aktiviteter i soveværelset	Aldrig eller næsten aldrig	3-4 dage om ugen	5-6 dage om ugen	Hver dag
4.1	Jeg ser TV i sengen om aftenen, inden jeg skal sove	3	2	1	0
4.2	Jeg læser bøger i sengen (mere end 15 min.), inden jeg skal sove	3	2	1	0
4.3	Jeg ser TV i sengen om morgenen, inden jeg står op	3	2	1	0
4.4	Jeg læser bøger i sengen om morgenen, inden jeg står op	3	2	1	0
4.5	Jeg arbejder i sengen (checker e-mails, læser papirer etc.)	3	2	1	0
4.6	Jeg spiser i sengen	3	2	1	0
4.7	Jeg drikker i sengen	3	2	1	0
4.8	Jeg slukker lyset med det samme, når jeg skal sove	0	1	2	3
4.9	Jeg kigger på uret, når jeg prøver at falde i søvn	3	2	1	0
4.10	Jeg kigger på uret, hvis jeg vågner om natten	3	2	1	0

5.	Afspænding	Aldrig eller næsten aldrig	3-4 dage om ugen	5-6 dage om ugen	Hver dag
5.1	Jeg dyrker regelmæssig en eller anden form for afspænding (fx yoga, meditation, afspændingsøvelser)	0	1	2	3
5.2	Jeg foretager jævnlig afslappende aktiviteter i løbet af dagen (går ture, graver have eller lign.)	0	1	2	3
5.3	Jeg foretager afslappende og behagelige aktiviteter om aftenen inden jeg skal sove (fx læser romaner, lytter til musik eller andet)	0	1	2	3

6.	Tanker	Aldrig eller næsten aldrig	3-4 dage om ugen	5-6 dage om ugen	Hver dag
6.1	Jeg ligger som regel og tænker på arbejdsopgaver og ting, jeg skal huske, når jeg har slukket lyset for at sove	3	2	1	0
6.2	Jeg tænker på rare og positive ting, når jeg har slukket lyset for at sove	0	1	2	3
6.3	Jeg tænker over mine problemer og bekymringer, når jeg har slukket lyset for at sove	3	2	1	0
6.4	Jeg tænker på og er bekymret for, om jeg kan falde i søvn	3	2	1	0
6.5	Jeg ligger og anstrenger mig for at falde i søvn	3	2	1	0

Sammentælling:

Områder	Min score i alt:	Procent-score:	0 - 100
1. Sovevaner		$(\text{min score}/24) \times 100 =$	
2. Livsstil		$(\text{min score}/18) \times 100 =$	
3. Soveværelset		$(\text{min score}/15) \times 100 =$	
4. Aktiviteter i soveværelset		$(\text{min score}/30) \times 100 =$	
5. Afspænding		$(\text{min score}/9) \times 100 =$	
6. Tanker		$(\text{min score}/15) \times 100 =$	
<i>Søvnhygiejne i alt</i>		$(\text{min score}/111) \times 100 =$	

Tæl dine scores sammen for hvert af de 6 områder. Beregn derefter din procent-score for hvert område ved at bruge formlen under "procent-score". Som "tommelfingerregel" kan din score fortolkes således: En score på 75-100 tyder generelt på gode sovevaner. Scores mellem 50 og 75 antyder, at der helt sikkert er plads til forbedringer. Scores under 50 kunne tyde på, at du bør foretage ændringer i dine vaner, hvis du skal forbedre din søvn og søvnkvalitet.

Kig på dine scores indenfor de enkelte områder. Er der områder, hvor du har særligt lave scores? Læg mærke til, om der er områder, hvor du har tegnet en cirkel om 0 eller 1 og tænk over, hvordan du bedst kan ændre den pågældende vane eller de pågældende forhold.

Noter i skemaet nedenfor de spørgsmål, hvor du har scoret 0 eller 1. Overvej derefter, hvad du kan gøre for at bringe din score op på 2 eller 3.

Nr.	Spørgsmål, hvor jeg scorer 0 eller 1	Hvad vil jeg gøre for at bringe min score op på 2 eller 3?

Prioriter derefter spørgsmålene efter, hvor let du mener, det vil være at foretage den pågældende ændring af dine vaner ved at give dem et nummer (1 for den letteste vane at ændre osv.) Gennemfør ændringerne i den kommende uge.

Når dine nye vaner er gennemført, udfyld så søvndagbogen i den efterfølgende uge, og udfyld derefter skemaet med søvnvaner igen. Læg mærke til, om der er sket forbedringer i

REHPA

Videncenter for
Rehabilitering og Palliation

Vestergade 17
5800 Nyborg
Telefon 21 81 10 11
Mail: rehpa@rsyd.dk
www.rehpa.dk



linkedin.com/company/rehpa



twitter.com/REHPA_DK



facebook.com/REHPA.DK