

Rehabilitering og kræft – et skridt videre

Konferencerapport fra den 10. februar 2016 på Nyborg Strand



Kolofon

Rehabilitering og kræft – et skridt videre. Rapport fra konference den 10. februar 2016 på Nyborg Strand.

Rapporten er udarbejdet i samarbejde mellem REHPA – Videntcenter for Rehabilitering og Palliation, Kommunernes Landsforening og Kræftens Bekæmpelse.

Redaktion: Lærke Kjær Tolstrup, Henriette Knold Rossau og Anette Fly Haastrup.

Gengivelse af uddrag er tilladt mod tydelig gengivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes sendt til REHPA.

Design og foto: REHPA

ISBN: 978-87-93356-11-5 (online)

REHPA – Videntcenter for Rehabilitering og Palliation

Vestergade 17

5800 Nyborg

Telefon: 30 57 10 59

Mail: rehpa@rsyd.dk

Rapporten kan downloades fra www.rehpa.dk

Konferencerapport

10. februar 2016

Rehabilitering og kræft – et skridt videre

Rehabilitering og kræft – et skridt videre.....	4
Inspiration og oplæg.....	6
Workshops – De bedste løsninger.....	7
Konklusion	12
Referencer	13
Bilag: Postere præsenteret på konferencen	14



Rehabilitering og kræft – et skridt videre

Onsdag den 10. februar 2016 var 78 kommuner repræsenteret på konferencen ”Rehabilitering og kræft – et skridt videre”, arrangeret af Kræftens Bekæmpelse, KL og REHPA.

Omtrent 340 fagfolk, der i det daglige beskæftiger sig med den kommunale rehabilitering af kræftsyge borgere, fik på dagen lejlighed til både at få input til og drøfte de udfordringer, man i det daglige støder på, men i høj grad også hvilke udviklingsperspektiver, der kan løfte området videre.

Dagen bød på i alt ni oplæg under temaerne:

- Hvad er god kommunal rehabilitering?
- Hvordan får vi styrket henvisningen af kræftpatienter til kommunal rehabilitering?
- Hvordan får vi inkluderet de rette målgrupper?
- Hvordan kan vi samarbejde i kommunen og mellem kommuner om rehabilitering?

På den efterfølgende postersession, hvor mere end halvdelen af kommunerne havde valgt at bidrage, var der mulighed for at dykke ned i 48 posters og dermed konkrete indsatser. I løbet af den lille time blev standene flittigt besøgt, og de mangeartede, lokale tilbud og initiativer ivrigt undersøgt og drøftet.

Workshop: diskussion og inspiration

Sidst på dagen var der afsat tid til workshop med emnerne:

- ”Hvordan får vi inkluderet de rette målgrupper i kræftrehabiliteringen?” med særligt fokus på rekruttering af mænd, særligt udsatte og personer med anden etnisk baggrund.
- ”Hvordan kan vi samarbejde på tværs om kræftrehabilitering?” med særligt fokus på samarbejdet i kommunernes egne enheder og afdelinger og på samarbejdet kommunerne imellem.



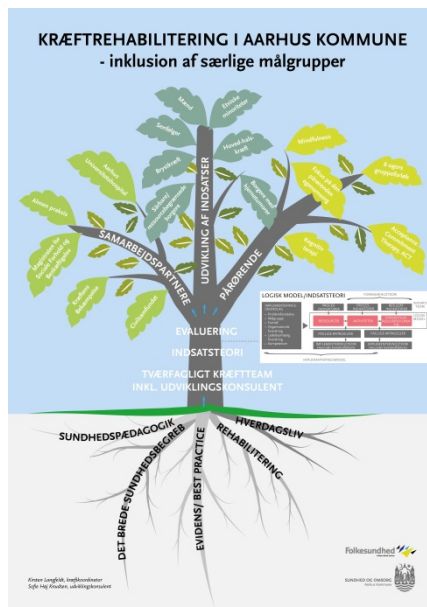
Deltagerne blev inddelt i 30 grupper og kunne i løbet af en lille time frit diskutere barrierer og løsninger. At måle på snakken lød det til, at der blev både givet og hentet masser af inspiration.

Posterpriserne gik til Silkeborg og Aarhus Kommune

Alle konferencedeltagerne havde mulighed for at stemme på den henholdsvis bedste poster og den mest nyskabende idé.



Silkeborg Kommune vandt prisen for den mest nyskabende idé med posteren "Naturkræfter" (se bilag 34), hvor de med billeder, citater og resultater præsenterede et spændende rehabiliteringstilbud til mænd, hvor aktiviteterne understøtter både den mandlige identitet og arbejdsidentitet.



Aarhus Kommune vandt prisen for den bedste poster med "Livstræet - inklusion af særlige målgrupper" (se bilag 4). Posteren viser det tværfaglige samarbejde, fokus på indsatser til forskellige målgrupper, tilbud til pårørende samt det teoretiske og faglige grundlag, som rehabiliteringen bygger på.



Det tværfaglige team fra Aarhus Kommune vandt prisen for den bedste poster med "Livstræet – inklusion af særlige målgrupper". Bagerst fra venstre se Kirstine Gudiksen, Hanne Fabricius, Henriette Dideriksen, og Annette Rumin. Forrest fra venstre: Kirsten Lanefeldt, Sofie Høj Knudsen og Tenna Askjær.

Inspiration og oplæg

Konferencen blev skudt i gang af en række faglige oplæg, som kom godt rundt om udfordringer og muligheder for kommunal rehabilitering til mennesker med kræft.



Professor, centerleder Ann-Dorthe Zwisler, REHPA - Videncenter for Rehabilitering og Palliation bød velkommen til Nyborg, hvor REHPA har sit nye hovedkontor. Sidst på dagen besøgte konferencegæsterne REHPAs nyistandsatte faciliteter til internatophold for patienter med alvorlig, livstruende sygdom.

Kræftrehabiliteringssygeplejerske Lise Bjerrum Thisted fra Rigshospitalet, sundhedskonsulent Lene Paaske fra Greve Kommune og lektor, ph.d. Dorte Gilså Hansen fra Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet gav deres vinkler på, hvilke barriere der står i vejen for at kræftpatienterne bliver henvist til kommunal rehabilitering fra sygehusene og almen praksis.

Undersøgelser viser at nogle grupper, f.eks. socialt dårligt stillede og mænd, kommer sjældnere i den kommunale rehabilitering. Dette emne gav professor Tine Tjørnhøj-Thomsen fra Statens Institut for Folkesundhed, centerchef Jette Vibe-Petersen fra Center for kræft og Sundhed, Københavns Kommune og kræftkoordinator Pia Jensen fra Gladsaxe Kommune deres vinkler på, og kom med deres faglige input til dagens diskussioner.

Slides fra konferencen kan hentes på www.rehpa.dk > Forskning og udvikling > Konferencer og temadage.



Workshops – De bedste løsninger

Efter en god formiddag med spændende og relevante oplæg, blev det tid for repræsentanterne fra de 78 kommuner til at komme med deres bud på, hvordan de rette målgrupper inkluderes i kræftrehabilitering og på muligheder for samarbejde på tværs omkring rehabilitering. Fælles for de kommunale repræsentanter var, at de alle på den ene eller den anden måde arbejder med kræftrehabilitering i hverdagen og således har fingeren på pulsen. Mange forskellige faggrupper var repræsenteret (sygeplejersker, fysioterapeuter, socialrådgivere og andre), og der var således en stor mængde viden og engagement samlet, hvilket gjorde diskussionerne i de forskellige workshopgrupper både interessante og udbytterige. I det følgende er samlet en bred vifte af forslag til, hvordan man fra kommunal side mener, at niveauet for kræftrehabiliteringen kan løftes.

Tema: Hvordan får vi inkluderet de rette målgrupper i kræftrehabilitering?

Grupperne tog udgangspunkt i følgende arbejdsspørgsmål:

- Hvad skal der til for at rekruttere mænd, socialt sårbare og personer med anden etnisk baggrund til rehabilitering?
- Hvordan fastholdes disse grupper?
- Og hvilke barrierer opleves der ude i kommunerne ift. inklusion?

I det følgende opsummeres gruppernes bud på, hvad der er vigtigt i forhold til de tre målgrupper mænd, socialt sårbare og personer med anden etnisk baggrund.

Mænd

Tilbuddene skal appellere til mænd

Der var bred enighed om, at hvis der skal rekrutteres flere mænd til rehabiliteringstilbuddene i kommunerne, må tilbuddene i højere grad appellere til mænd. Rammerne skal være i orden, og hermed menes, at det ikke behøver at være så pænt, da dette ikke bibringer 'mandehørm'. Med mandehørm menes, at mænd kan mødes og være sammen på en maskulin måde. Feminin indretning med småblomstrede puder og anden pynt kan undergrave følelsen af maskulinitet.

Mange mænd vil finde det mere interessant at mødes i fitnesscentret fremfor det lokale plejecenter. Lokale erfaringer viser at mænd generelt deltager i fysik træning, og er de først mødt op til træning, er det lettere efterfølgende at fastholde dem og få dem til at deltage i andre aktiviteter.

Baseret på lokale erfaringer blev det påpeget, at ikke alle mænd er til fodbold; nogle vil gerne være på blandede hold med både mænd og kvinder, hvilket der også skal være plads til.

Der skal være et formål med at samles

Mange af deltagerne oplever at mænd ofte har behov for at have et specielt formål at samles om. Det kan eksempelvis være madlavning, petanque, fodbold eller arrangementer i naturen. De sundhedsprofessionelle oplever at fælles fokus på en konkret aktivitet gør, at det er nemmere at tale sammen om ting, der berører én, end når man sidder ved en rundbordssamtale. Projekt Vildmand er et

konkret lokalt eksempel på, hvordan man med succes har inkluderet kræftramte mænd i rehabiliteringstilbud. Projektet er et tilbud til stressramte eller alvorligt syge mænd i Svendborg Kommune [2]. Flere deltagere på konferencen mente, at det vil være en god ide at afsætte puljemidler til denne type projekter.

Positiv dækning i medierne, eksempelvis i lokalaviser, kan også være med til at øge mænds interesse for rehabilitering, ligesom mund-til-mund metoden har stor reklamemæssig værdi. Projekt Vildmand er her et godt eksempel.

Fra mindre kommuner er der erfaring for at det kan være en god ide at blande sygdomsdiagnoser og evt. gå på tværs af kommuner for at sikre, at der er tilstrækkeligt patientgrundlag til etablering af deciderede mandehold. I Region Hovedstaden er seks kommuner (Rødovre, Gladsaxe, Furesø, Herlev, Ballerup og Egedal) gået sammen i et tværkommunalt samarbejde og har startet projektet: *‘Vi samler kræfterne’*, hvor der er fokus på at oprette målrettede rehabiliteringstilbud til eksempelvis mænd [3] (se bilag 2).

Færre mænd henvises

De sundhedsprofessionelle oplever at en af barriererne ift. mænd og rehabilitering kan være, at færre mænd end kvinder henvises/visiteres til tilbuddene. Mænd får simpelthen ikke den samme information om rehabiliteringstilbud som kvinder. Derudover modtager nogle mænd rehabiliteringstilbud på hospitalerne (fx patienter med prostatakræft), og er således ikke kandidater til kommunal rehabilitering.

Udslusning er vigtig

Flere kommuner havde en oplevelse af, at når mændene først er startet i et rehabiliteringsforløb, så er det ikke et problem at fastholde dem. Til trods for dette mente flere at det kan være en god ide med udslusningsforløb, som sikrer, at overgangen fra rehabilitering til ’normal’ tilværelse foregår så nemt så muligt, fx ved at deltagerne fortsætter i et andet forløb. Dette kan eksempelvis ske ved kontakt mellem kommuner, Kræftens Bekæmpelse og idrætsforeninger, fitnesscentre, AOF og lignende.

Socialt sårbare

Skræddersyede indsatser og timing

I forhold til socialt sårbare syntes flere af deltagerne at det er afgørende at lave en skræddersyet indsats, så sårbare borgere oplever, at der også findes et tilbud til dem, som måske ikke passer ind i et standardiseret tilbud som eksempelvis fysisk træning. Erfaringen er at timingen spiller en stor rolle, da det er afgørende, at denne gruppe fanges, når de er klar til et rehabiliteringsforløb. God kommunikation mellem de forskellige kommunale instanser (hjemmepleje, socialrådgiver, bostøtte, socialpsykiatri osv.) kan være med til at sikre dette. Der kan evt. afholdes møder med konsulenter fra Kræftens Bekæmpelse og de forskellige instanser i kommunen for at optimere samarbejdet. Det er vigtigt med rummelighed omkring sårbare borgere, så de ikke ekskluderes pga. manglende fremmøde.

Erfaringen er at de skræddersyede tilbud, som passer godt til sårbare borgere, kan være vanskelige at implementere i praksis, da de er mere omkostningstunge end standardiserede tilbud. Her kan frivillige spille en vigtig rolle.

En opsøgende indsats og en gennemgående kontaktperson

De Sundhedsprofessionelle giver udtryk for at de sårbare borgere ofte siger nej, når de på hospitalet tilbydes kommunal rehabilitering, og de henvises derfor ikke til kommunen. Det har man fundet en løsning på i Aalborg Kommune. Her bliver alle kræftpatienter enten henvist til et tilbud i kommunen i forbindelse

med afsluttet behandling, eller der sendes udskrivningsbrev til egen læge, så det sikres, at ingen falder udenfor systemet. Hvis patienten ikke møder op af sig selv indenfor tre måneder, bliver han/hun kontaktet af kommunen med henblik på evt. rehabilitering. Herved forventes det at chancen øges for at få de socialt sårbare inkluderet i rehabilitering. I den sammenhæng kan det have stor betydning, at sårbare har en kontaktperson, mentor, kræftkoordinator eller lignende, som sørger for at relevante tiltag bliver tilbudt og løbende hjælper og opmuntrer borgeren til at holde fast i rehabiliteringstilbud. Flere og flere steder har Kræftens Bekæmpelse etableret navigator-ordninger [4], som er en målrettet indsats til forbedring af kræftforløbet for sårbare patienter. Ordningen går ud på, at en frivillig person matches med en kræftpatient og står til rådighed 3 timer om ugen til emotionel og logistisk støtte i forbindelse med udredning, kræftbehandling og rehabilitering.

Gratis transport

Flere kommuner peger på vigtigheden af gratis transport til og fra indsatsen, da det ellers kan være en uoverskuelig barriere i forhold til deltagelse i rehabiliteringstilbud. Det kan imidlertid være problematisk, da den enkelte kommunes økonomi spiller ind.

Personer med anden etnisk baggrund

Skræddersyede indsatser

Mange kommuner modtager sjældent henvisninger fra personer med anden etnisk baggrund, og de har derfor ikke særlig stor erfaring med denne gruppe. Det er usikkert, om det er fordi, denne gruppe ikke henvises til rehabilitering, eller fordi de takker nej til tilbuddene. Der er enighed om, at der er brug for skræddersyede indsatser for at nå personer med anden etnisk baggrund.

Vær til stede i nærområdet

Deltagernes erfaringer ift. denne gruppe er, at de nemmest nås i deres nærområde, hvor de føler sig mest trygge. Det kan eksempelvis være via sundhedstjek i de områder, hvor de bor eller ved at lade rehabiliteringstilbuddene foregå i nærområdet.

Vælg rehabiliteringstilbud med omhu

Nogle deltagere mener, at der kan være god mening i at starte med rehabiliteringstilbud omhandlende eksempelvis kost og ernæring, da de psykosociale emner kan være svære at tale om, da kulturen kan være meget forskellig fra den danske.

Samarbejde internt i kommunen

Også i sammenhæng med den etniske minoritetsgrupper er det vigtigt med et godt samarbejde mellem de forskellige instanser i kommunen, så man opnår kontakt til de etniske minoriteter, og de derved hjælpes bedst muligt.

Opsøgende indsatser

For at opnå og fastholde kontakten er de kliniske erfaringer at man være vedholdende og opsøgende. Det kan i nogle tilfælde tage lang tid før den kræftramte er klar til at starte i et rehabiliteringsforløb. Som i forbindelse med inklusion af mænd i rehabiliteringen er mund-til-mund vigtig i denne kontekst, så de gode historier kommer rundt i miljøet.

Som hos de sårbare borgere, kan en mentorordning være en god ide. Det kan være en mentor med den samme kulturelle baggrund som den kræftramte, men det kan også være en etnisk dansker med kendskab til og interesse for andre kulturer. Kræftens Bekæmpelse har iværksat et pilotprojekt med frivillige i Aalborg

og Aarhus Kommuner, hvor fokus er på at informere og udbrede viden om kræft og Kræftens Bekæmpelses patientstøttetilbud blandt etniske minoriteter. Aktiviteterne foregår i nærområdet.

Tag hensyn til kønnene

Nogle kommuner har positive erfaringer med at adskille kønnene i rehabiliteringstilbuddene. I Vollsmose har der eksempelvis været etableret svømmetilbud kun til kvinder, hvilket kan være oplagt at overføre til et rehabiliteringstilbud. Kommunen kan også sørge for, at der er børnepasning mens kvinderne deltager i rehabiliteringstilbud, da det ellers for mange kan være vanskeligt at komme ud ad døren.

Sproglige og kulturelle barrierer

En anden barriere for etniske minoritetsgrupper er sproget. Der er ikke altid økonomiske ressourcer i kommunen til tolk og desuden taler de etniske minoriteter ofte mange forskellige sprog (fx tyrkisk, arabisk, farsi, bosnisk, urdu, somali), hvilket stiller store krav til udbuddet af tolke. Frivillige tolke kan være løsningen på denne problematik, og godt informationsmateriale på det relevante sprog er af stor vigtighed.

Det at have kræft, kan af kulturelle årsager være tabubelagt; den kræftramte har måske ikke engang talt med sine pårørende om diagnosen, hvilket gør det sværere at deltage i rehabiliteringstilbud.

Rummelighed

Mange af deltagerne beskrev, at det er vigtigt i forhold til fastholdelse at man er rummelig og accepterer, at der indimellem er afbud på trods af en person har tilmeldt sig et tilbud.

Tema: Hvordan kan vi samarbejde på tværs om kræftrehabilitering?

Grupperne tog udgangspunkt i følgende arbejds spørgsmål:

- Hvordan understøttes samarbejdet om rehabilitering mellem afdelinger og enheder i kommunen og hvad er de gode eksempler?
- Hvordan understøttes samarbejdet mellem kommuner? Hvad er de gode eksempler?
- Hvilke barrierer oplever I i dag i forhold til at samarbejde på tværs internt og på tværs af kommuner?

I det følgende opsummeres gruppernes diskussion.

Samarbejde internt i kommunen

Flere af deltagerne beskrev at det i kommunen er en god ide at etablere rehabiliteringsteams med repræsentanter fra de forskellige afdelinger. Det kan være en øjenåbner i forhold til, hvordan der arbejdes med rehabiliteringen de andre steder og kan derved forbedre samarbejdet om patienten. Det gælder særligt i store kommuner, hvor man ikke i så høj grad kender hinanden og hinandens arbejde/faglighed. Jo bedre arbejdsrelationerne er, jo nemmere bliver det at samarbejde. Ideelt kan man samle rehabiliteringsteams med repræsentanter fra forskellige faggrupper under samme tag. Der skal være faste procedurer for samarbejdet med navngivne personer og ledelsesmæssig opbakning. Tværfaglige konferencer/ rundbordssamtaler om borgerne er tidskrævende, men vil tjene sig ind, idet borgeren mødes med en mere helhedsorienteret tilgang, ligesom det giver mulighed for at ramme det rette tidspunkt for interventionen. Ligeledes kan møderne bidrage til at skabe tværfaglige tilbud, så der eksempelvis ikke kun

er fokus på den fysiske træning, men også på borgernes jobsituation, psykosociale tilstand osv., ligesom samarbejdet med hjemmeplejen også kan bedres på denne måde.

Nogle af deltagerne beskrev at en frivillig, fx en navigator kan spille en rolle i samarbejdet mellem de forskellige forvaltninger i kommunen ved at hjælpe patienten med at navigere mellem de forskellige instanser.

Samarbejde mellem kommune og hospital

På konferencen blev der foreslået forskellige måder, hvorpå samarbejdet mellem kommune og hospitalsafdelinger kan forbedres. Enkelte kommuner har en medarbejder, som er delt mellem kommune og hospital – en slags brobygger, som skal hjælpe patienten i overgangen mellem sektorerne [5]. Generelt skal der udvikles en bedre samarbejdskultur, hvor kommunen eksempelvis besøger hospitalet. Som eksempel har en kommune brugt opfølgningsprogrammerne som anledning til at tage ud på hospitalet for at forbedre samarbejdet.

I forhold til henvisninger fra hospital til kommune, er der flere måder at få fat i de patienter/borgere, der har brug for rehabiliteringstilbud. Et forslag går på, at alle patienter efter afsluttet behandling bliver spurgt, om der må sendes besked til hjemkommunen om gennemgået/afsluttet kræftforløb, og om de må kontaktes vedrørende rehabiliteringstilbud. Ved accept fra borgeren, sendes henvisning, hvorfra kommunen overtager. Dette er i stil med "Aalborg-modellen", hvor patienterne, når de afsluttes på hospitalet, alene siger ja til at blive kontaktet efter 3 måneder. På dette tidspunkt er de fleste bedre i stand til at afgøre, om de har brug for rehabiliteringstilbud eller ej.

Flere af deltagerne nævnte, at det er vigtigt, at der sendes henvisninger til alle kommuner – selv de steder hvor man mangler tilbud, idet øget efterspørgsel er medvirkende til at få etableret tilbud. Kommunen vil i alle tilfælde finde noget til borgeren, også selvom det ikke altid er det mest optimale forløb.

Samarbejdet mellem kommuner

Blandt workshoppenes deltagere var der enighed om, at samarbejdet mellem kommunerne kan forbedres ved afholdelse af temadage/netværksmøder, og ved at der følges op på disse. Det kan være i form af tværkommunale grupper, evt. med deltagelse af Kræftens Bekæmpelse og sygehusafdelinger. Patientforeninger blev foreslået som bindeled mellem kommunerne, ligesom det blev foreslået, at der oprettes specialgrupper til at vurdere/revurdere de enkelte tilbud. Et andet forslag var, at hver kommune kan have sit specielle kompetenceområde (eksempelvis rehabilitering efter brystkræft). Specielt for små kommuner, kan det være fordelagtigt at samarbejde på tværs for at kunne tilbyde de rette rehabiliteringstilbud. En anden mulighed kan være at oprette "mobile" rehabiliteringstilbud, som kan køre mellem kommunerne (i stil med biblioteksbusen), således at borgere, som har svært ved at deltage i de etablerede tilbud også nås (fx enlige mødre, sårbare grupper eller etniske minoriteter).

Som eksempel på et samarbejde på tværs er tidligere nævnt samarbejdet mellem seks kommuner i Hovedstadsregionen "*Vi samler kræfterne*". På samme måde har 7 kommuner i Region Sjælland (Faxe, Greve, Køge, Lejre, Roskilde, Solrød og Stevn) etableret et samarbejde med praktiserende læger og sygehusafdelinger i regionen: "*Et tilbud til dig, der har eller har haft kræft*" [6] (se bilag 1). Endvidere findes i Region Midtjylland et eksempel på et særligt netværk bestående af Kræftens Bekæmpelse, de midtjyske kommuner og regionen. KOSAK-projektet viser også hvordan, man har samarbejdet på tværs af de midtjyske kommunegrænser. KOSAK-projektet var et udviklingssamarbejde om rehabilitering ved kræft hos borgere i den erhvervsaktive alder i Herning, Randers, Skive og Viborg i samarbejde med MarselisborgCentret [7]. I forbindelse med samarbejde er det vigtigt, at alle parter er parate til at indgå

kompromiser, så der opnås enighed om udformning af skemaer, pjecer, typer af tilbud, hjælp til transport og lignende.

Barrierer i samarbejdet internt og på tværs af kommuner?

I forhold til samarbejdet internt i kommunen nævnte flere af deltagerne at kræftrehabilitering konkurrerer med andre opgaver, idet der ikke er uanede midler. Derudover har de forskellige afdelinger forskellige dagsordner, hvilket kan gøre det svært at samarbejde. I store kommuner kender man ikke meget til hinandens arbejde. Samtidig er journalsystemet flere steder lukket mellem de forskellige enheder, hvorfor man ikke har så god mulighed for at orientere sig om den enkelte borger, og oplysninger om borgeren må som bekendt ikke deles uden samtykke.

Tværkommunale samarbejder er ikke uproblematisk. Fx kan store geografiske afstande være en udfordring, dels fordi borgerne gerne vil undgå for megen transporttid og dels fordi det kan være vanskeligt for borger eller kommune at betale for transporten. Det tværkommunale samarbejde kan endvidere vanskeliggøres, når kommunerne er meget forskelligt organiserede.

Konklusion

De mange inputs fra de kommunale repræsentanter, som deltog i rehabiliterings-konferencen, viser med al tydelighed, at der rundt omkring i de forskellige kommuner er sat gode tiltag i gang med det mål at inkludere så mange forskellige målgrupper som muligt i diverse rehabiliteringstilbud. Mange steder er der kommet øget fokus på at forbedre samarbejdet både internt i kommunerne og på tværs af kommunegrænser. Kommunerne er meget bevidste om de udfordringer/barrierer, som eksisterer, og klar over, at rehabilitering inden for kræftområdet skal prioriteres, hvis man vil nå et mål om, at alle mennesker med behov for kræftrehabilitering rent faktisk også tilbydes dette.

Rapporten og de mange gode input fra konferencen er tilgængelig på www.rehpa.dk og vil blive inddraget i det videre arbejde med rehabilitering af kræfttramte i regi af REHPA, KL og Kræftens Bekæmpelse.



Referencer

1. Folkesundhed, S.I.f., *Vi, mænd og kræftrehabilitering*. Report.
2. Svendborg, K., <https://www.svendborg.dk/nyheder/nyheder/vilde-maend-paa-skovtur-0>. 2015.
3. Ballerup, K., *Vi samler kræfterne* http://www.ballerup.dk/sites/default/files/sbsys_copy2/Publication555/Enclosures/Notat%20om%20Vi%20samler%20kr%C3%A6fterne-%20til%20Social-%20og%20Sundhedsudvalget%20april%202015.pdf.
4. Bekæmpelse, K., *Navigatørprogram for kræftpatienter*. 2015.
5. Hvidovre, K., *Støtte til livet med kræft*.
6. Roskilde, K., *Et tilbud til dig, der har eller har haft kræft* <http://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/roskildesygehus/Afdelinger/onkologisk-afdeling/afsnit-og-funktioner/Sider/PjeceKraeft.aspx>.
7. Marselisborgcentret, *Rehabilitering hos borgere med kræft*. 2009.

Bilag: Postere præsenteret på konferencen

Posterne, som blev vist på konferencen, er samlet som bilag. Alle deltagere var opfordret til at medbringe en poster, der præsenterede hvordan de aktuelt arbejder med kræftrehabilitering i kommunen.

Posterne præsenteret i alfabetisk rækkefølge efter kommunenavn.

Bilag	Kommune(r)	Side		Bilag	Kommune	Side
1	Samarbejde på tværs af syv kommuner - Faxe, Greve, Køge, Lejre, Roskilde, Solrød og Stevns Kommune	15		22	Kolding Kommune	40-43
2	Vi samler kræfterne – Et tværsektorielt samarbejde om rehabilitering og palliation ved kræft - Ballerup, Gladsaxe, Herlev, Rødovre, Egedal og Furesø Kommune samt Herlev og Gentofte Hospital	16		23	Lolland Kommune	44
3	Kræftrehabilitering – Et tværkommunalt samarbejde mellem Albertslund, Brøndby og Glostrup Kommune	17		24	Middelfart Kommune	45
4	Aarhus Kommune	18		25	Morsø Kommune	46
5	Billund Kommune	19		26	Næstved Kommune	47
6	Brønderslev Kommune	20		27	Nordfyns Kommune	48
7	Dragør Kommune	21		28	Nyborg Kommune	49
8	Esbjerg Kommune	22		29	Randers Kommune	50
9	Faaborg-Midtfyn Kommune	23		30	Rebild Kommune	51
10	Fredericia Kommune	24		31	Region Midtjylland	52-53
11	Frederiksberg Kommune	25		32	REHPA – Videntcenter for Rehabilitering og Palliation	54
12	Frederikshavn Kommune	26		33	Roskilde Kommune	55
13	Guldborgsund Kommune	27		34	Silkeborg Kommune	56
14	Haderslev Kommune	28		35	Skanderborg Kommune	57
15	Halsnæs Kommune	29		36	Skive Kommune	58
16	Helsingør Kommune	30		37	Slagelse Kommune	59
17	Herning Kommune	31		38	Sorø Kommune	60
18	Holbæk Kommune	32		39	Svendborg Kommune	61
19	Hvidovre Kommune	33		40	Tårnby Kommune	62
20	Høje-Taastrup Kommune	34		41	Vejen Kommune	63-64
21	Københavns Kommune	35-39		42	Vesthimmerlands Kommune	65

Bemærk: Nogle af posterne er i A3-format, så vælg "Tilpas" eller "Formidsk store sider", hvis du printer rapporten.

Samarbejde på tværs af 7 kommuner

En fordel for borgeren med kræft

Baggrund og indledning:

Kommunerne Faxe, Greve, Køge, Lejre, Roskilde, Solrød og Stevn har siden 2009 samarbejdet tværkommunalt omkring forløbsprogrammer for borgere med kronisk sygdom, samarbejdet blev siden udvidet på tværs af sektorer. Erfaringerne fra tværkommunalt samarbejde er siden 2013 udvidet til også at omfatte borgere med kræft ud fra det nationale forløbsprogram på området.

I 2015 blev der etableret en tværsektoriel kræft og palliationsgruppe med repræsentanter fra ovenstående kommuner, repræsentanter fra Roskilde og Køge Sygehuse samt Kræftens Bekæmpelse.

Formål:

- At implementere det nationale forløbsprogram og Region Sjællands implementeringsplan omkring kræftrehabilitering og palliation
- At udvikle og implementere en samarbejdsmodel, der skaber kvalitet, ensartethed og letter overgange mellem sektorer for borgere /patienter med en kræftsygdom

Organisering:

Den tværkommunale gruppe refererer til de respektive sundhedschefer.

Den tværsektorielle gruppe refererer til KSS forum(kommunalt samarbejdsforum for somatik)

Tidsplan og økonomi:

Den tværkommunale gruppe mødes ca. 4-6 gange årligt mens den tværsektorielle gruppe mødes ca. 3 gange årligt. Formandsskabet varetages af en af kommunerne. Personaleressourcer og tidsforbrug afholdes indenfor hver sektors budget.

Den tværkommunale gruppes resultater:

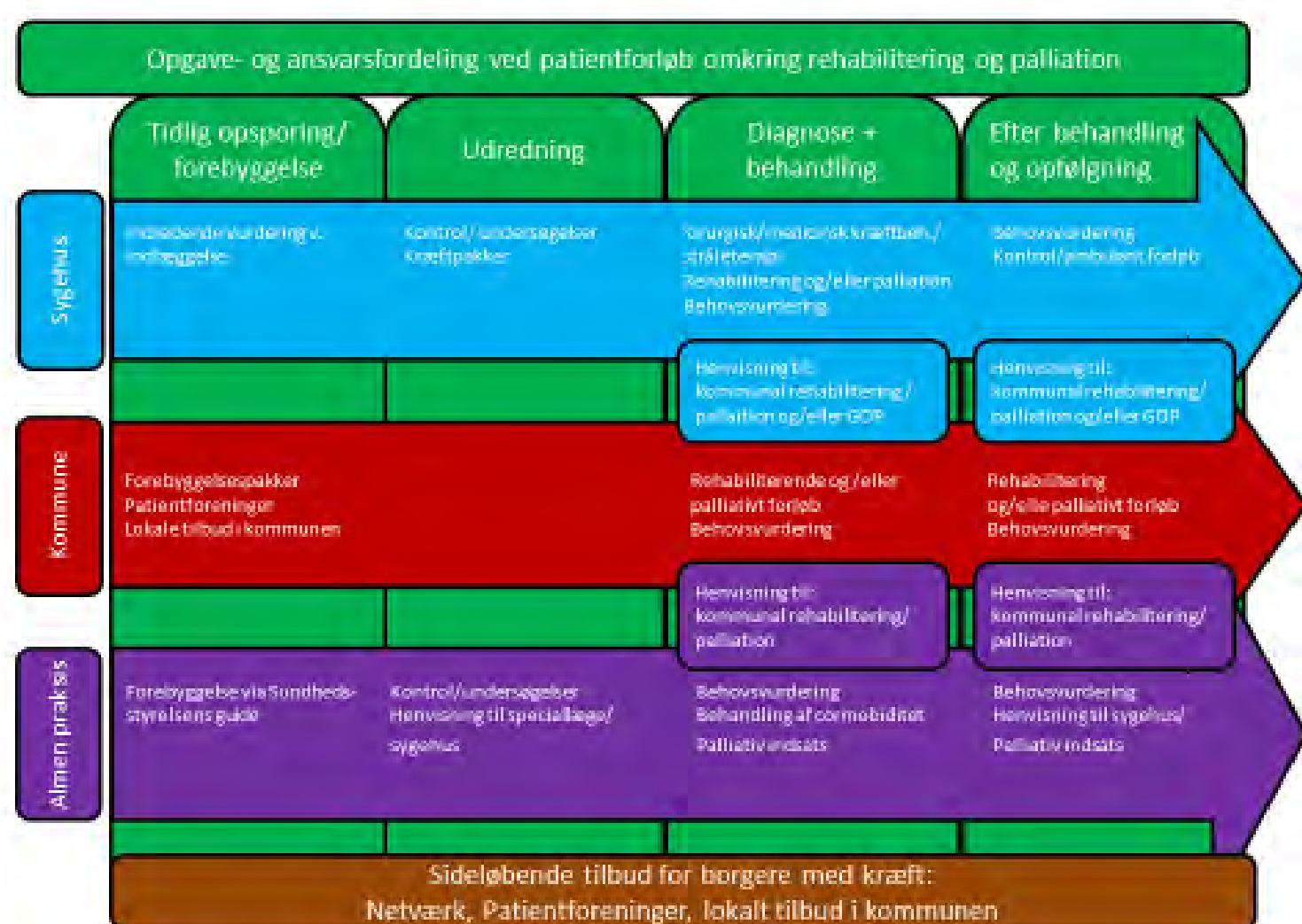
- fælles pjece
- henvisningsblanket/ visitationsfraser i dialog med repræsentanter fra almen praksis og sygehuse
- skabt mulighed for at gøre brug af indsatser på tværs af kommunegrænser
- indgået aftaler om opgave- og ansvarsfordeling, koordinering, kommunikation mellem sektorer
- afholdt tværgående kompetenceudvikling
- løbende dialog og vidensdeling i forhold til de udfordringer der løbende opstår
- afprøvet fælles monitorering af data med henblik på langsigtet effekt af indsatserne mellem sektorerne

Den tværkommunale gruppes udviklingsopgaver:

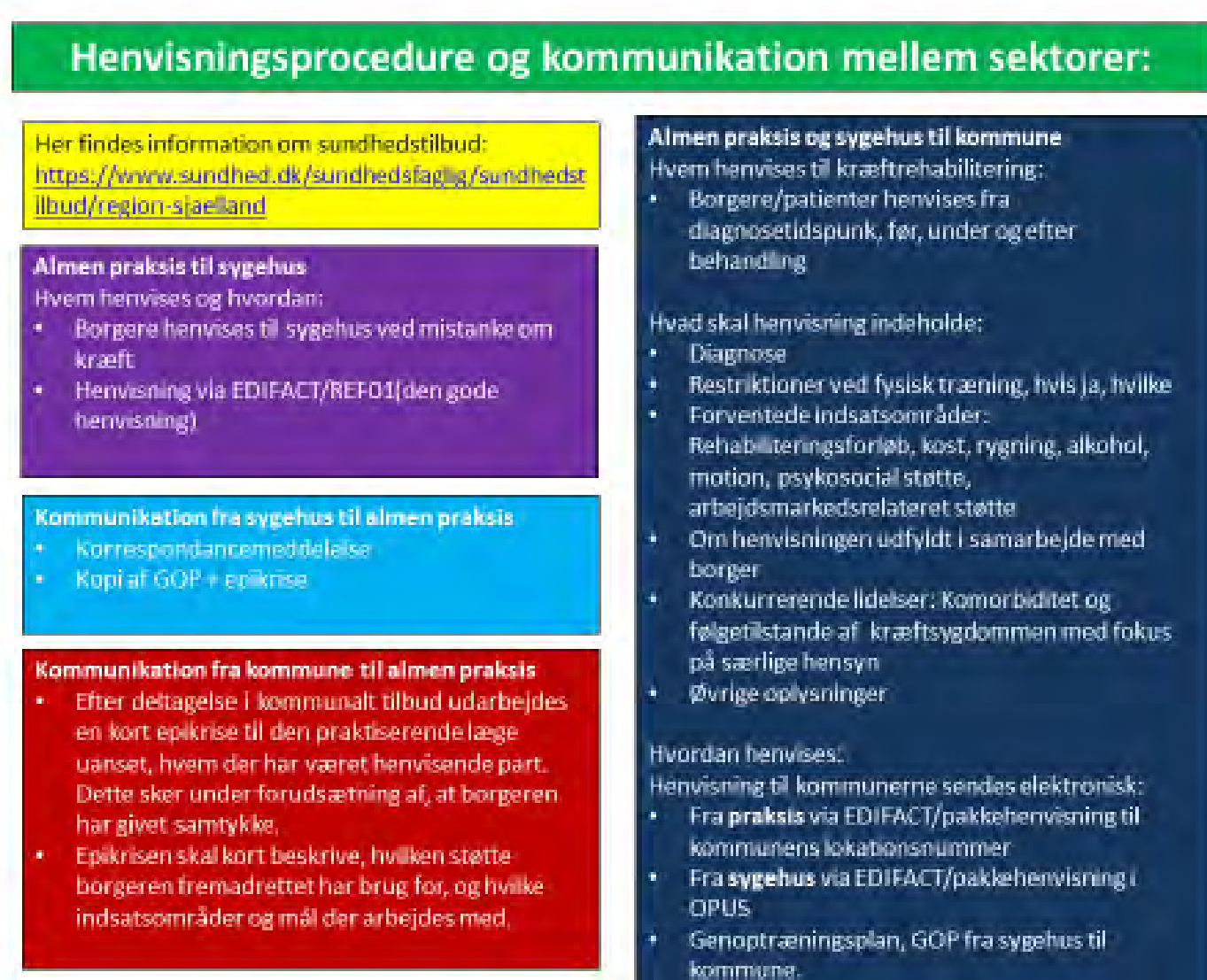
- udvikle og styrke det tværsektorielle samarbejde
- indgå aftaler om opgave- og ansvarsfordeling, koordinering, kommunikation mellem sektorer
- kompetenceudvikle på tværs af sektorer
- have dialog og vidensdeling i forhold til de udfordringer der opstår
- udvikle arbejdsredskaber der letter sektorovergange
- videreføre og udvikle aktiviteter

Eksempler på udarbejdet materiale:

Flowchart tværsektorielt



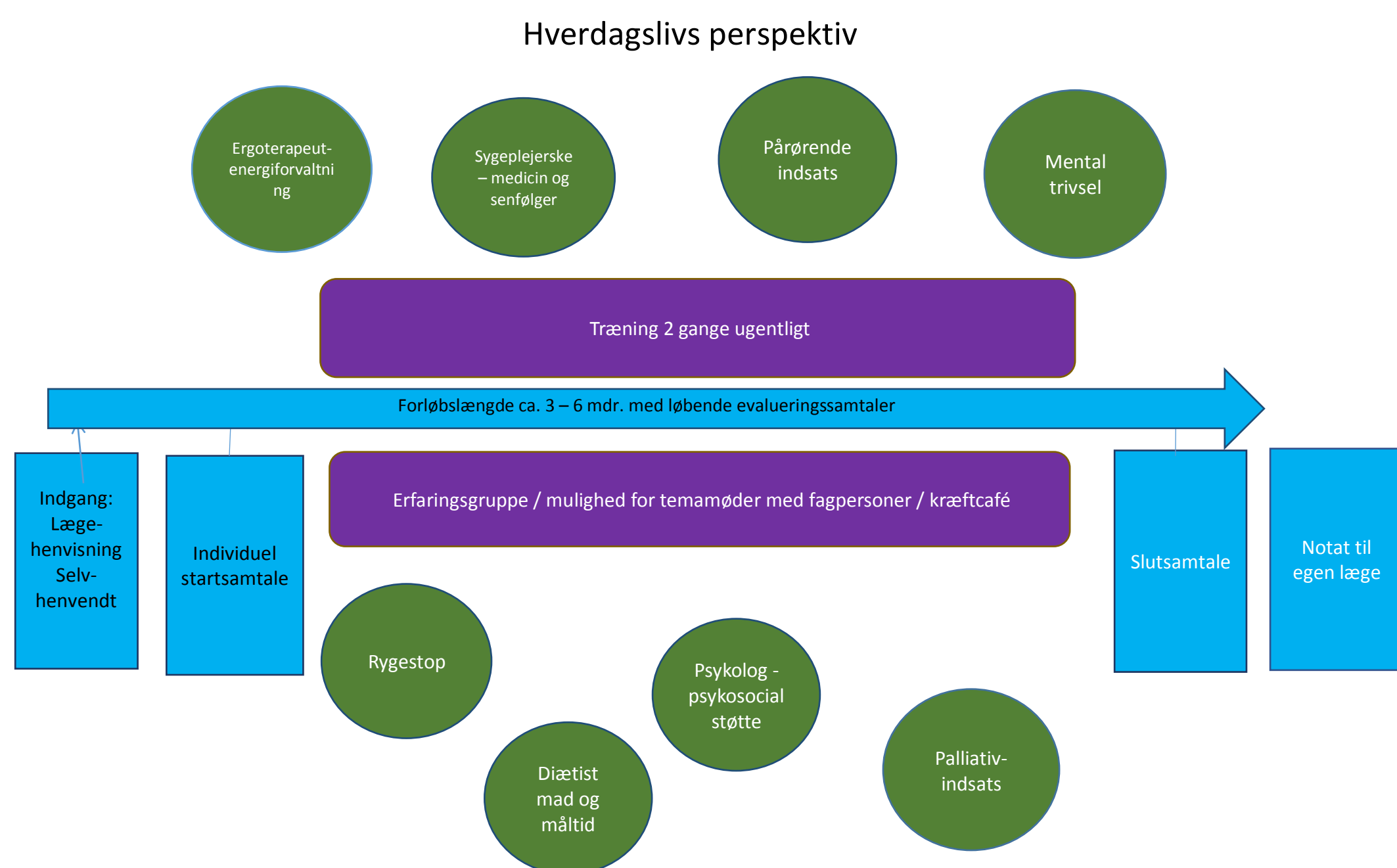
Korrespondance på tværs af sektorer



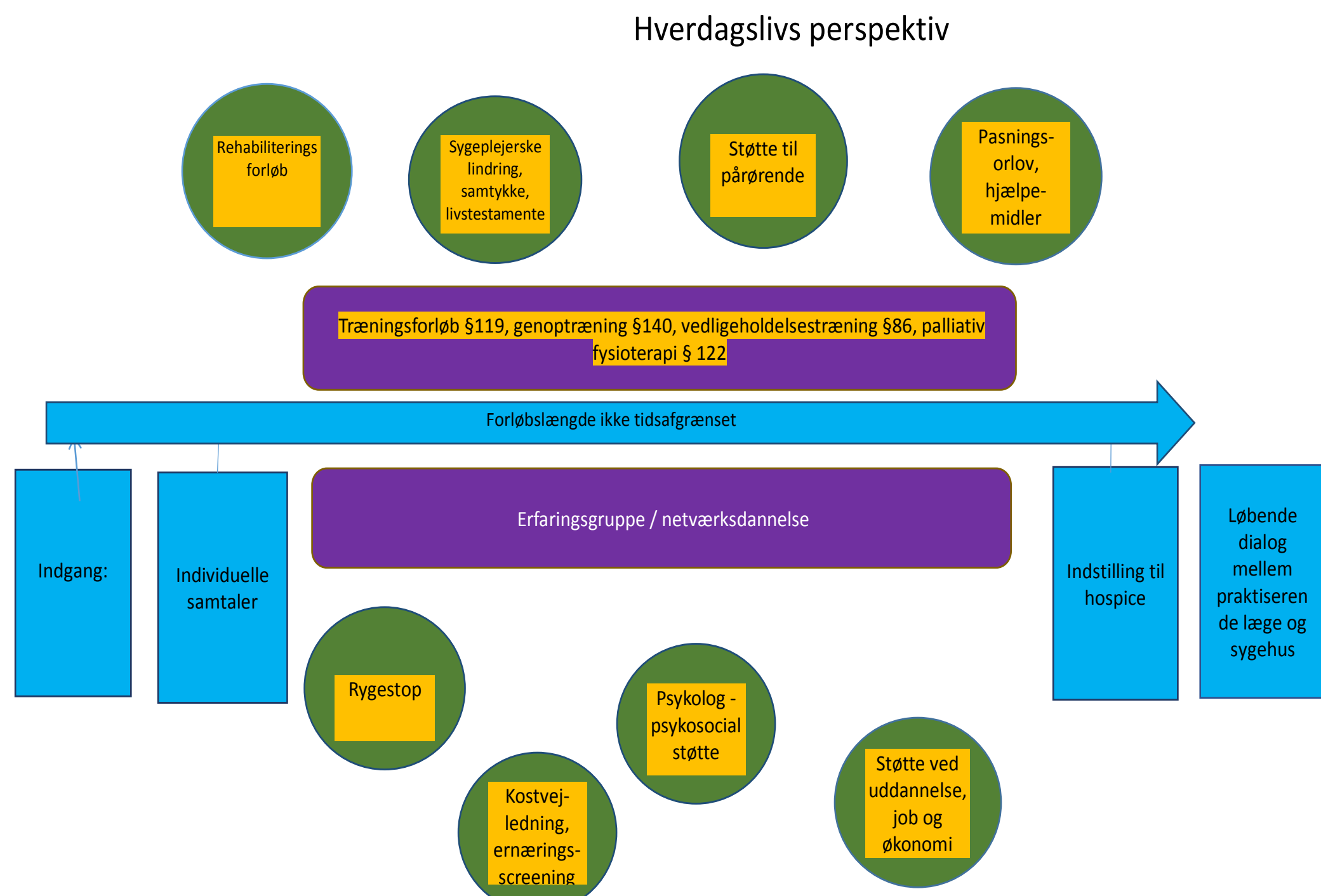
Fælles pjece



Fælles model omkring indhold i kræftrehabilitering



Fælles model omkring indhold i palliativ indsats



Kontaktperson:

Vibeke Bastrup, Sundhedskonsulent, Faxe Kommune
mail: viba@faxekommune.dk / telefon: 56 20 33 85



Vi Samler Kræfterne

– Et tværsektorielt samarbejde om rehabilitering og palliation ved kræft

INTRO

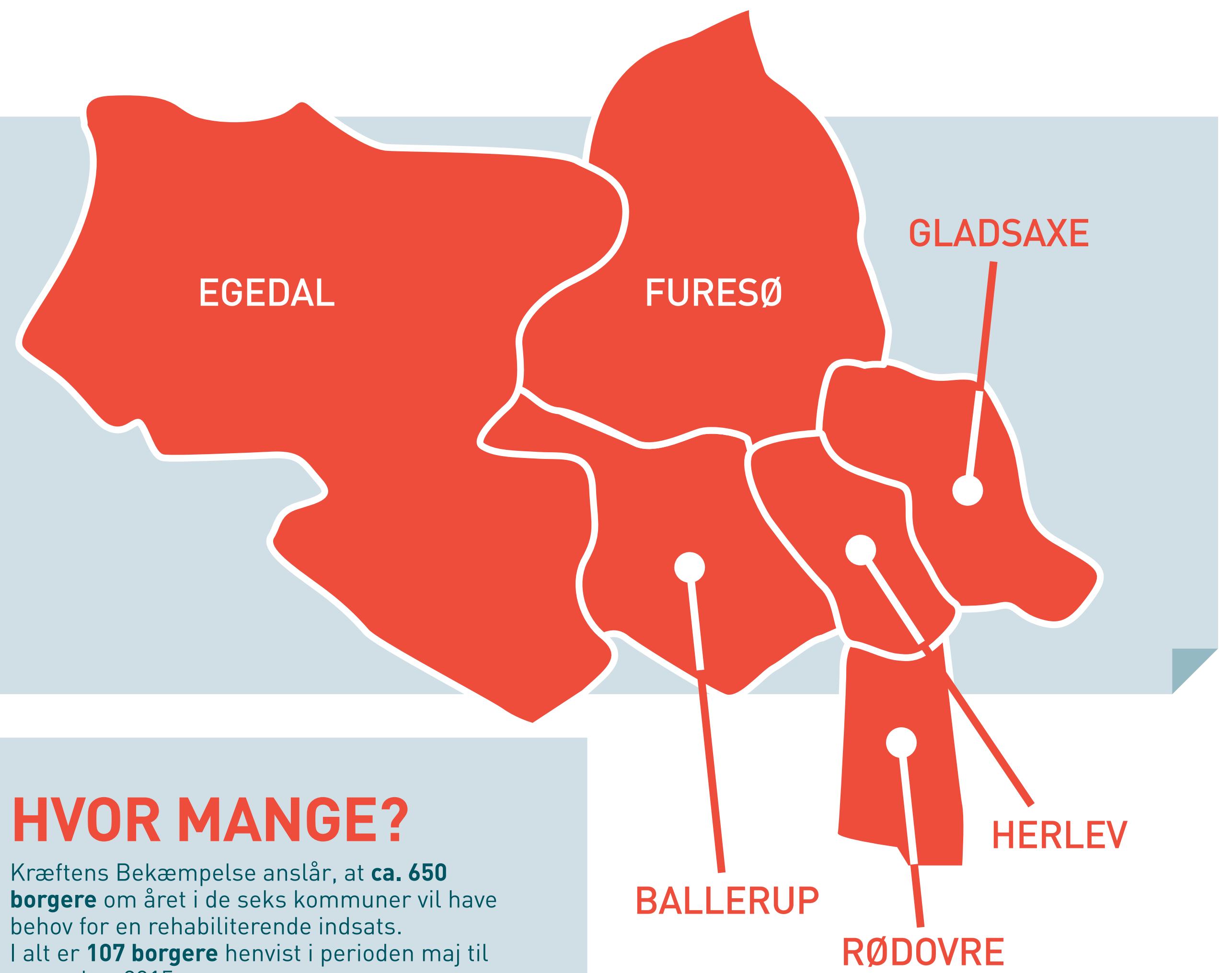
Ballerup, Gladsaxe, Herlev, Rødovre, Egedal og Furesø Kommune er gået sammen med Herlev og Gentofte Hospital om at sikre en hurtig, målrettet og koordineret støtte til kræfttramte borgere.

Samarbejdet hedder 'Vi Samler Kræfterne'. Her udnytter kommunerne hinandens ekspertiser og faciliteter til at skabe flere, bedre og mere målrettede tilbud, der støtter den enkelte borger til at leve det liv, de ønsker, både under og efter sygdom. Det er bl.a. fysisk træning, netværksgrupper og patientundervisning.

MÅLGRUPPE

Tilbuddet er for borgere i Ballerup, Gladsaxe, Herlev, Egedal, Furesø og Rødovre Kommune, som:

- Er under behandling for en kræftsygdom, eller har afsluttet behandlingen inden for de seneste 2 år.
- Er i risiko for eller har fået betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne som følge af en kræftsygdom eller behandlingen heraf.
- Har senfølger konstateret og diagnosticeret op til 5 år efter endt behandling.



MÅL

Der ligger seks overordnede mål til grund for det tværkommunale samarbejde

- Øget faglig kvalitet**
Det tværkommunale samarbejde skal sikre, at borgerne får et tilbud af høj faglig kvalitet med henblik på, at borgerne får størst muligt udbytte af tilbuddet.
- Fælles kvalitetsstandarder og ensartede tilbud**
Borgerne skal sikres et ensartet tilbud.
- Inddragelse af eksterne samarbejdspartnere herunder frivillige**
Det tværkommunale samarbejde sikrer, at borgerne fastholder opnåede kompetencer

og funktion gennem involvering i eget forløb og tilknytning til aktiviteter, der forestås af eksterne aktører.

- Borgernes mobilitet på tværs af kommunegrænserne**
Borgere med kræft tager imod rehabiliterings-tilbud, også tilbud der ligger i en anden kommune.
- Mellemkommunal udgiftsneutralitet**
Det tværkommunale samarbejde skal være økonomisk neutralt.
- Højere grad af organisatorisk robusthed og forsyningssikkerhed**
Det tværkommunale samarbejde skal sikre, at borgerne hurtigt får tilbudt et relevant tilbud.

HVOR MANGE?

Kræftens Bekæmpelse anslår, at **ca. 650 borgere** om året i de seks kommuner vil have behov for en rehabiliterende indsats. I alt er **107 borgere** henvist i perioden maj til november 2015:

- Hold for kvinder opereret for brystkræft: 53
- Mandehold: 36
- Livskraft: 12
- Bækkenbundstræning for mænd: 5
- Hoved-Hals kræft: 1

EN AF DE BEDSTE TING VED KURSET ER "PAUSESNAKKEN".

DELTAGERNES ÆRLIGHED OG DE MANGE GODE RÅD HAR GIVET MIG STØRRE BEVIDSTHED OM MIN SITUATION – DET SÆTTER TANKER I GANG.

DELTAGER FRA EGEDAL, GIK PÅ 'LIVSKRAFT' I BALLERUP

BORGERE MED KRÆFT
Fysisk træning for borgere med kræft



MÆND MED KRÆFT
Fysisk træning for mænd med kræft



KVINDER OPERERET FOR BRYSTKRÆFT
Fysisk træning for kvinder opereret for brystkræft



UNGE MED KRÆFT
Fysisk træning og netværksgruppe for unge med kræft



BÆKKENBUNDSTRÆNING FOR MÆND
Bækkenbundstræning til mænd med prostatakræft



HOVED-HALSKRÆFT
Træning, undervisning og netværksgruppe for borgere med hoved- og halskræft



LIVSKRAFT
Kursus for hold: Livskraft



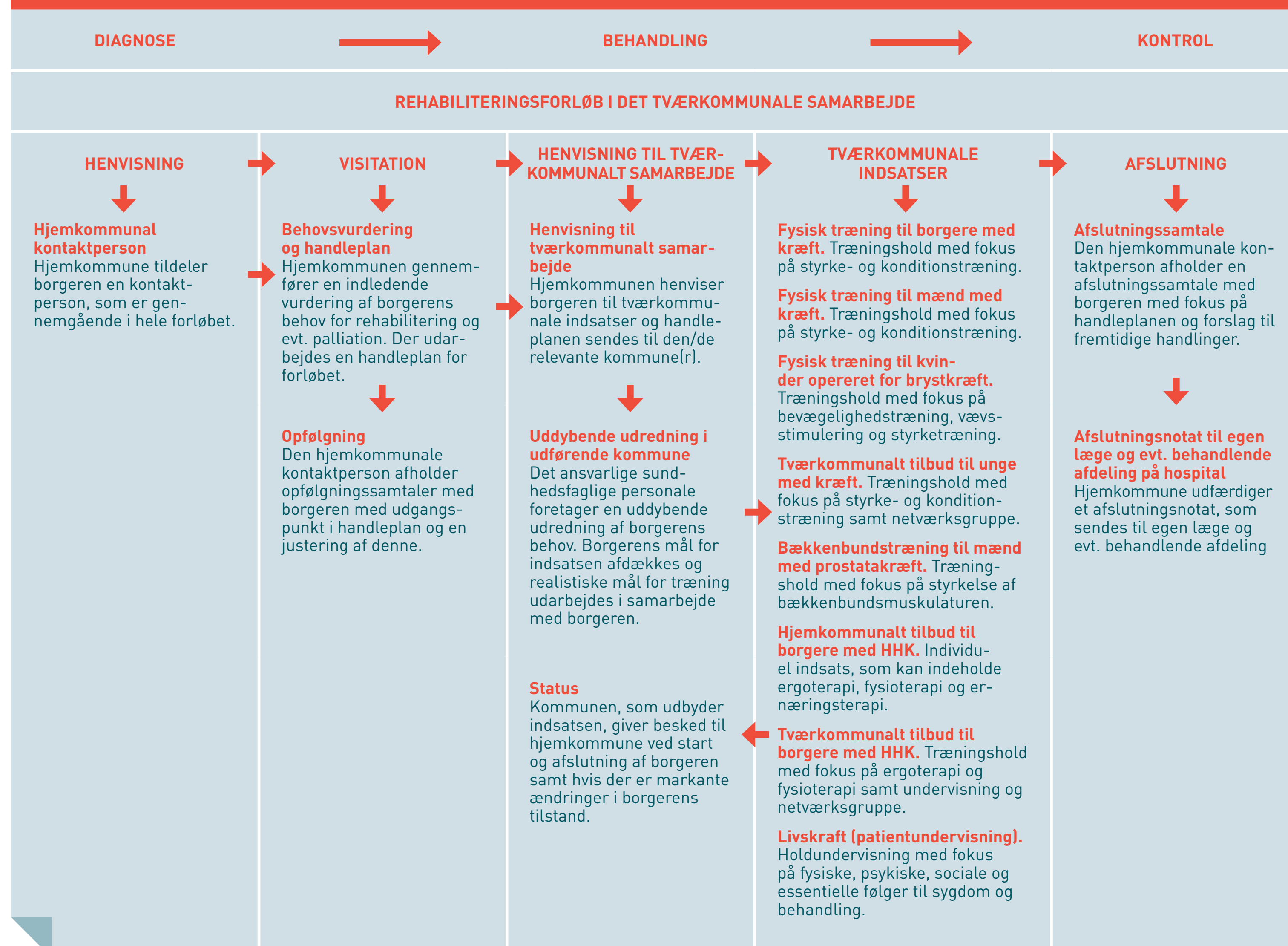
JEG STARTEDE MED AT TRÆNE I RØDOVRE, OG DA JEG FIK FLERE KRÆFTER, KOM JEG TIL KILDEGÅRDEN. HER KUNNE JEG TRÆNE **SAMMEN MED ANDRE MÆND.** DER VAR EN FED HÅNDVERKER-JARGON, OG VI KUNNE FORSTÅ HINANDENS STYRKER, SVAGHEDER OG GALGENHUMOR.

DELTAGER FRA RØDOVRE, GIK PÅ 'MANDEHOLDET' I GLADSAXE

LIGE DA JEG HØRTE, AT JEG SKULLE TRÆNE I FURESØ, SYNTES JEG, AT DET VAR LANGT VÆK. MEN JEG ER SUPER GLAD FOR AT KOMME HER. DET ER RART AT VÆRE SAMMEN MED ANDRE **MED SAMME DIAGNOSE.** VI STØTTER OG ROSER HINANDEN, DET HAR STOR BETYDNING.

DELTAGER FRA BALLERUP, GIK PÅ HOLDT 'KVINDER OPERERET FOR BRYSTKRÆFT' I FURESØ

SYGDOMSFORLØB FOR BORGERE MED KRÆFT



FÆLLES

- Projektleder
- Informationsmateriale
- Kvalitetsstandarder
- Dokumentationsredskaber
- Fælles monitorering og evaluering
- Vejledninger ved tolkebistand og kørsel
- Hjemmeside

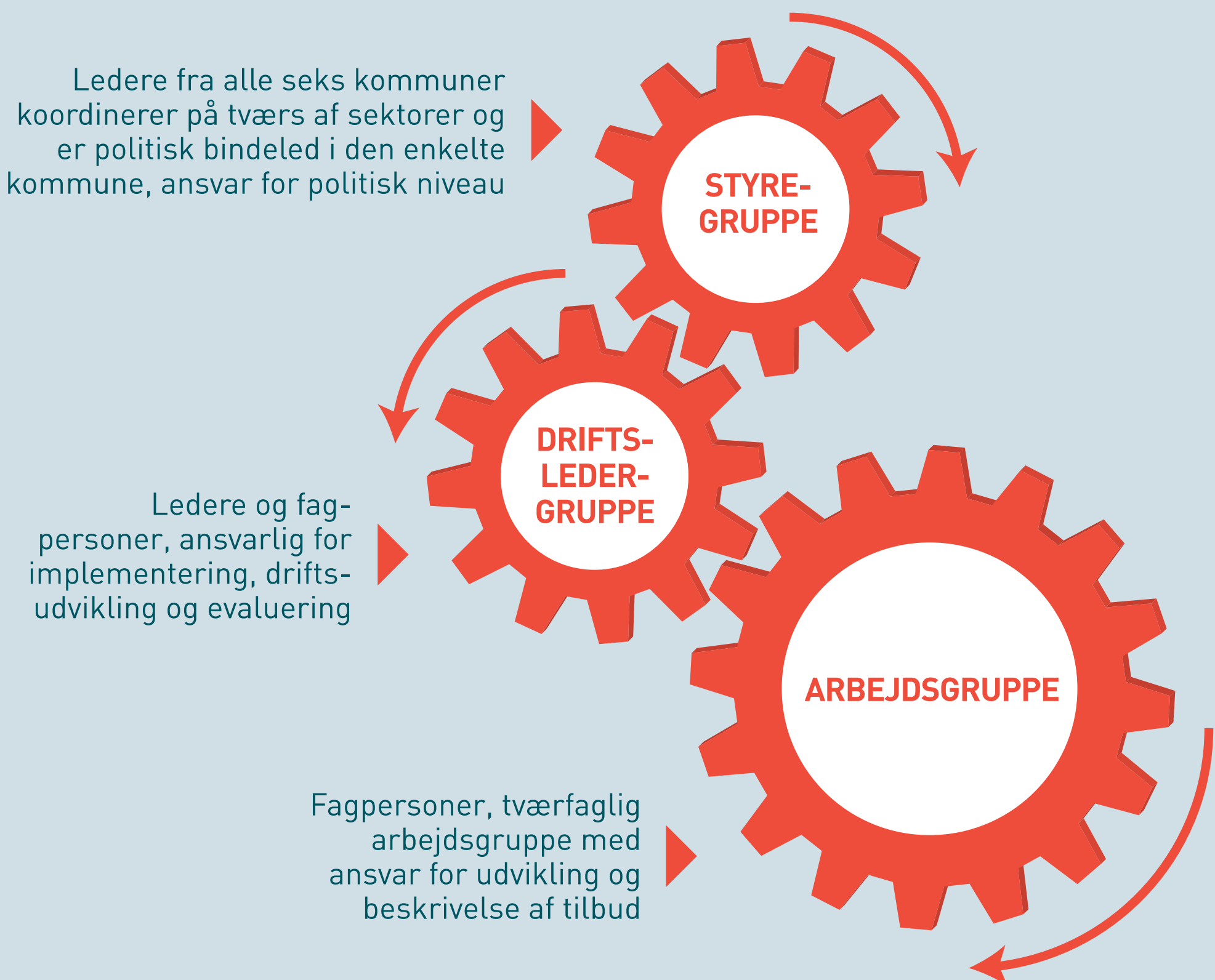
ØKONOMI

- Mellemkommunalt udgiftsneutralt dvs. ingen penge mellem kommunerne
- For nogle kommuner betyder det øgede udgifter til kørsel eller medarbejdertimer
- Projektleders løn

ERFARINGER

- Borgerne tager gerne til nabokommune for at få relevante tilbud.
- Større erfaringsudveksling og netværksdannelse pga. øget deltagerantal.
- Øgede kompetencer for medarbejdere, det giver større kvalitet for borgerne.
- Udfordring at få almen praksis med i samarbejdet
- Vigtigt at der er en projektleder til at styre processen og have øje for helheden.
- I udviklings- og implementeringsprocessen er det til gavn med en beslutningsgruppe i hver kommune, der belyser kommunens interesser og muligheder i samarbejdet.
- Da der tværfagligt vil være medarbejdere med nye opgaver, er det vigtigt, at hver kommune har fokus på de nye arbejdsgange.

Ledere fra alle seks kommuner koordinerer på tværs af sektorer og er politisk bindeled i den enkelte kommune, ansvar for politisk niveau



www.visamlerkraefterne.dk



GLADSAXE

RØDOVRE KOMMUNE



FURESØ KOMMUNE



Herlev Kommune



BALLERUP



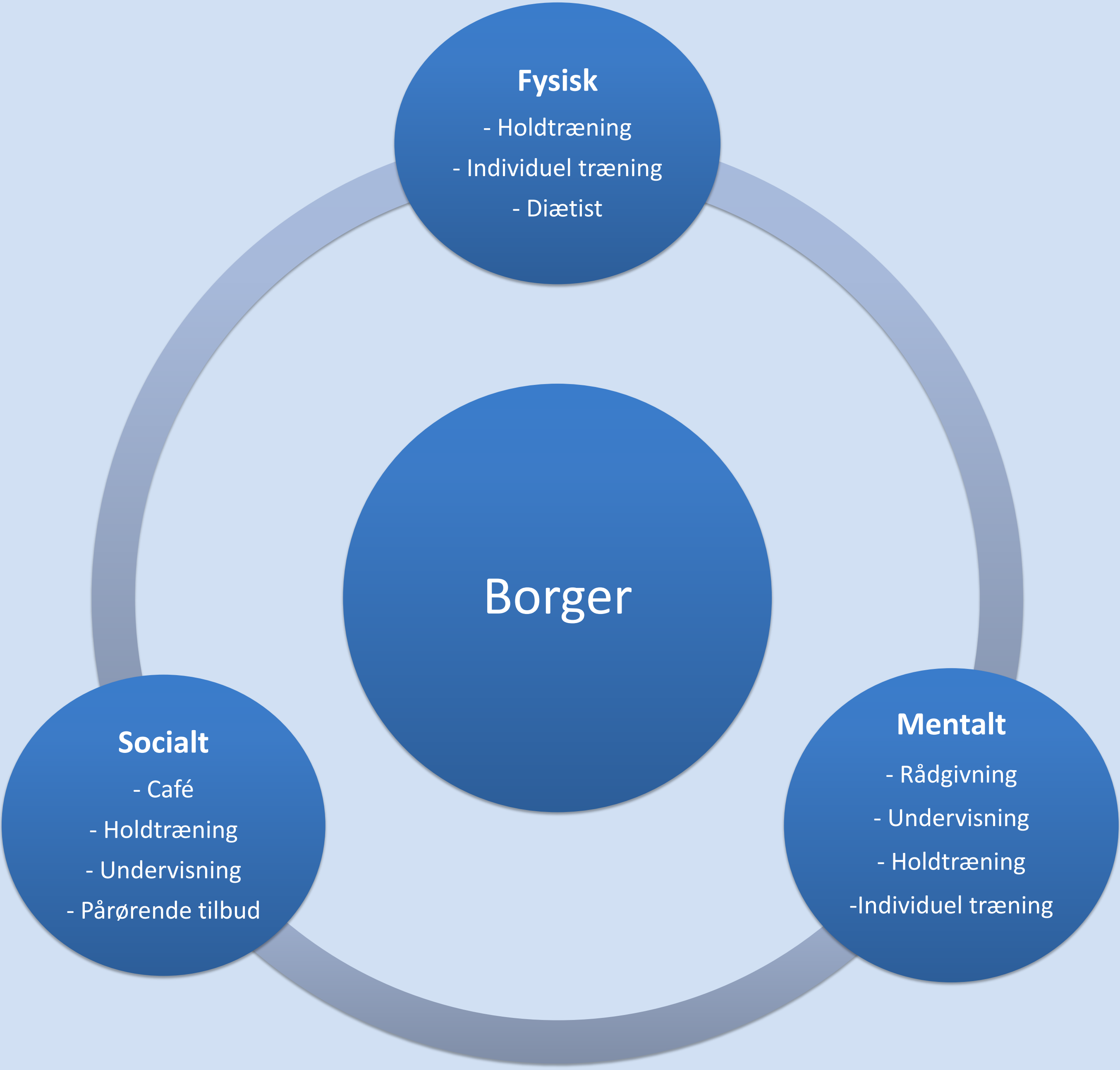
Herlev og Gentofte Hospital

Kræftrehabilitering

- Tværkommunalt tilbud mellem tre vestegnskommuner: Albertslund, Brøndby og Glostrup.
- Samlet antal borgere: 84.300
- Forventet antal nye kræfttramte pr. år: 540
- Forventet antal borgere med rehabiliteringsbehov pr. år: 214
- Antal rehabiliterede i 2014: 48
- Antal rehabiliterede i 2015: 83



- Alle henviste tilbydes en behovsvurderingssamtale hvor den nærmeste pårørende også er velkommen. Samtaleredskabet ”Støtte til livet med kræft” ligger til grund for samtalen og har til formål at afdække borgerens rehabiliterings behov. Samtalen danner grundlag for de tilbud den enkelte borger tilbydes.



Holdtræning (styrke og konditionstræning) 40 x 60 min.

Individuel fysioterapeutisk træning 10 x 45 min.

Individuel ergoterapeutisk træning 10 x 45min.

Diætist 3x 60min.

Sygdomsspecifik undervisningsforløb 10 x 2t.30min.

- Kost og kræft

- Intimitet og kræft

- Mindfulness

- Kræft og senfølger

- Sociale rettigheder og tilbagevenden til arbejdet

- At leve med kræft

- Træning og tips og tricks til den gode søvn

- Netværk. Kommunikationen i de nære relationer

Rygestop

Inkontinensklíník 6 x ????

Rådgivning ved Kræftens Bekæmpelse

Café ved den lokale frivillig foreningen under Kræftens

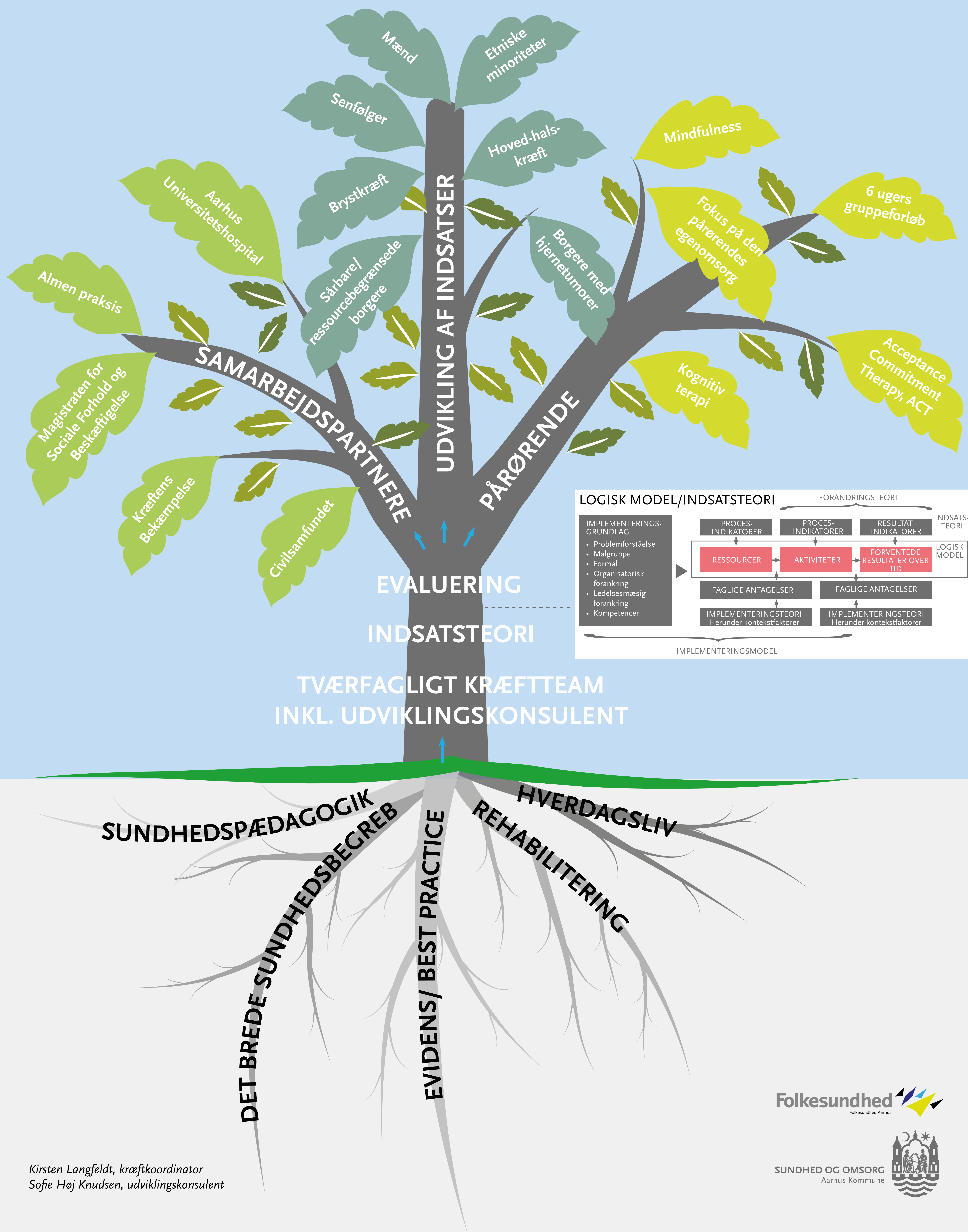
Bekæmpelse

Selvtræning 1 x ugentligt efter afsluttet forløb

- Kontakt: forløbskoordinator Pernille Wallentin, telefon: 43282173; pewal@brøndby.dk

KRÆFTREHABILITERING I AARHUS KOMMUNE

- inklusion af særlige målgrupper



Kræftrehabilitering i Billund Kommune



Tilbuddet er for blandede diagnosegrupper fordelt over 12 uger, 24 x træning og 12 x café, 2 x årligt.

Samarbejde i og på tværs i kommunen

Rekruttering:

- Samarbejdssygehuse : Vejle, SVS Grindsted/Esbjerg, OUH.
Materiale sendes ca. 1-2 måneder før om opstart.
Krop og Kræft henvender sig ofte ang. borgere med lang transport til deres tilbud.
- Jobcenter i Billund Kommune:
Sagsbehandlerne sender materiale til sygemeldte kræftramte borgere.
- Annonceres i lokalavis, kommunens hjemmeside og på diverse oplysningstavler på offentlige steder.

Under forløbet:

- Sundhedspersonale, som varetager kræftrehabiliteringen:
 - 2 fysioterapeuter
 - 1 social og sundhedsassistent, uddannet mindfulness instruktør
 - 1 sygeplejerske – fra den kommunale sygepleje
- Interne og eksterne samarbejdspartnere:
 - Diætist – findes i egen organisation.
 - Psykolog fra Kræftrådgivningen i Esbjerg.
 - Socialrådgiver fra jobcenter i Billund Kommune – ved behov.
 - Kontakt til den lokale afdeling af Kræftens Bekæmpelse.
 - Introduktion til aktiviteter i lokal området – f.eks. fitnesscenter, sundhedssti, varmtvandsbassin.

Efter forløbet:

- Kort status sendes til egen læge, der udarbejdes ud fra borgernes evaluering og sundhedsfaglige refleksioner.

Ønsker til fremtiden:

- Ensartethed af tilbud/materialer på tværs af kommunerne...
- Mere fokus på rekruttering/henvisning af borgere til kommunale tilbud...
- Erfaringsudvekslingsdage med specifikke faglige emner...



Udtalelser fra borger der har deltaget i et forløb :

"Det er rart at være blandt ligestillede – rent psykisk fået nogle gode samtaler og grin. Samt blevet fysisk bedre"

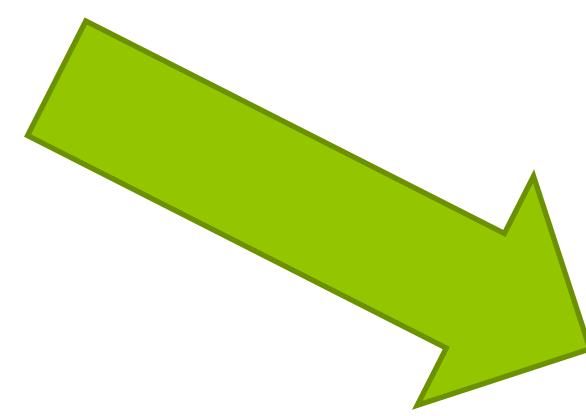
"Jeg er glad for, at det ikke er noget med at sidde i rundkreds og kramme, fordi det er synd for os. Vi går efter at få energi. Vi ved, at vi kan være meget følelsesmæssigt følsomme, men det tærsker vi ikke langhalm på."

"Det er dejligt at være sammen med ligestillede – og få et kærligt skub, hvis man har en dårlig dag"



HENVISNING

- Egen læge (21%)
- Sygehuset (15%)
- Jobcenter (7%)
- Henvist fra andre kommunale fagpersoner (18%)
- Borger henvender sig selv (39%)



OPSTART

- Indledende samtale - mål og plan for forløb
- Introduktion til træning med teori og baseline tests
- Vægt med impedans

FORLØB

Holdtræning x 2 ugentligt ved fysioterapeut
Individuelt program tilpasset borgers behov

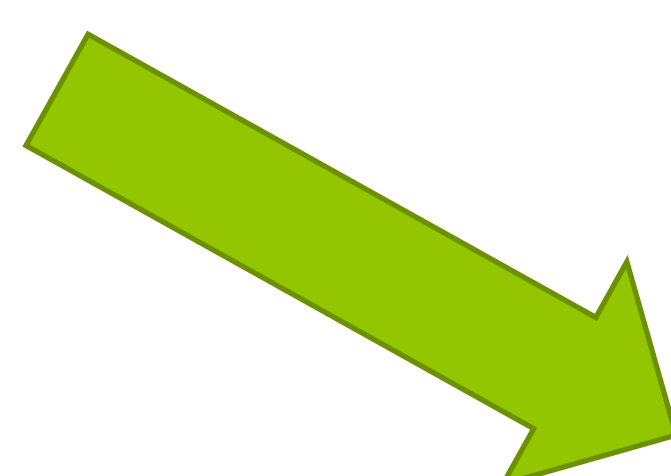
Afspænding

Undervisning

ved sygeplejerske og klinisk diætist

Vi berører emner som :

- Bivirkning og senfølger til kræftbehandling
- Livet med kræft
- Pårørende til kræfttramte
- Kost til den småt spisende, nedsat appetit eller inspiration til sund kost.



Vilkår

- 35.000 indbyggere
- Tilbud 2 steder i kommunen
- Begrænset budget

Organisering

- Løbende optag
- Holdtræning
- Enkelte individuelle samtaler
- 10 ugers forløb med træning og undervisning
- Mulighed for træning under behandling – op til 6 mdr.
- Team: Sygeplejerske, fysioterapeut, klinisk diætist

Vi har haft tilbud siden september 2014 og har haft henvist i alt 85 borgere til dd.

Slutsamtale med aftaler for fremtiden og sluttets

Café én gang om ugen efter træningen
frivillige fra Kræftens Bekæmpelse



TILBAGE TIL LIVET

Job

Normale aktiviteter

Familie

Venner

Viden i "bagagen"

Sociale liv



"Vi bliver presset på en mild og kærlig måde"
Erik, 58år.



"Det har været både et hårdt og lærerigt forløb, og jeg nyder at komme her." Anette, 59år



"Jeg får energi til at være mor for mine børn".
Anja, 39år.

Vi ses til opfølgning 3 - 6 måneder efter endt forløb

Rehabiliteringstilbud til kræftpatienter

Dragør Kommune

Faser: Indhold:

1

Opstartssamtale

Individuel samtale med fokus på KRAM og psykosociale faktorer, vejledning til andre forvaltninger i kommunen herunder visitationen, socialrådgivere eller andre sagsbehandlere.

Test: Et punkts cykeltest og/eller 6 min. gangtest

2

Træning

12 ugers holdforløb

2 x ugentligt

Pårørende kan deltage hvis borgeren har særlige behov.

Træning med fokus på kondition, styrketræning og sociale netværksdannelser.

Mulighed for individuelt tilrettelagt program hos fysioterapeut.

Ernæring

Holdundervisning

3 x i forløbet

Pårørende er velkommen.

Kost er fokuseret på ernæring og øget appetit.

Mulighed for individuel samtale ved særlige behov.

Sygepleje

Holdundervisning

3 x i forløbet.

Pårørende er velkommen.

Ved særlige behov er der mulighed for individuel samtale i hjemmet med eller uden pårørende. Det er borgeren der vælger. Fokus er på omsorg, pleje, vejledning i forhold til hverdagen, familien og diagnosespecifik information.

3

Slutsamtale

Individuel samtale. Fokus er som startsamtales. Derudover lægges der en handleplan med borgeren.

Re-test: Et punkts cykeltest og/eller 6 min. gangtest.

4

Opfølgning

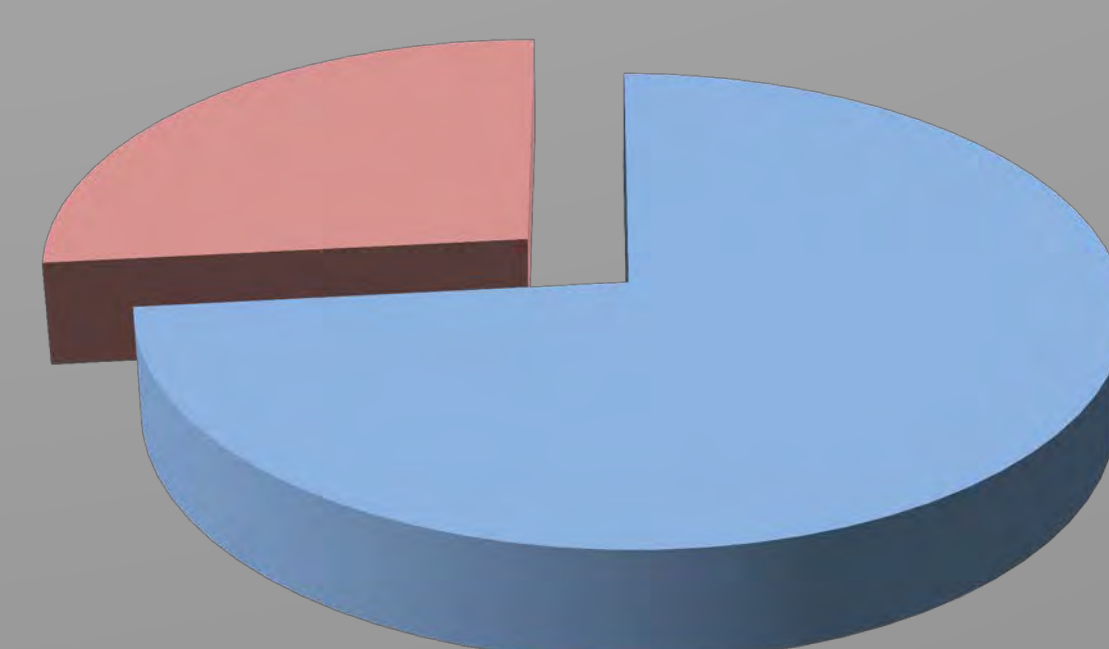
6 måneder efter endt forløb kontaktes borgerne pr. telefon. Her følges der op på den lagte handleplan ved slutsamtalen.

Fakta

Dragør Kommune:

- 15 personer var henvist med kræft som primær diagnose i 2014/2015 Ifølge tal fra 2013, burde der være 43 borgere i Dragør, der har brug for et rehabiliteringstilbud
- Der er start af rehabiliteringsforløb 6 x årligt
- Holdene er mixet med andre diagnoser: Hjerte-kar sygdomme, KOL og T2DM
- Løbende gives information til borgerne omkring aktiviteter i lokalforeningen
- Der sendes info ca. ½ årligt om rehabiliteringsforløbene til de privat praktiserende læger i kommunen.

Fordeling af modtaget henvisninger i 2014/2015:



Fra egen læge: 11

Fra sygehus: 4

Dragør Kommune
Forebyggelse og Sundhedsfremme

Charlotte Sommer
Sundhedskonsulent
charlottesom@dragor.dk
Mobil: 21 99 64 31



ESBJERG-MODELLEN

BORGERENS INDGANG

- Egen henvendelse
- GOP
- Lægehenvendelse
- Kræftens Bekæmpelse

SAMARBEJDSPARTNERE

- Kræftens Bekæmpelse
- Vindrosen
- Frivillige (Kræftens Bekæmpelse)
- Pårørende
- Diverse idrætsforeninger og træningstilbud i offentlig regi

VÆRDI- GRUNDLAG

Borgeren er ekspert
i eget liv

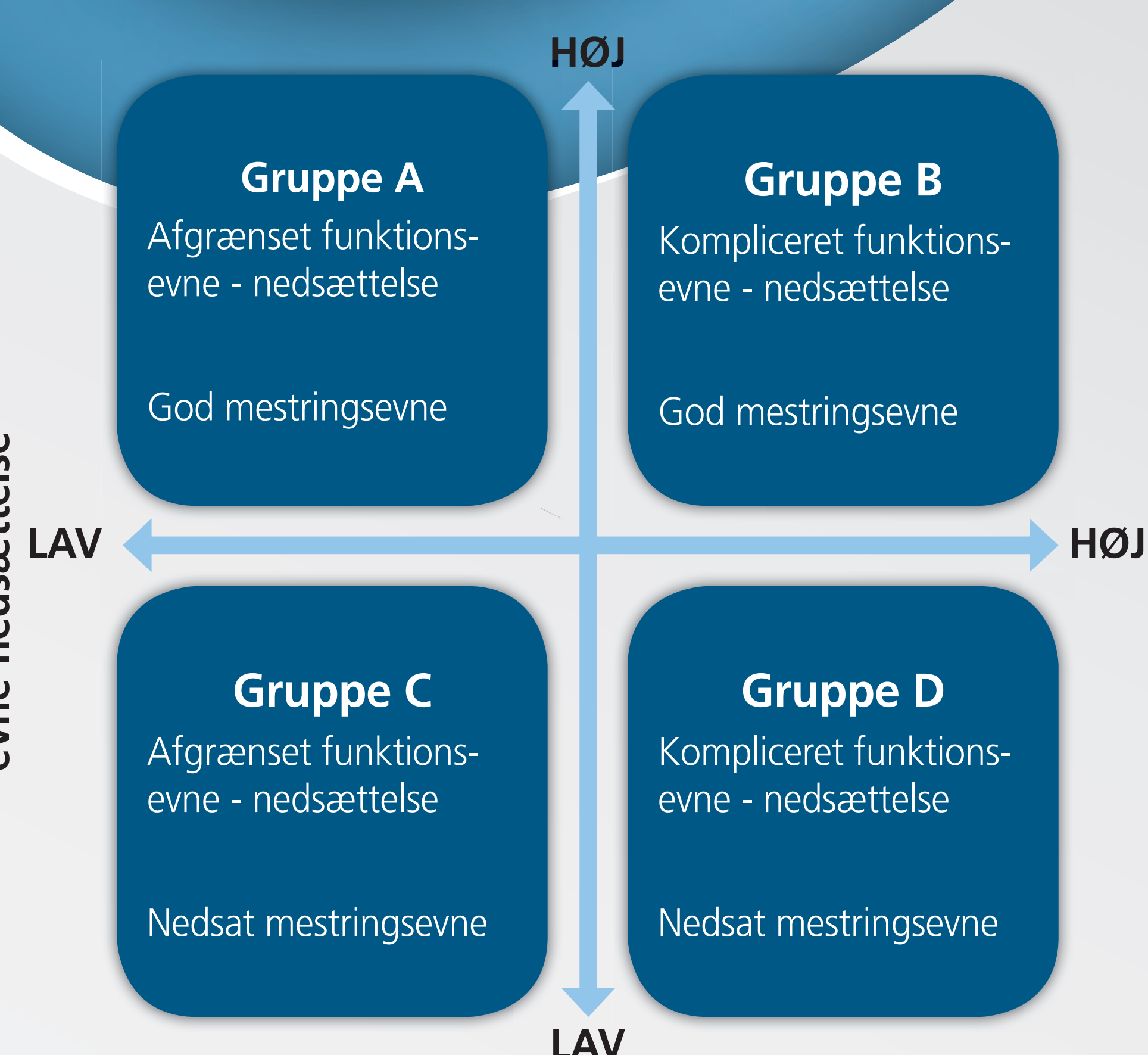
FORLØBS- KOORDINATION

- Jobcentret
- Palliativt Team
- Pårørende
- Omsorg Esbjerg Kommune
- Egen læge
- Sygehus

INDSATS KATALOG

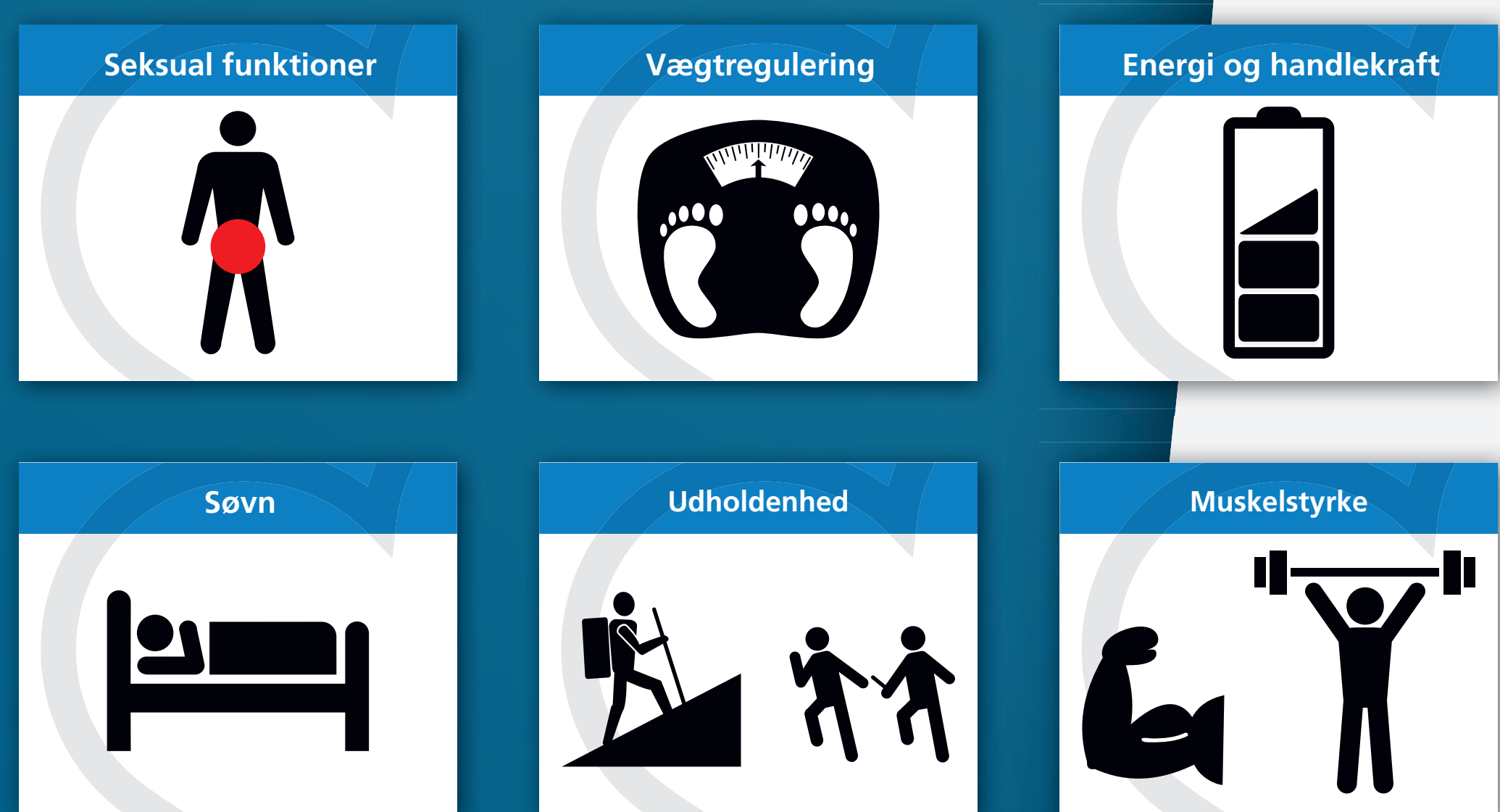
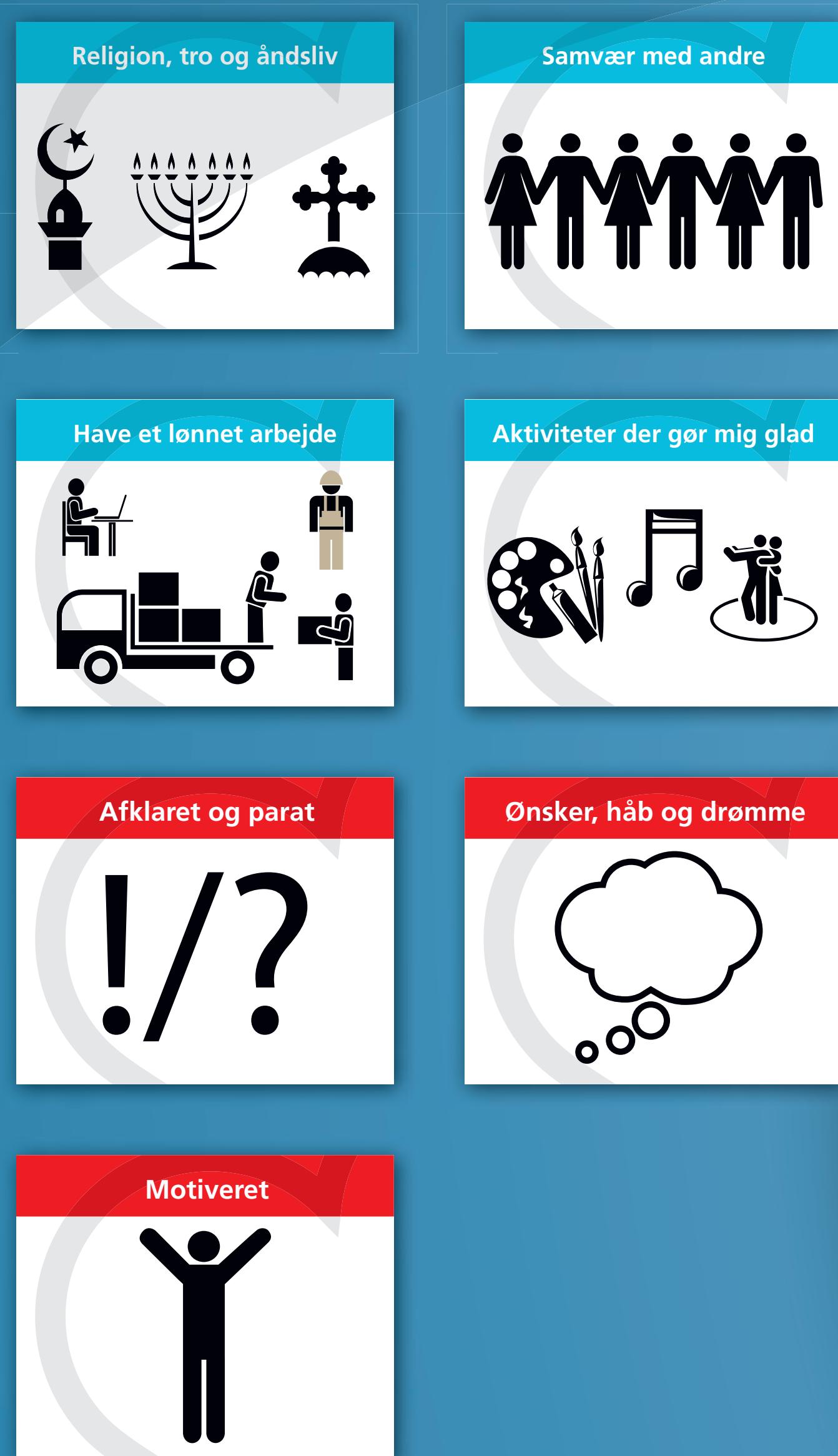
- Lær at tackle
 - Kroniske smerter
 - Angst og depression
 - job og sygdom
- Rygestop
- Individuelle startsamtale og introduktion til træning + programvejledning
- Pårørende
- Mindfulness
- Holdtræning
- Cafémøder
- Bækkenbundshold
- Diætvejledning
- Samtaleforløb (Psykokoterapeut)

Kompleksitet af funktions-
evne-nedsættelse



STYRKER

- Individuelt tilrettelagt forløb
- Løbende opfølgning i forhold til træning
- Løbende behovsvurdering og indsatser
- Opfølgning 1/2 årefter afslutning



Sundhed &
Omsorg
Esbjerg Kommune



FAABORG-MIDTFYN KOMMUNE

Kræftrehabilitering

Kræftrehabiliteringsteam

- ❖ 3 fysioterapeuter, 2 sygeplejersker og 1 diætist
- ❖ En sygeplejerske eller en fysioterapeut tilknyttes den enkelte borger som kontaktperson

Tilbud

- ❖ Samtaler med kontaktperson: indledende, midtvejs og afsluttende samt efter behov
- ❖ Genoptræning på hold for kræftramte eller individuelt
- ❖ Genoptræning på hold for kvinder med brystkræft
- ❖ Diætist
- ❖ Rygestop
- ❖ Mindfulness på hold
- ❖ Formidling af andre relevante tilbud f.eks.: træning, selvhjælps- og pårørendegrupper i lokalområdet; Kræftens Bekæmpelses tilbud herunder psykologhjælp, gruppetilbud mv.

Henvisning fra

- ❖ Sygehus
- ❖ Egen læge
- ❖ Jobcenter
- ❖ Personale i kommunen
- ❖ Borger eller pårørende

Samarbejde

- ❖ Sygehus
- ❖ Hjemmeplejen
- ❖ Egen læge
- ❖ Jobcentret
- ❖ Palliativt team
- ❖ Sundhedsplejersker f.eks. i forbindelse med sorggrupper for børn
- ❖ Lokale frivillige fra Kræftens Bekæmpelse
- ❖ "På sporet af en løsning" - tilbud til sårbare borgere

Kompetenceudvikling

- ❖ Månedligt møde i teamet inkl. supervision
- ❖ Tværkommunal ERFA gruppe i Region Syd. Mødes 1 x årligt til temadag
- ❖ Tværsektoriel ERFA gruppe for fysioterapeuter indenfor cancer mamma. Mødes 3 x årligt på Fyn
- ❖ Palliativ ERFA gruppe for sygeplejersker. Mødes 2 x årligt.

Tal

1/10 2013: Kræftrehabilitering starter i FMK
138 borgere har været tilknyttet Kræftrehabiliteringen 2013 - 2015

Budget i 2014/15 297.000 kr.
Budget fra 2016 550.000 kr.

Kontakt info

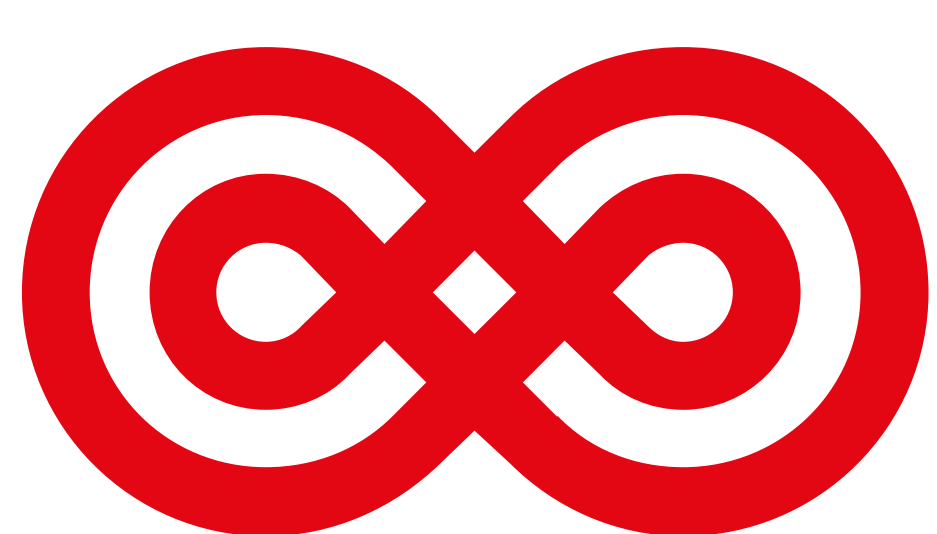
Find Kræftrehabiliteringsteamet på sundhed.dk –
søg på kræftrehabilitering FMK



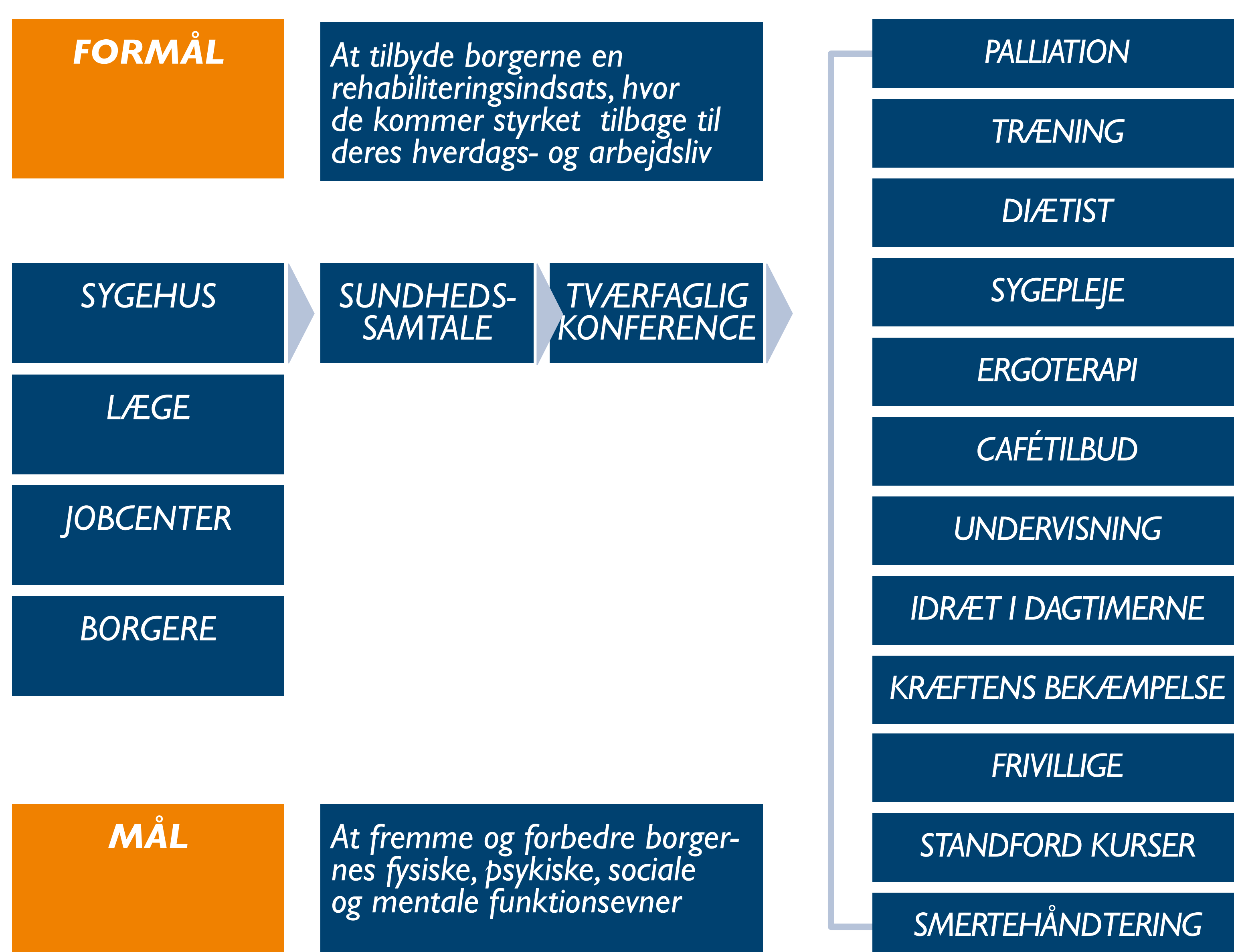
FREDERICIA
KOMMUNE



FÅ KRÆFTERNE TILBAGE



Kræftrehabilitering i Fredericia Kommune

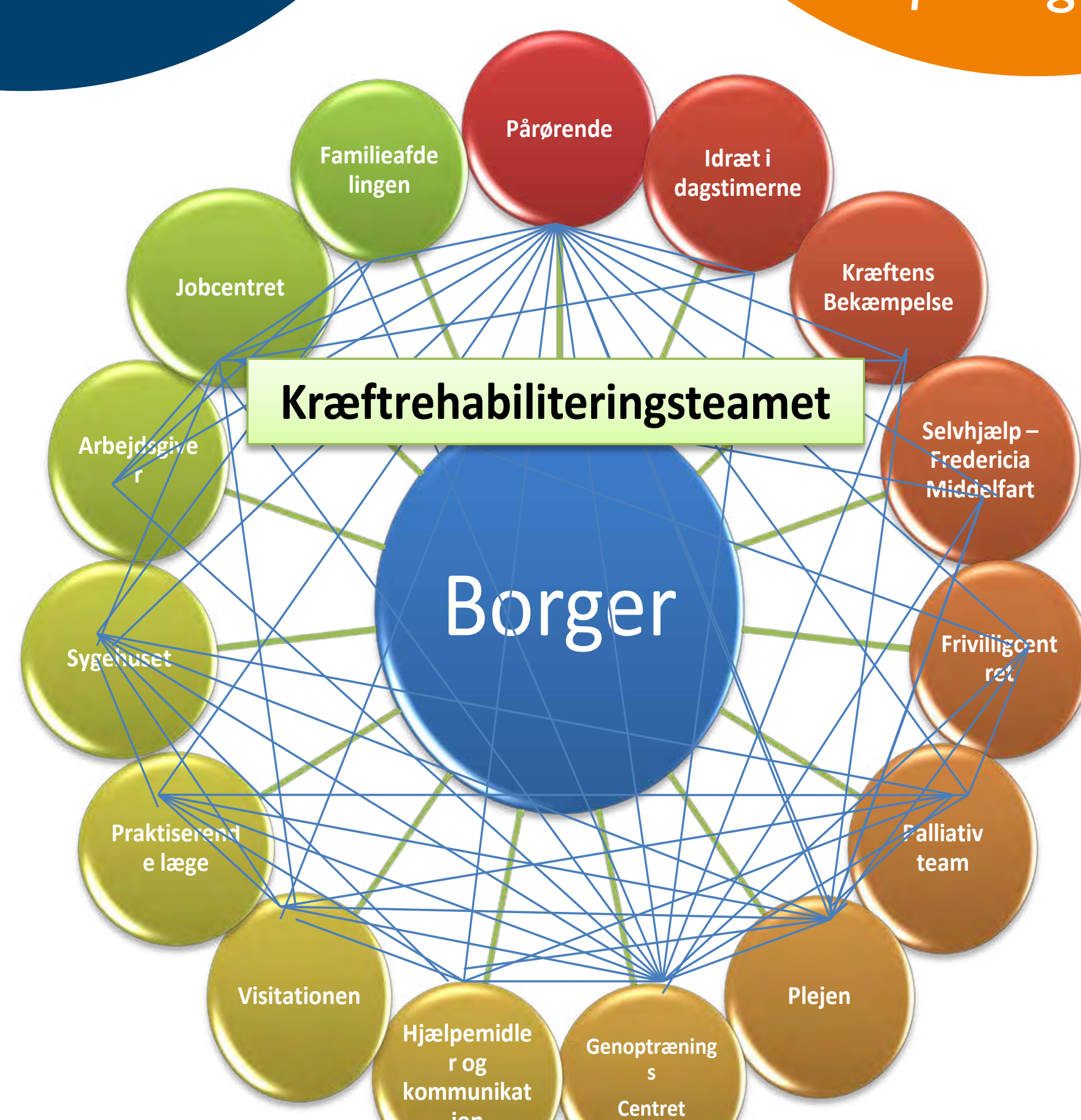
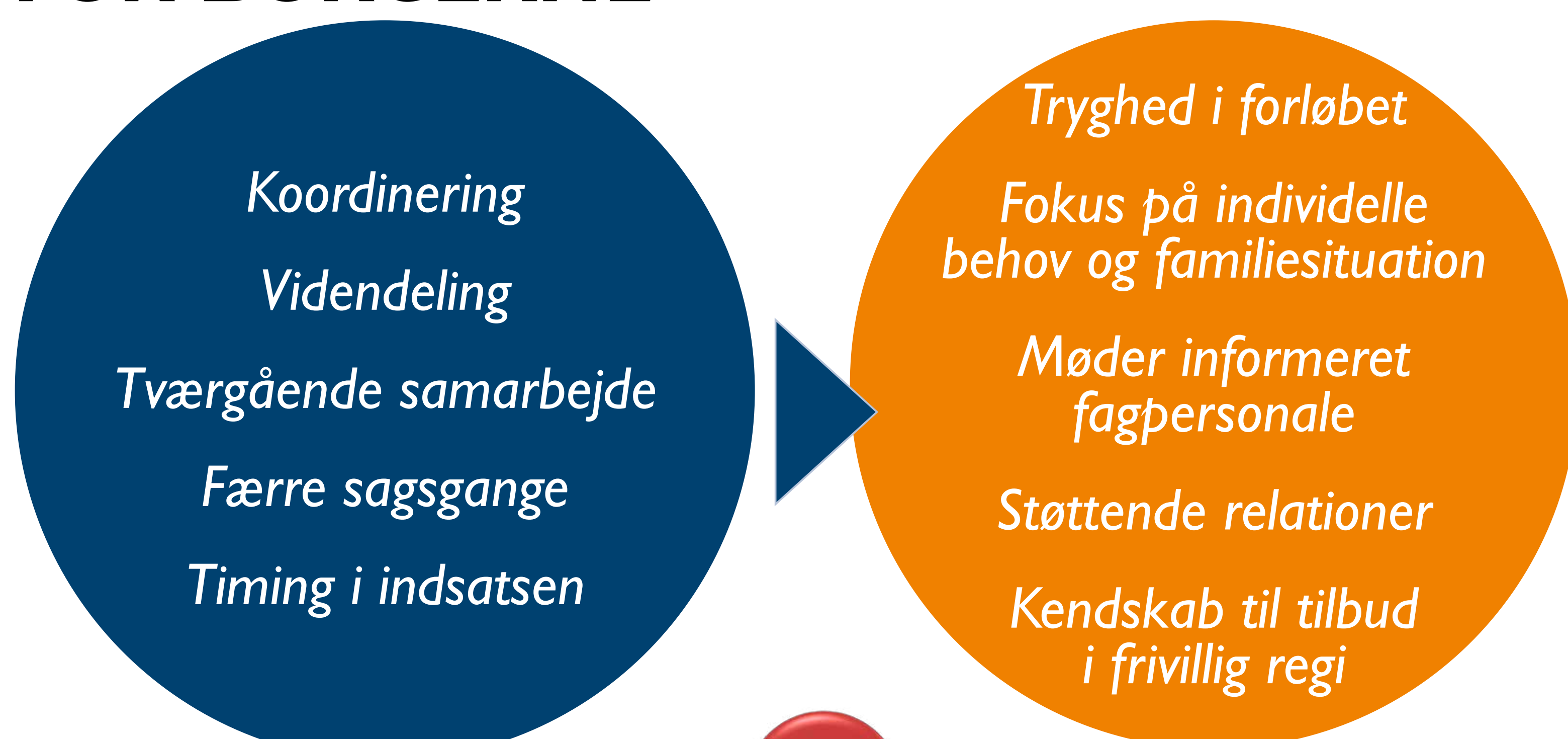


METODE

- Fokusgruppeinterview med kræfttramte og deres pårørende
- Kræftens bekæmpelse og Frivilligcenteret inddrages fra start – og leverer indsatser undervejs
- Rykke tværfagligt sammen - også rent fysisk til hyppige konferencer
- Vigtig nøgle til succes er Jobcentrets deltagelse samt specialisering af én sagsbehandler

Individuel indsats - forløb på 6-8 uger, evt. længere ved behov.

DEN GODE OPLEVELSE FOR BORGERNE



TEAMMØDE UGENTLIGT

– afgørende i kræftrehabilitering

- Alle nye drøftes hver uge – nye input drøftes efterfølgende med borgeren
- Fokus på borgernes behov
- Planlægning og koordinering af indsatsen omkring borgeren
- Målsætning og handleplan for alle nye borgere
- Justering af indsatsen i forhold til igangværende borgere
- Koordinering med interne og eksterne samarbejdspartnere
- Sparring og videndeling

KONKLUSION

Tilbuddet er løbende tilpasset efter fokusgruppeinterview med deltagere fra kræftrehabiliteringen.

”Det at have et tilhørsforhold...Jeg stod bare og anede ikke, hvad jeg skulle...og så have sådan et sted her, hvor man bliver hørt. Det har altså været rigtig godt...så forudsigelig og struktur, det virker rigtig godt.”

”At sidde herover og cykle og lave de der armbøjninger og sådan nogen ting, det har givet mig et mentalt overskud, fordi det kunne jeg faktisk godt. Jeg var ringe til det i starten efter kemoterapien...men så byggede det op, og så tænkte jeg sådan lidt, Yes det er noget jeg kan, og det gav mig et mentalt overskud til at gå ind i alting og være der for mine børn og min mand og mit job.”



CAFETILBUD

– Ligger i forlængelse af træningen

- Alenetid for borgerne
- Undervisning ved Sundhedsprofessionelle
- Deltagelse af frivillige

KONTAKT...genoptraening@fredericia.dk eller tlf. 7210 6050

REHABILITERING OG GENOPTRÆNING TIL BORGERE MED KRÆFT I FREDERIKSBERG SUNDHEDSCENTER

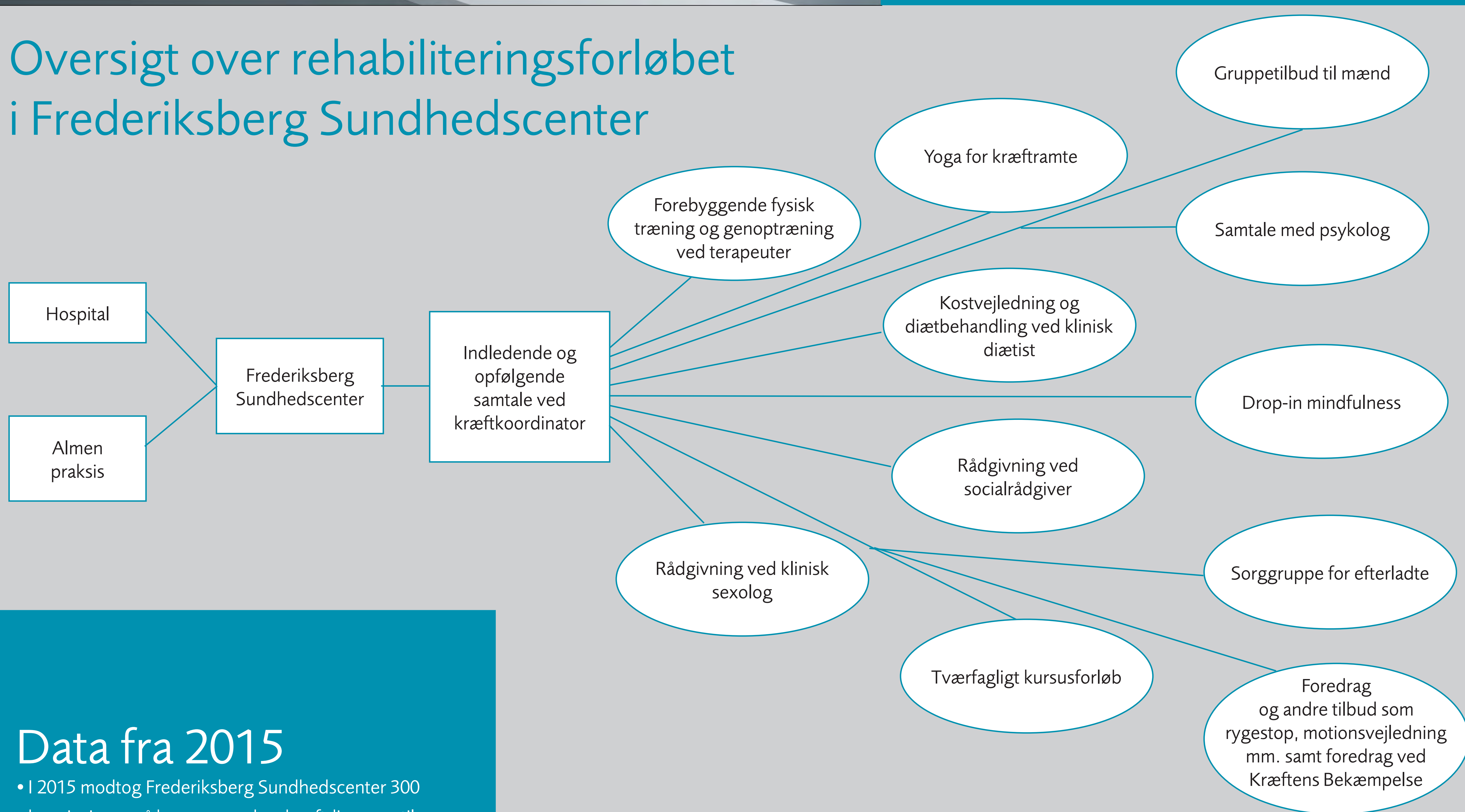


Fakta om Frederiksberg

- I Frederiksberg Kommune bor der 103.000 borgere
- 2.700 borgere lever med en kræftsygdom¹
- 500 borgere rammes af kræft om året¹
- Rehabiliteringstilbuddet på Frederiksberg Sundhedscenter har eksisteret siden 2012
- Borgere med kræft modtager et samlet rehabiliterings- og genoptræningsforløb på sundhedscentret, da både forebyggelsesområdet og afdelingen for ambulant Genoptræning og Rehabilitering er placeret samme sted

¹ Sundhedsprofil for Frederiksberg Kommune 2013, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden; 2014

Oversigt over rehabiliteringsforløbet i Frederiksberg Sundhedscenter



Data fra 2015

- I 2015 modtog Frederiksberg Sundhedscenter 300 henvisninger på borgere med en kræftdiagnose til rehabilitering og genoptræning
- 216 borgere er startet i et forløb på Sundhedscentret
- 77 % er henvist på GOP
- 23 % er henvist på REF01
- Henvisningerne fordeler sig på alle diagnosegrupper. Den største gruppe er kvinder med brystkræft, som udgør 33 % af henvisningerne
- Lige mange mænd som kvinder rammes af kræft. 66 % af de henviste borgere til Sundhedscentret er kvinder og 34 % er mænd
- 59 % af borgerne, som er startet et rehabiliteringsforløb på Sundhedscentret, har en videregående uddannelse.
- Kræftkoordinatoren har haft 113 indledende samtaler og 88 opfølgende samtaler med henviste borgere
- Psykologen har afholdt 57 samtaler fordelt på 47 borgere med kræft
- Kursus for kræftramte afholdes 3 gange om året med 8-10 deltagere på kurserne

Resultater

I Frederiksberg Sundhedscenter måler vi effekt på tværs af forløbsprogrammerne med fokus på borgerens funktionsniveau, livskvalitet, sundhedsvaner og tilfredshed. 52 borgere med en kræftdiagnose har besvaret et spørgeskema ved opstart og afslutning på deres forløb i 2015. Data viser, at:

- 92 % af borgerne med kræft i høj grad er tilfredse med forløbet på Frederiksberg Sundhedscenter.
- 85 % af borgerne med kræft giver udtryk for, at forløbet har levet op til deres forventninger.

I analyser af EORTC skemaer for 2014 ses signifikante forbedringer for en række mål for borgerens livskvalitet og fysiske funktion ved afslutning af forløbet, sammenlignet med niveauet ved opstart. Det gælder bl.a. for overordnet livskvalitet, fysisk funktion, kognitiv og social funktion, ligesom der ses forbedringer i oplevelsen af symptomer, som bl.a. træthed, smerter, tab af appetit samt kvalme og opkast.

Borgerne siger

- "Det har været et godt holdepunkt at komme her to gange om ugen i trygge rammer. Jeg har følt mig virkelig godt støttet og vejledt"
- "Rigtig godt forløb, fordi mine mål er blevet nået. Øget styrke og bedre kondition. Jeg har i høj grad selv været inddraget i mit forløb"
- "Det har været en god oplevelse at deltage i kursus for kræftramte og rigtig godt med holdtræning"
- "De er meget omsorgsfulde. De er kompetente. Det er dygtige fagfolk og de to ting sammen, det betyder faktisk temmelig meget"

Mål i 2016

Borgerinddragelse - fortsat fokus på borgerinddragelse med udgangspunkt i den enkeltes behov og ønsker.
Social ulighed - at mindske den sociale ulighed ved at rekruttere flere mænd og borgere med kort uddannelse til tilbuddene på Sundhedscentret. Herunder udvikle tilbud målrettet mænds behov med udgangspunkt i de determinanter, der har betydning for mænds sundhed.

Kontakt

Kræftkoordinator Anne Friis, telefon 28 98 54 11, mail anfr07@frederiksberg.dk
Psykolog Bjarne Eiby, telefon 28 98 54 52, mail bjei01@frederiksberg.dk
Leder af Forebyggelsesområdet Addie Just Frederiksen, telefon 28 98 54 04, mail adfr01@frederiksberg.dk
Frederiksberg Sundhedscenter, Stockflethsvej 4, 2000 Frederiksberg.

Frederikshavn

-er et skridt videre med kræftrehabilitering

Efter henvisning indkaldes borgeren til afklarende samtale.

- Borgeren får individuelle samtaler, der bygger på den kognitive tankegang.
- Forløbene er fleksible og indholdet skabes i samarbejde med borgeren.
- Træning (ved fysioterapeut) 1 gang ugentligt under behandlingen, der er løbende optagelse.
- Et forløb med rehabiliteringstræning på 2 gange om ugen i 12 uger (ved fysioterapeut).
- Der er mulighed for individuelt behandling og genoptræning efter §140.
- Diætistsamtaler og diætvejledning.
- Undervisningstilbud som kan give borgeren indsigt, og forståelse for egen situation og sygdom.
- Café med socialt samvær, som bestyres af frivillige fra Kræftens Bekæmpelse.
- Støtte, samtaler og undervisning til pårørende.
- Støtte/bisidder i kontakt til sagsbehandler/jobcenter.
- Rygestopsamtaler/alkoholsamtaler.
- Der er mulighed for kontakt/støtte i det omfang borgeren har behov.
- Rehabiliteringen foregår i kommunens 3 sundhedscentre i Sæby, Frederikshavn og Skagen.

*I 2015 havde Frederikshavn
Kommune 126 nye rehabiliteringsforløb
til kræftramte borgere.
36% af rehabiliteringsforløbene
var med mænd.*

Vi arbejder vedholdent på at
fastholde og udbygge vores
tværfaglige samarbejde.

Vores samarbejdspartner:
Fysioterapeuter
Ergoterapeuter
Diætister
Jobcenter og sagsbehandlere
Praktiserende læger
Kræftens Bekæmpelse
Frivillige i Kræftens Bekæmpelse
Sygehusafdelinger
Forebyggende medarbejdere
Hjemmeplejen
Palliationsteam

GRATIS TILBUD

**HJÆLP OG STØTTE TIL DIG
DER HAR ELLER HAR HAFT KRÆFT**

Over et forløb får du:

- **TEMAMØDER OM**

- Motion og kræft v. fysioterapeut
- Introduktion til mindfulness v. ergoterapeut
- Psykiske reaktioner v. professionel rådgiver fra KB
- Senfølger v. sygeplejerske
- Kost og kræft v. diætist
- Intimitet og ændret kropsopfattelse v. sexolog
- Arbejdsmarked indsats v. jurist
- Eksistentielle aspekter v. præst
- Samarbejde med de frivillige og KB
- "spis godt" - praktisk madlavning

- **TRÆNING**

- **SAMVÆR MED ANDRE I
SAMME SITUATION**



GULDBORGSUND

*Kontakt os på 54732230
www.guldborgsund.dk/rehab*

REHABILITERING

Din egen læge eller sygehusets læge kan henvise dig

KRÆFTREHABILITERING I HADERSLEV KOMMUNE



- Målgruppe:** Tilbuddet henvender sig til voksne over 18 år, der har været ramt af kræft indenfor de sidste 2 år
- Hvornår:** Man kan benytte sig af tilbuddet, fra man får en kræftdiagnose, mens man er i behandling og efter endt behandling.
Tilbuddet tager udgangspunkt i en behovsaflarende samtale med en koordinator, og bliver individuelt tilrettelagt. Tilbuddet kræver henvisning fra praktiserende læge, sygehusafsnit eller jobcentret.
- Tilbud:**
- 24 x Fysisk træning med andre kræfttramte/ **ex styrketræning og konditionstræning, fysio flow samt afspænding**
 - Individuel kostvejledning ved diætist
 - Netværkscafe i samarbejde med frivillig organisation
 - Psykolog
 - Mindfulness
 - Parterapeut
 - Præst
 - Palliations specialister
 - Livsstilshold
 - "Lær at tackle job og sygdom"
 - "Lær at tackle angst og depression"
 - "Lær at leve med kronisk sygdom"

- Kontaktoplysninger: Kræftrehabiliteringskoordinator Pernille Badstue, mandag til onsdag kl. 9-15 på tlf. 74342804

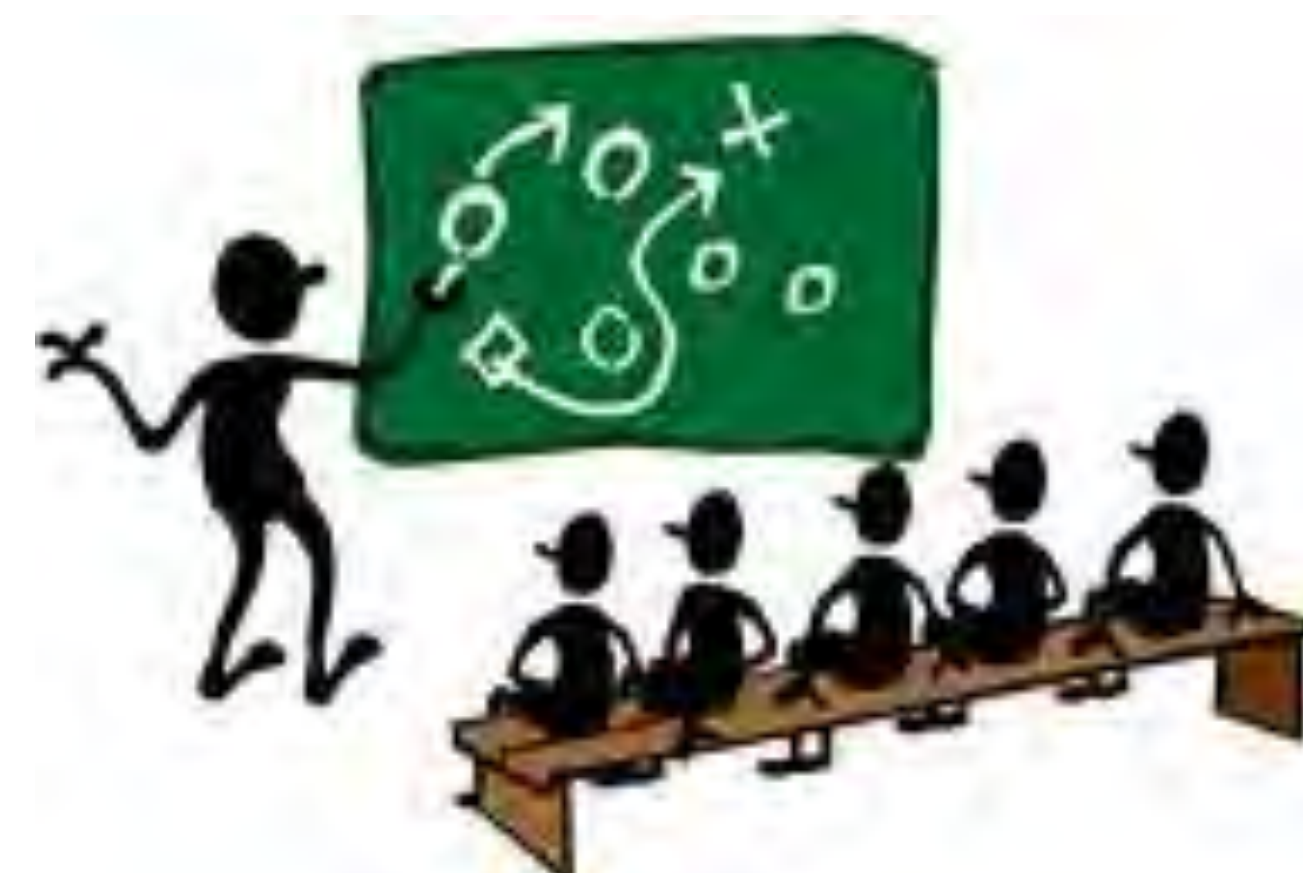
Fælles kræftrehabilitering 2014-2015

Formål

Sikre kontinuerligt tilbud med høj faglighed to gange årligt for borgere i to mindre kommuner

Fælles

- Kursusdelen afholdes på hold med 20 borgere fordelt med ca. 10 fra hver kommune
- Tværfaglig kompetenceudvikling
- Planlægning og afvikling foregår i tæt samarbejde mellem projektlederne
- Møder på tværs af kommunerne med involverede faggrupper samt lokalforeningerne fra Kræftens Bekæmpelse
- Styregruppemøde én gang årligt



Særskilt for hver kommune

- Henvisninger og telefonvisitering
- Indledende og afsluttende samtaler
- Indledende og afsluttende fysisk test
- Træning

Resultater

- 78 borgere har gennemført kurset
- 54 kvinder og 24 mænd i alderen 39 år til 79 år
- Alle borgere har evalueret, at de vil anbefale kurset til andre

Organisatoriske fordele

- Sparring og videndeling på ledelsesniveau
- Tværfaglig sparring på tværs af kommunerne
- Tværfaglig sparring internt i hver kommune
- Løbende udvikling og kvalitetssikring af tilbuddet på tværs af kommuner
- Mindre sårbart både i forhold til viden og praktiske forhold f.eks. kursusafvikling

Faglige fordele

- Kompetenceudvikling ved:
 - Løbende samarbejde, faglig sparring og videndeling
- Tværfagligt samarbejde
- Afprøvning af nye tiltag: f.eks. elektronisk evalueringsskemaer

Fremtid:

Det gode samarbejde fortsætter i 2016



Helsingør Kommunes rehabiliteringstilbud til kræftpatienter

Formål:

- Rehabiliteringsindsatsen skal styrke borgerens muligheder for at bevare et selvstændigt og meningsfuldt hverdags- og arbejdsliv trods de forandringer, som sygdom og behandling medfører.

Målgruppe:

- Borgere med en kræftdiagnose, som har behov for fysisk træning samt viden, inspiration, enkle redskaber og ikke mindst erfaringsudveksling inden for temaerne: mad, bevægelse, søvn, tanker og den gode vej tilbage på arbejdet.

Inklusionskriterier:

- Bo i Helsingør Kommune,
- Være over 18 år
- Tale og forstå dansk
- Kunne deltage på hold sammen med andre
- Selv transportere sig til rehabiliteringssted
- Være motiveret for at gennemføre et rehabiliteringsforløb.

Henvisning:

- Der kræves en henvisning fra praksislæge eller hospitalslæge.
- **Ca. 50 henvisninger årligt.**

Indhold:

- Indledende samtale og fysisk test v/sygeplejerske og fysioterapeut
- **Patientundervisning** (3 temadage á 3 timer)
- **Fysisk træning på hold med løbende optag**(2 x 1½ time ugentligt i 12 uger)
- Café (1 x hver 14. dag i forbindelse med træning, v/ frivillige fra Kræftens Bekæmpelse)
- Tilbud om individuel kostvejledning v/ klinisk diætist
- Tilbud om støtte til rygestop v/rygestopvejleder
- Tilbud om opfølgende samtale med sygeplejerske
- Afsluttende samtale og fysisk test samt epikrise v/ fysioterapeut

Personale og undervisere:

1 projektleder, 3 fysioterapeuter, 1 sygeplejerske, 2 koordinører, 1 rygestopinstruktør, 1 patientuddannelsesinstruktør, 1 diætist, 1 mindfulnessinstruktør, 1 rådgiver fra Kræftens Bekæmpelse, 2-3 frivillige fra Kræftens Bekæmpelse

Fysisk træning:

Konditionstræning, styrketræning. Introduktion til bl.a. zumba og varmtvandsbassin, stavgang og udendørs træning

Patientundervisning:

3 gange med ca. 14 dages mellemrum

Gennemføres 4 x årligt

- Introduktion. Søvn og angst/depression v/ sygeplejerske og patientuddannelsesinstruktør. Mentalt velvære. Introduktion til mindfulness v/ mindfulnessinstruktør og meditationsformidler.
- Sund mad. Genfind den gode smagsoplevelse. Aftaler om kostvejledning v/diætist.
- Praktiske øvelser i mindfulness v/mindfulnessinstruktør og meditationsformidler
- At leve med kræft og eventuelle senfølger.
- Kommunikation i familien v/ rådgivningsleder, Kræftens Bekæmpelse
- Evaluering af forløbet v/sygeplejerske og koordinør



Kræft rehabiliteringstilbud

Afklarende samtale

Formål med samtalen: at hjælpe borgeren med at få overblik over sit forløb, at finde sit ståsted nu samt få lagt en handleplan.

” Mærk livet igen ”

10-12 uger med fysisk træning i 75 min. to gange ugentlig.

Desuden undervisning og socialt samvær.

Emner i undervisning:

- Energi i hverdagen,
- Mestring af livet med kræft,
- Senfølger,
- Kost og kræft,
- Besøg i Kræftens Bekæmpelses Rådgivningscenter.



Andre tilbud

- Individuel træningen efter § 86 på et aktivitetscenter eller i eget hjem.
- Kompenserende træning i aftenskole regi, hvor Herning Kommune tilbyder borgeren 40 lektion, fx energitræning, pilates eller varmt vands bassin
- Hold ved Kræftens Bekæmpelses Rådgivningscenter i Herning, fx intuitiv malerkursus, mindfulness eller mandegrupper



Kontakt: Susanne Grarup – 96 28 43 07

Grethe Sørensen – 96 28 40 79

Holbæk kommunes rehabiliterings tilbud

- for borgere med kræft

Genhoptræningsplan

Niveau opdelt træning
med andre kræft ramte,
mulighed for selvtræning,
eller individuelt forløb

Erfarings- udvekslingsgruppe

Tilbydes en gang om ugen til de borgere
der henvises via en genoptræningsplan.
Formålet er at dele erfaringer med andre
der har kræft, og er i en situation der ligner.
Der er hver gang et overordnet tema, der
relaterer til det at have kræft.
Nogle gange er det en snak om det der
fylder lige nu, andre gange kan det
være et oplæg og refleksion om et
særligt emne.

Individuel samtale

- med mulighed for
deltagelse af pårørende

Både for henviste og
selv henvendelse

Borgeren
med kræft

Erfarings- udvekslingsgruppe for senfølger ramte

Formålet er at dele erfaringer om hver-
dagslivet med senfølger, især med fokus
på hvordan man lærer at leve ,med de
følger, der er opstået efter sygdom og
behandling.

Kontakt

Karina Falk
Sundhedskonsulent/
Koordinator for kræft

Telefon: 72362355
E-mail: kafra@holb.dk



**Holbæk
Kommune**

Kræftrehabilitering i Hvidovre Kommune

– baseret på individuel behovsvurdering og skræddersyet handleplan



Kræftkoordinator i Hvidovre Kommune
Jane Sannung
Telefon: 36 39 38 29
Mail: jqs@hvidovre.dk

Vores rehabilitering til kræftpatienter

-Nærhed i kræftrehabiliteringen

Høje Taastrup Kommune har valgt at trække ”Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft” hjem i egen kommune. Frem til 1/1-2016 indgik Høje Taastrup Kommune i et samarbejde med Brøndby Kommune, som stod for driften af forløbsprogrammet.

Baggrund

Få deltagere har ønsket at deltage i forløbsprogrammet. For årene 2013 – 2015 har der været 14 henviste borgere, hvoraf 3 ikke er kommet i gang. Blandt de mulige deltagere, som takkede nej til tilbuddet var den afgørende årsag, at transporten var for lang til Brøndby. Derudover har der tidligere været overlap med tilbuddet der blev givet til borgere med en genoptræningsplan, således at denne gruppe ikke har haft et ønske om at deltage i forløbsprogrammet efter endt genoptræning.

Mål

Målet med at trække forløbsprogrammet hjem, er at øge deltagelsen, samt skabe en bedre sammenhæng i rehabiliteringen for borgere med en genoptræningsplan.

Indhold

Forløbsprogrammet tilpasses den enkelte deltager. Ved opstart tildeles en kontaktperson, som sammen med borgeren planlægger indholdet af kræftrehabiliteringen.



Indholdet kan sammensættes ud fra følgende tilbud:

- ➔ **Undervisningsrække på 8 gange**
 - Undervisningen dækker 8 forskellige emner (kost, fysisk aktivitet og søvn, sociale rettigheder, mentale udfordringer, hverdagsaktiviteter og træthed, hverdagsliv og roller i familien, fysiske gener/symptomer og senfølger).
 - Der er fokus på nærhed ved at underviserne fortrinsvist kommer fra de forskellige afdelinger i kommunen.
 - For at øge fleksibiliteten for deltagere, er der mulighed for tilmelding til enkelte emner.
 - Der er mulighed for deltagelse af pårørende, samt en gang undervisning målrettet pårørende.
- ➔ **Fysisk træning på niveauopdelte hold – max 40 gange**
 - Tre hold som hver træner 2 gange ugentlig á 60-90 min.
- ➔ **Individuel fysioterapi – max 5 gange**
- ➔ **Individuel ergoterapi – max 10 gange**
- ➔ **Individuel vejledning ved klinisk diætist – max 5 gange**
- ➔ **Forløbskoordination og vejledning ved kræftkoordinator**
- ➔ **Netværkscafé som drives af Kræftens Bekæmpelses lokalafdeling**
- ➔ **Omsorgssamtaler med sygeplejerske for palliative borgere**
- ➔ **Sorggruppe for børn med mistede eller alvorligt syge forældre/søskende**

Samarbejdspartnere

Kommunens kræftkoordinator står for at koordinere samarbejdet mellem forskellige afdelinger i kommunen, samt med privatpraktiserende læger, hospitaler og Kræftens Bekæmpelse.

Internt i kommunen samarbejdes der mellem følgende afdelinger:

Genoptræningen, sundhedsteamet, sygeplejerskerne, hjemmeplejen, jobcentret og sundhedsplejen.

Derudover samarbejdes der med:

- ➔ Kræftens Bekæmpelses rådgivning i Lyngby, som står for en del af undervisningen.
- ➔ Kræftens Bekæmpelses lokalafdeling, som står for at drive netværkscaféen.

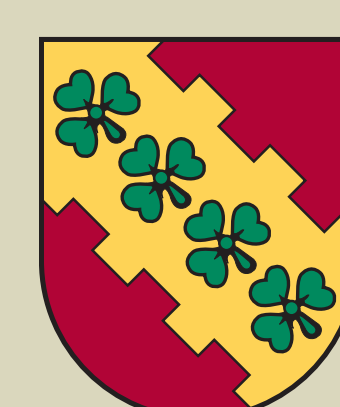
Konklusion

Forløbet er sat i gang pr. 1. januar 2016. Det forventes at nærheden i kræftrehabiliteringen, vil betyde at deltagelsen i forløbsprogrammet, vil være større end for årene 2013-2015.

Kontakt

Christina Bonnevie, kræftkoordinator
Mail: christinabon@htk.dk
Mobil: 3046 0531

Høje Taastrup Kommune
Træningscenter Espens Vænge
Mail: espensvaenge@htk.dk
Tlf: 4335 2484



**Høje-Taastrup
Kommune**



Fotos: Adam Mark, Anne Mie Dreves, Tobi Bruno, Mark Thyrning og Anne U. Engstöm

www.kraeftcenter-kbh.dk

MANDETRÆNING - skulder ved skulder

Wejlgaard J, Ravn J, Olesen SB, Faber C, Trier K

Center for Kræft og Sundhed København, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune

Kontakt: jw@kraeftcenter-kbh.dk

BAGGRUND

Center for Kræft og Sundhed København har siden 2007 afprøvet forskellige ideer målrettet mænd. Som en del af projektet 'Mænd og kommunal kræftrehabilitering – et udviklingsprojekt med henblik på øget rekruttering' etablerede centret i 2014 et træningstilbud for mænd, da de ønskede udfordrende fysisk aktivitet og fællesarrangementer for mænd. Mere 'skulder-ved-skulder' og mindre 'føle-føle'.

MANDETRÆNING - SKULDER VED SKULDER



PRAKTISKE OVERVEJELSER

Enkelt og let tilgængeligt udstyr – hvad enten man er inde eller ude. Vi brugte få og enkle redskaber for at gøre træningen intensiv, motiverende, funktionel og sjov. Overvej musikvalg.

PÆDAGOGISKE OVERVEJELSER

Integrér læring på forskellige niveauer med fokus på teknik og træningslære og benyt forskellige indlæringsteknikker. Gennemgå øvelser sammen med mændene (makkerpar), så de lærer at observere og korrigere. Skab 'det sikre rum' som fysioterapeut.

KONKURRENCE

Udnyt at mændene kan lide konkurrence og brug det som motivation.

"Man yder på en eller anden måde lidt mere, fordi man tænker sådan lidt 'jeg kan godt slå dig'-agtigt."



FÆLLESSKAB

Brug en direkte jargon og forsøg ikke at have et 'magtforhold' (patient/terapeut).

"Det er godt, at mandeholdet findes, fordi vi bliver udfordret på en lidt anden måde, og så er det udmærket at have de der snakke inde i omklædningsrummet."

Projektet var finansieret af tilskud fra Pulje til fremme af ligestilling, Ministeriet for Børn, Undervisning og Ligestilling.

EFFEKT

"Der er et eller andet med det mandehold. Der opstår en anden magi, end der gør på de mixede hold. Der opstår noget, der er rigtigt positivt i balance, ikke."

"Det er godt, at vi bliver presset lidt mere. Jeg presser mig også selv lidt mere, når jeg laver havearbejde, saver brænde og sådan noget. Jeg behøver ikke engang min motorsav mere."

"Jeg er jo nok blevet mere veltrænet, end jeg var, før jeg blev syg. Jeg er i meget, meget bedre form, end jeg nogensinde har været, altså nu her."

EKSEMPEL PÅ TRÆNING

Træning	Styrketræning	Konditionstræning	Cirkeltræning
Mål	Eksplisiv træning, 4-6RM, 80% af max / 1RM	Højintens intervaller eller lange træk mhp. udholdenhed	Korte pauser mellem aktiviteterne, alle muskelgrupper
Indhold	Opvarmning / tekniktøring 6 øvelser inspireret af vægtløftning fx squat, dødløft, bænkpres. Udspænding/bækkenbund	Opvarmning / lette intervaller Ro-regatta med makkerskift / 5 intervaller á 10 min med 30 sek. spurt. Afslut med hockey	Opvarmning fx boldspil, 10 øvelser med lav vægt, 45 sek. arbejde/20 sek. pause x 3 Afslut med stafet/konkurrence

Mandetræningen varer 1½ time ugentligt, og der er 14-20 deltagere og to mandlige fysioterapeuter på holdet. Træningen foregår efter et rul med hhv. styrketræning, konditionstræning og cirkeltræning.



TRÆNING I NATUREN

Mål for træning i centret kan være deltagelse i forskellige events tilrettelagt i samarbejde med Naturstyrelsen. Det kan fx være 'Træning & mad i Dyrehaven' eller orienteringsløb.

BÆKKENBUNDSTRÆNING FOR MÆND

Et tilbud, hvor bækkenbunden/core er på dagsordenen. Knibefunktionen trænes med fokus på det funktionelle relateret til hverdagsituationer.

FRA IDE TIL TILBUD

Mandetræning giver mulighed for erfaringsudveksling og samvær med ligestillede, hvilket har betydning for mænds håndtering af kræftsygdom. Selv om mænd ikke vil tale om sygdom, så skaber samværet om aktiviteter med andre mænd et frirum for udveksling af sygdomsrelaterede emner. Mandetræning er derfor overgået til drift, og alle henviste mænd tilbydes deltagelse.



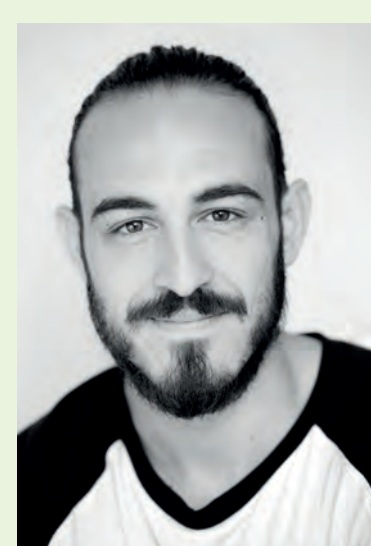
Claus Faber
Fysioterapeut



Johnny Wejlgaard
Fysioterapeut



Steven B. Olesen
Fysioterapeut



Jonas Ravn
Fysioterapeut



Karen Trier
Forskningskoordinator
Sygeplejerske



Fotos: Adam Mark, Anne Mir Deves, Tais Bruns, Mark Thyring og Anne-Li Engström



www.kraeftcenter-kbh.dk

KONTAKTPERSON i kræftrehabilitering

Møller B, Birkemose HK, Trier K
Center for Kræft og Sundhed København, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune
Kontakt: bm@kraeftcenter-kbh.dk

BAGGRUND

I Center for Kræft og Sundhed København (CKSK) tilknyttes alle henviste borgere en sundhedsprofessionel kontaktperson (sygeplejerske, fysioterapeut, ergoterapeut eller diætist), som i samråd med borgeren vurderer behov for og tildeler rehabiliteringsindsatser samt koordinerer borgerens samlede tværfaglige rehabiliteringsforløb i CKSK.

KONTAKTPERSONENS KVALIFIKATIONER

Funktionen kræver viden om kræftdiagnoser og -behandlinger, og herunder bivirkninger og andre følger - såvel fysiske som psykiske, sociale og åndelige. Kontaktpersonen skal kunne anvende sundhedsfremmende principper med fokus på ressourcer og muligheder og skal med udgangspunkt i 'Den Motiverende Samtale' have en nysgerrig, anerkendende og coachende tilgang til borgere og pårørende.

KONTAKTPERSONENS OPGAVER

Med udgangspunkt i ICF's forståelsesramme foretager kontaktpersonen en systematisk afdækning, uddybende udredning og kvalificeret vurdering af borgerens rehabiliteringsbehov. I samspil med borgeren afdækkes ønsker og mål for rehabiliteringsforløbet, og gennem tildeling af rehabiliteringsindsatser tilrettelægges og koordineres borgerens tværfaglige forløb i CKSK. Indsatsen leveres gennem minimum tre planlagte samtaler med borgeren (tabel 1).

DET TVÆRFAGLIGE REHABILITERINGSTEAM

Det tværfaglige rehabiliteringsteam inddrages altid ved behov for en uddybende fagspecifik vurdering eller med henblik på faglig vejledning/sparring for medarbejderen selv. For at borgeren skal opleve kontinuitet, koordination og sammenhæng i rehabiliteringsforløbet, skal det tværfaglige team afsætte tid til sparring og sikre, at der er et højt indbyrdes informationsniveau og anvende ICF som fællessprog.

TABEL 1. KONTAKTPERSONENS OPGAVER

	Første kontakt	Visitationssamtale	Opfølgningssamtale	Afslutningssamtale	Telefonsamtaler
Hvornår	Telefonisk 2-5 hverdage efter modtagelse af henvisning	Tilstræbes afholdt inden for 10 hverdage efter første kontakt	Minimum én samtale afholdt max. tre måneder efter første samtale. Gerne flere samtaler efter behov		Aftales individuelt, men der skal som minimum være booket en fremtidig telefonsamtale hos kontaktpersonen
Varighed*	15 minutter	1 time	½-1 time	1 time	15 minutter
Formål (hvorfor)	Oplyse om, at CKSK har modtaget henvisningen og etablere kontakt	Vurdere og afklare behov for og ønsker til rehabilitering	Vurdere det samlede rehabiliteringsforløb indtil aktuelle, herunder status for kræftsygdom og behandlingsforløb	Evaluerer det samlede rehabiliteringsforløb samt plan for fremtiden	Rådgivning og/eller skabe motivation, tryghed, håb
Mål (hvad)	Aftale tid til visitations-samtale og informere om mulighed for at have pårørende med til samtalen.	Udarbejde handleplan med mål og tildele indsatser for forløb i CKSK	Evaluerer og justerer handleplan, herunder opnåelse af mål og behov for yderligere interventioner	Evaluerer handleplan og opnåelse af mål samt tale om mål og handlinger for fremtiden	
Indhold	Fremsende med digitalpost: • Indkaldelsesbrev • Støtte til livet med kræft Evt. rekvirering af tolk / kørsel	Vurdering skal tage udgangspunkt i: • Kræftsygdom • Kræftbehandling • Bivirkninger/følger • Psykosocial status • Livsstil (KRAM) • Oplevede behov • Ønsker og motivation • Oplysningskema • 'Støtte til livet med kræft' Indhente samtykke Borgeren måles og vejes Kort meddelelse til egen læge om rehabiliteringsstart	Evaluerer og justerer af mål og handleplan i forhold til opnåelse af kortsigtede delmål og langsigtede mål samt vurdering af behov for yderligere intervention fx viderehenvisning til motionsvejleder	Evaluerer skal tage udgangspunkt i: • Handleplan • Tilrettelæggelse • Gennemførelse • Forslag til ændringer • Fastholdelse af livsstilsændringer • Fremtidige handlinger Evt. henvise til motionsvejleder Epikrise til egen læge og evt. behandlende afdeling	

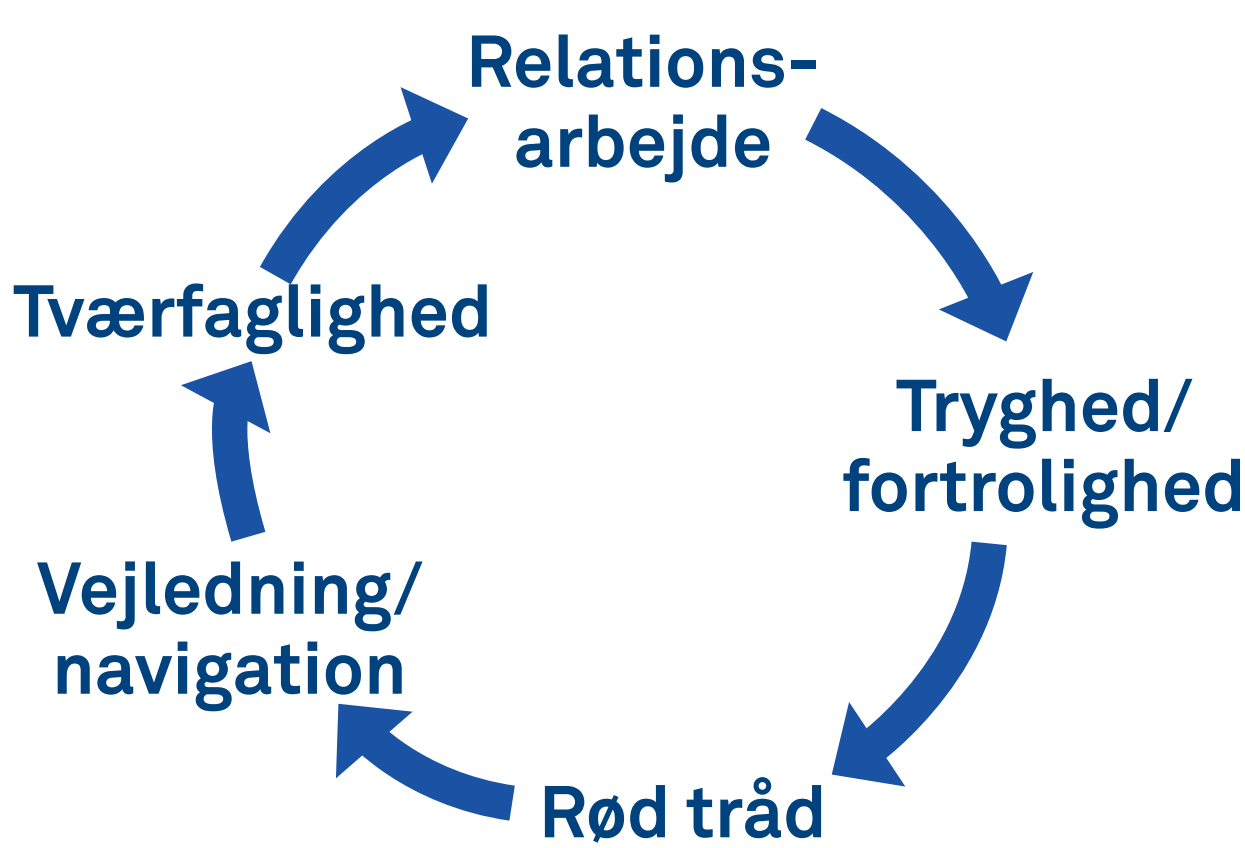
* Den angivne tid er den maksimale ATA-tid, dvs. kun den tid, der bruges sammen med borgeren ved selve samtalen. Tidsforbrug til forberedelse, administration mv. er ikke inkluderet.

"Det var simpelthen så vigtigt, jeg kom der-ned. Det blev min livline, fordi jeg havde en kontaktperson, der ringede til mig en gang imellem og spurgte, hvordan jeg havde det. En, der på et tidspunkt forsigtigt spurgte, om ikke jeg havde mod på at komme og træne i centret eller som sagde, at jeg bare kunne komme og få en snak."



"Centret har været helt unikt for mig i forhold til at komme på benene igen. Det er mulighedernes sted, hvor man får en masse forståelse og omsorg. Jeg fik hjælp til stort set alt. Ikke mindst til at finde den gode følelse i livet igen."

SAMMENHÆNG I FORLØB



Bell Møller
Sygeplejerske



Heidi Birkemose
Ergoterapeut



Karen Trier
Forskningskoordinator
Sygeplejerske



Fotos: Adam Mark, Anne Mie Dreves, Tobi Bruno, Mark Thyrring og Anne-Li Engstöm

www.kraeftcenter-kbh.dk

FRA ULIGHED TIL LIGHED – et udviklingsprojekt

Andersen C W og Vibe-Petersen J

Center for Kræft og Sundhed København Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune

Kontakt: cwa@kraeftcenter-kbh.dk

BAGGRUND

Veluddannede borgere, der bor i Københavns Kommune og rammes af kræft, bliver hyppigere henvist til rehabilitering i Center for Kræft og Sundhed København (CKSK) end borgere med kort eller ingen uddannelse (Moustsen et al, 2015). Der er mange og komplekse årsager hertil. Det belyser Statens Institut for Folkesundhed i publikationen *Når man har sagt A, må man også sige B* (Pedersen et al, 2015). Rapporten kan læses på centrets hjemmeside.

Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft har fokus på social ulighed. I Københavns Kommune er social ulighed i sundhed ligeledes et prioriteret område. CKSK har derfor igangsat et udviklingsprojekt (2015-17).

Projektet arbejder med to perspektiver:

DET UDADRETTEDE PERSPEKTIV – hvem skal hjælpe os med at skabe lige adgang?



MÅL

At skabe større *lighed i adgangen* til rehabilitering gennem bedre samarbejde med vores omverden.



AKTIVITETER

Vi ønsker at styrke vores samarbejde med følgende aktører:

- **Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen.** Møder sygemeldte borgere i den arbejdsdygtige alder, og kan henvise direkte til CKSK.
- **Hospitaler.** I samarbejde med Rigshospitalet tilbyder CKSK sårbare borgere samtaler om rehabilitering på særlige vilkår. Disse borgere kan ofte ikke overskue rehabilitering, eller de har dårlige erfaringer med kommunen og afviser derfor det kommunale tilbud. En samtale gennemført af en medarbejder fra CKSK kan sætte ansigt på centret og skabe tryghed og tillid.
- **Praktiserende læger.** Skal kende vores tilbud og være særligt opmærksomme på at henvise kortuddannede, der typisk ikke efterspørger kommunale sundhedsydelser.
- **Andre professionelle aktører.** Fx har Socialforvaltningen og boligsociale medarbejdere i udsatte byområder kontakt til mange udsatte borgere. Hvis de kender CKSK, kan de brobygge til centret.

DET INDADRETTEDE PERSPEKTIV – hvordan vil vi udvikle vores drift?



MÅL

At tilstræbe *reel lighed* ved at kigge kritisk på egen praksis og sikre, at alle borgere uanset uddannelsesmæssig baggrund tilbydes relevant rehabilitering.



AKTIVITETER

- Udvikle et neutralt men præcist **sprog**, når vi taler om ulighed – målgruppe og handlemuligheder.
- Synliggøre og anerkende **det 'usynlige' rehabiliteringsarbejde** – relations- og motivationsarbejdet – der nogle gange står alene, andre gange er en forudsætning for, at borgeren kan deltage i holdtilbud (fx træning / patientundervisning).
- Kritisk se på egne tilbud – har vi **tilbud** til alle, eller mangler vi noget?
- Kritisk se på vores kompetencer – har alle medarbejdere de rigtige **redskaber** til at skabe forandring hos meget forskellige borgere? Er vi dygtige nok til at differentiere i **metoder** og **tilgang** i **mødet** med borgerne?
- Forholde os organisatorisk til, om vi kan **rumme alle** – skal vi stille minimumskrav, og i givet fald hvilke?
- Styrke **samarbejdet** med andre professionelle aktører, med hvem vi har 'fælles' borgere, for at skabe mere sammenhængende og koordinerede forløb for den enkelte og undgå dobbeltarbejde.



Carina Wedell
Andersen
Projektleder



Jette Vibe-Petersen
Centerchef



www.kraeftcenter-kbh.dk

SOCIALRÅDGIVEREN - en vigtig medspiller i kræftrehabilitering

Mette Aabo og Jette Vibe-Petersen

Center for Kræft og Sundhed København, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune
Kontakt: maa@kraeftcenter-kbh.dk

BAGGRUND

Rehabilitering er en intervention af fysisk, psykisk, social og åndelig karakter og planlægges med borgeren i centrum.

I Region Hovedstadens implementeringsplan for rehabilitering og palliation indgår social intervention som en ”skal” opgave for kommunerne.

I Center for Kræft & Sundhed København (CKSK) har socialrådgivning siden 2009 været en integreret del af den tværfaglige rehabiliteringsindsats.

HVORFOR SOCIALRÅDGIVER?

Socialrådgiveren kan tilbyde psykosocial støtte samt rådgivning og vejledning om lovgivningens muligheder. Herved bidrager den socialfaglige indsats til borgerens mestring af udfordringer af familiær, økonomisk og arbejdsmarkedsrelateret karakter.

Den socialfaglige indsats kan have en afgørende betydning for, om en rehabiliteringsindsats lykkes. Socialfaglige ydelser bidrager til lighed i rehabilitering, specielt for borgere med komplekse problemstillinger udover den aktuelle kræftsygdom.

Muligheden for at søge råd og vejledning ved en socialrådgiver, der har indsigt i lovgivning, kendskab til kommunal organisering og erfaring med kræftområdet, kan mindske stress samt målrette patientens energi og fokus på håndtering af behandling og følger til denne.

EKSEMPLER PÅ SOCIALFAGLIG INDSATS

Familie, venner og fritid

- Opmærksomhed på børns trivsel og familiens håndtering af situationen
- Brobygning til relevante kommunale instanser f.eks vedr. bekymring for børn
- Hjælp til strukturering af hverdagslivet
- Håndtering af udfordringer relateret til parforhold og intimitet
- Kommunikation og konkrete håndteringsstrategier, når sygdom og behandling forandrer og begrænser

Økonomi

- Skabe overblik og rådgive om muligheder inden for offentlige ydelser/legater/forsikring
- Etablere afdragsordninger og evt. brobygge til gældsrådgivere
- Rådgive om handicaptillæg og orlovsordninger

Arbejdsmarked

- Håndtering af arbejdssituationen under og efter behandling
- I tilfælde af reduceret arbejdsevne rådgive om fastholdelsesmuligheder på arbejdsmarkedet, fleksjob og førtidspension og bygge bro til relevante kommunale instanser
- Kvalificere borgerens samarbejde med jobcenter og arbejdsplads ved at tilføre erfaring og viden fra kræftområdet

Samarbejdet med borgeren er ofte baseret på flere problemstillinger, da udfordringer og begrænsninger kan have en dominolignende virkning på den sociale situation.

210 borgere var fra 1. juli 2013 - 30. juni 2014 i kontakt med en socialrådgiver i CKSK. Tabellen illustrerer karakteren af borgernes udfordringer set ift. beskæftigelse og civilstand.

	ALENEBOENDE			SAMBOENDE			Chi ² -test
	Ledig n=49	Beskæftiget n=32	Uden for arbejdsstyrke n=23	Ledig n=37	Beskæftiget n=56	Uden for arbejdsstyrke n=13	
MÆND / KVINDER	19 / 30	5 / 27	6 / 17	13 / 24	12 / 44	3 / 10	
ALDER (MEAN) ÅR	51.4	51.7	51.4	47.7	48.0	45.0	
1 Hjælp vedr. arbejdsmarked	86 %	100 %	22 %	76 %	91 %	31 %	p=0.0000*
2 Hjælp vedr. økonomi	73 %	53 %	78 %	65 %	38 %	85 %	p=0.0003*
3 Hjælp vedr. psykosocialt	73 %	59 %	70 %	62 %	54 %	69 %	p=0.3823
4 Hjælp vedr. familie	27 %	31 %	17 %	57 %	25 %	31 %	p=0.0115*
Hjælp 1+2	61 %	53 %	Beregnes ikke, da fokus ikke er arbejde	46 %	32 %	Beregnes ikke, da fokus ikke er arbejde	p=0.0240*
Hjælp 1+2+3	51 %	44 %		30 %	20 %		p=0.0050*
Hjælp 1+2+3+4	20 %	16 %		24 %	13 %		p=0.4787

Uoplyst n = 4 indgår ikke i tabellen.

* signifikant



Mette Aabo
Socialrådgiver,
coach



Jette Vibe-Petersen
Centerchef



Fotos: Adam Mark, Anne Mie Dreves, Tobi Bruno, Mark Thyrning og Anne Li Engblom

www.kraeftcenter-kbh.dk

MAD er ikke noget, man bare spiser

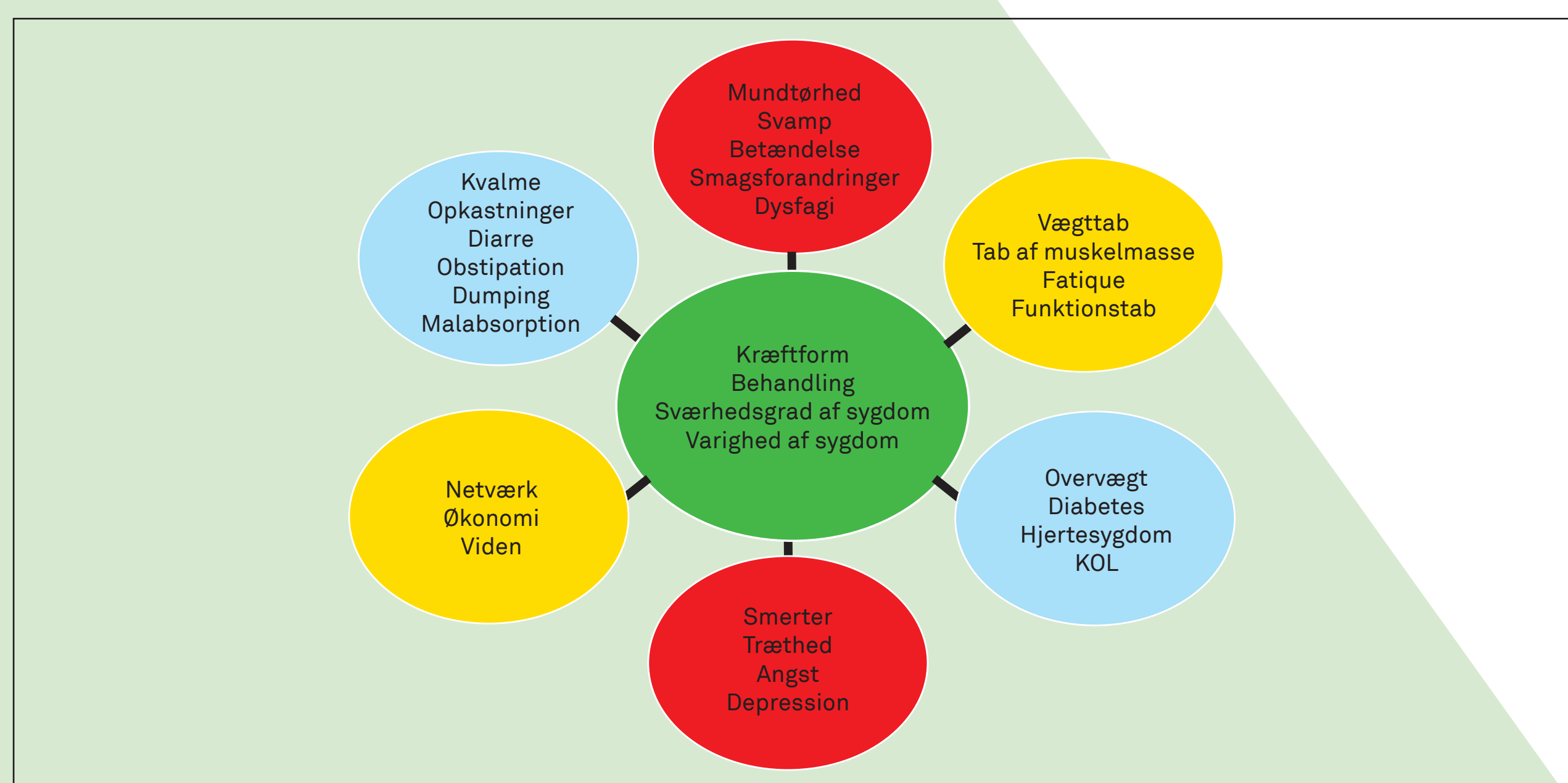
Sode V

Center for Kræft og Sundhed København, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune
Kontakt: vs@kraeftcenter-kbh.dk

BAGGRUND

Mennesker, der rammes af kræftsygdom, udvikler ofte forbigående eller vedvarende problemer med deres kostindtag og ernæringstilstand.

Problemer med kosten er meget forskellige afhængigt af sygdom, lokalisation, progression og varighed samt behandlingens karakter. Faktorer som komorbiditet, viden, netværk, sociale vilkår og økonomi har ligeledes betydning for problemernes kompleksitet.

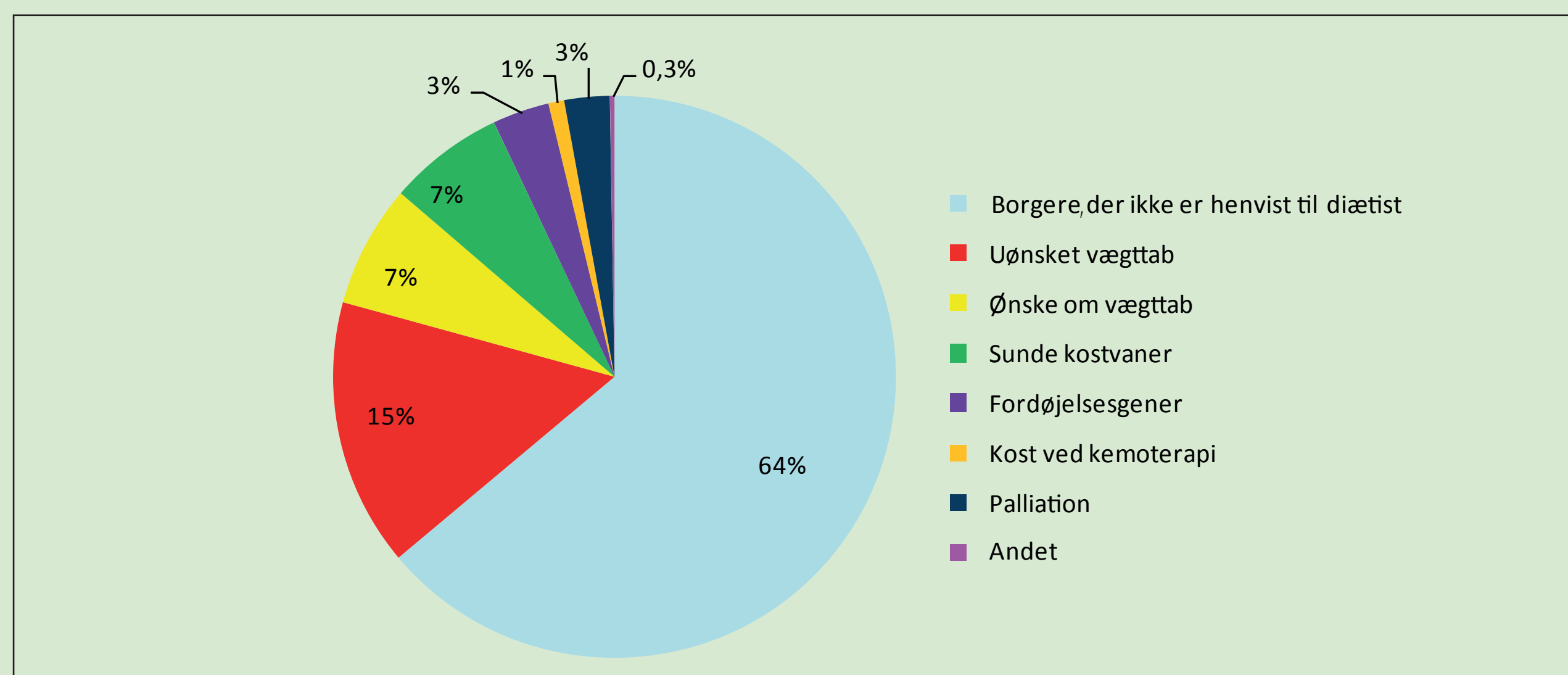


ERNÆRINGSVEJLEDNING er integreret i en tværfaglig indsats

Center for Kræft og Sundhed København (CKSK) har en diætist i hvert af tre tværfaglige teams. Diætisten varetager individuel ernæringsvejledning, undervisning og foredrag. Alle borgere, der deltager i et fysisk træningsforløb, undervises i kostens betydning ved træning, og kostundervisning er et element i den tværfaglige patientundervisning.

Af de 768 borgere, der påbegyndte et rehabiliteringsforløb i CKSK i 2014, modtog 277 (36%) mindst én individuel vejledning ved diætist (median 2, range 1-12). Individuelle vejledninger følges op ved borgerens samtaler med kontaktperson, og ved behov udføres vægtkontrol i forbindelse med træning.

Vejledninger kan suppleres med undervisningstilbud med køkkenpraktik "Synk Let", der er målrettet borgere med synkebesvær, og "Kogeskole", der handler om sunde kostvaner.



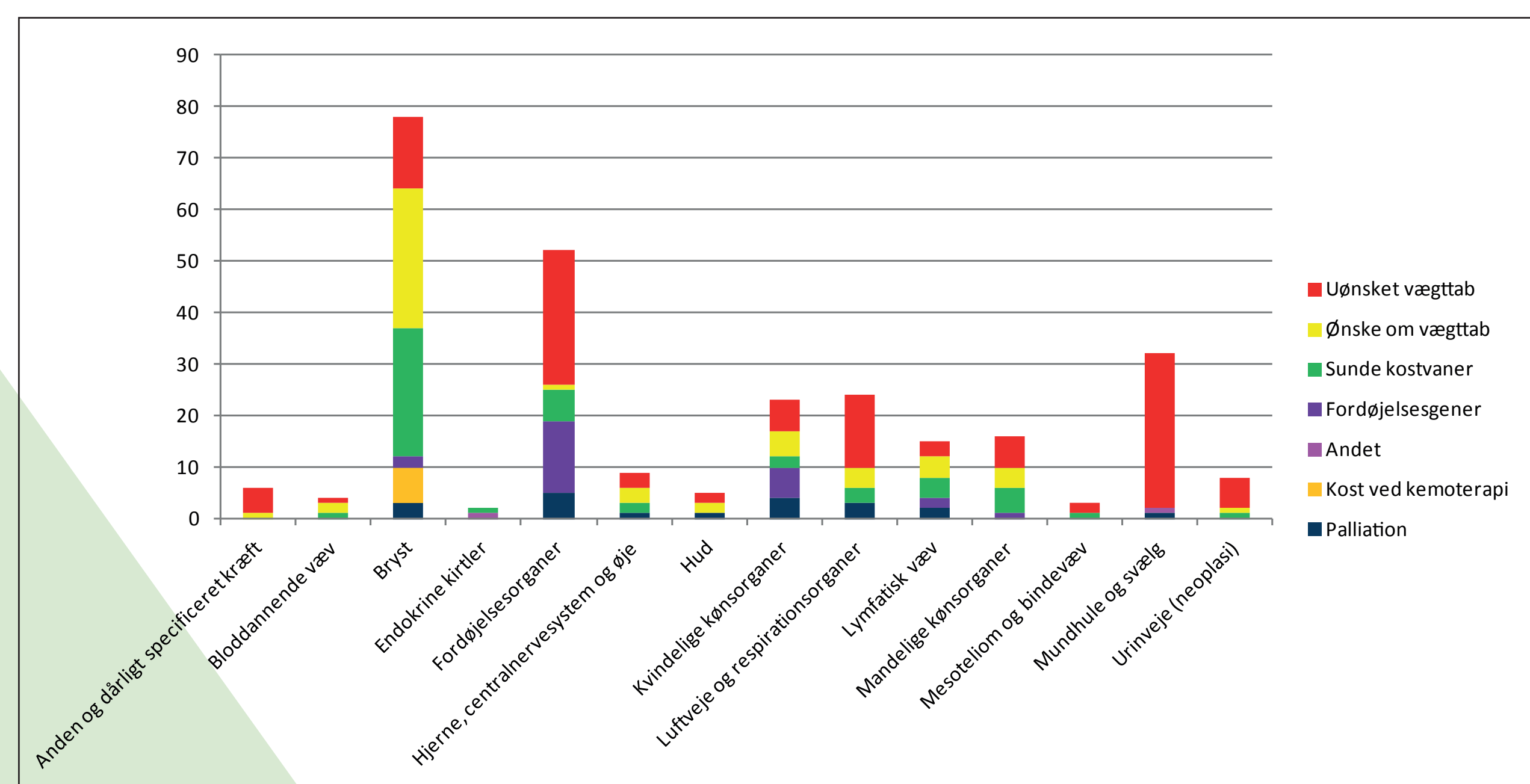
n=768 borgere med påbegyndt rehabiliteringsforløb i 2014.

VARIATION I INDSATS afhænger af diagnose og progression

Kvinder med brystkræft udgør den største gruppe af borgere med forløb i CKSK. I de fleste tilfælde modtager kvinderne forebyggende medicinsk efterbehandling og/eller stråleterapi. Kvinderne har ofte fokus på at gøre en aktiv indsats for at forebygge tilbagefald. Ernæringsvejledningen omhandler derfor ofte kostomlægning til sunde kostvaner, spørgsmål vedrørende alternativ behandling, forebyggelse af vægtøgning eller støtte til vægttab.

Borgere, henvist til CKSK med kræftsygdom i mundhule, svælg og fordøjelsesorganer eller med stråleskader i underlivet, har ofte mange og komplekse ernæringsmæssige udfordringer med blandt andet dysfagi eller malabsorption, der kan medføre stort vægttab og undervægt.

Ved alle kræftsygdomme kan der forekomme nedsat kostindtag pga. manglende appetit, smerter, kvalme, tørhed og svamp i munden, synkebesvær, forstoppelse, diarré mv. Her har borgeren, sideløbende med behandling af symptomer, behov for konkret praktisk vejledning med henblik på forebyggelse af uønsket vægttab og dermed tab af muskelmasse, funktionsevne og livskvalitet.



277 borgere, med påbegyndt rehabiliteringsforløb i 2014, fordelt på diagnose og ernæringsproblem.

ANBEFALING

Diætvejledning og ernæringsterapi ved erfaren diætist bør som minimum tilbydes ved:

- Utilsigtet vægttab på $\geq 5\%$ /3 mdr, vedvarende nedsat kostindtag og/eller BMI $\leq 20,5$ (ved aktiv sygdom kan ernæringsrisiko baseret på vægtudvikling overses pga ødemer, ascites mv.)
- Kræftsygdom i bugspytkirtel, mavesæk, tarm, hals og mundhule samt stråleskade i fordøjelseskana
- Ernæringsrelaterede bivirkninger og senfølger ved udbredt sygdom
- Kræftrelaterede ernæringsbehov, der vanskeliggøres grundet anden diæt-krævende sygdom som cøliaki, diabetes mv.
- Ernæringsvejledning ved palliation

44 % angiver at have ernæringsmæssige problemer 15 måneder efter en kræftdiagnose.

Mikkelsen Family Practice 2009;26:221-30



Vibeke Sode
Klinisk diætist,
cand.scient.



Kolding
Kommune

Livet med kræft



Sundhedscenter
Kolding

Er du eller en i din familie ramt af kræft, og har brug for støtte og rådgivning?

Afdelingen for Sundhedsfremme og Forebyggelse tilbyder:

Telefonisk eller personlig samtale med sygeplejerske, hvor vi sammen finder ud af, hvad du/I har behov for.

Det kan f.eks. være:

- Personlig rådgivning ved en rådgiver fra Kræftens Bekæmpelse
- Støttende samtaler med sygeplejerske
- Mindfulness forløb for kræftramte
- Samtaler i grupper for pårørende
- Kostvejledning på hold eller individuelt
- Koordinering og vejledning til anden hjælp
- Hjælp til rygestop
- Alkoholrådgivning
- Træning

Tilbuddet er gratis og for borgere i Kolding Kommune.

” Når tankerne kører i ring, specielt om natten, fokuserer jeg på min vejrtrækning - sådan som jeg har lært i mindfulness forløbet.

At være pårørende til en kræftramt er hårdt arbejde, og det er godt at tale med nogen, der bare vil lytte til mig.

Når jeg har været til træning ved jeg, at jeg har gjort noget godt for min krop - og så har jeg det også bedre psykisk. **”**

Citater fra brugere af "Livet med kræft"

Kontakt:



Britta Vestermark
Husfeldt
Sundhedskoordinator
Tlf. 21 26 73 20
Mail: brbi@kolding.dk



Lise Rolsted Ottosen
Sundhedskoordinator
Tlf. 20 49 74 44
Mail: lisot@kolding.dk

Andre muligheder for hjælp og støtte:

Kræftrådgivningen i Vejle, Kræftens Bekæmpelse

Beriderbakken 9
7100 Vejle
Man-ons: 10.00-16.00
Tors: 10.00-18.00
Fre: 10.00-13.00
Tlf.: 70 20 26 86
Mail: vejle@cancer.dk
www.cancer.dk/vejle

Frivillig Kolding

Slotsgade 22
6000 Kolding
Man-tor: 10.00-16.00
Tlf.: 75 50 79 02
Mail: info@frivilligkolding.dk
www.frivilligkolding.dk

Sorggrupper for børn og unge

www.koldingsorggruppe.dk

Kræftens Bekæmpelse

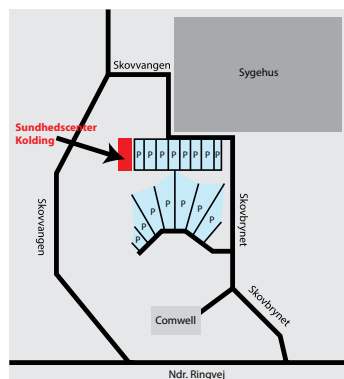
Kolding Lokalforening
www.cancer.kolding.dk



Nedenstående tilbud er arrangeret af Kræftens Bekæmpelse, Kolding Lokalforening:

Træning for kræftpatienter ved FOF
www.fof.dk Kolding

**Vandgymnastik for
brystopererede i Slotssøbadet**
www.cancer.kolding.dk



Sundhedscenter Kolding
Sundhedsfremme og forebyggelse
Skovvangen 2A
6000 Kolding
Tlf. 79 79 6000
www.sundhedscenterkolding.dk
sundhedsfremme@kolding.dk

KRÆFTREHABILITERING

Lolland Kommune

FORMÅL

Formålet med kræftrehabilitering i Lolland Kommune er at støtte og inspirere borgeren til et aktivt liv og opnå højst mulig livskvalitet i egen hverdag.



Træningen foregår ved Maribo Søndersø

Citat fra borger:

"Sådan et givende forløb skulle tilbydes andre patientgrupper. Jeg kan kun sige, at jeg ikke ved, hvad jeg skulle have gjort uden.
.....Af hjertet tak".



Citat fra borger:

"At der er tid til en snak os kræftramte imellem, og de små snakke med personalet er guld værd".

INDHOLD

Indholdet i tilbuddet veksler mellem teori og den praktiske fysiske træning indendørs og/eller udendørs, fordelt over 2 dage i ugen.

Tilbuddet kan indeholde følgende emner: Mindfulness, yoga, mestring af hverdagsliv, medicin, smerter, besøg i Snoezelhuset, ernæring og praktisk madlavning.

Undervisere er tværfagligt personale. Fysioterapeuter og sygeplejersker er faste gennemgående personer i forløbet, medens ergoterapeuter, diætist, socialrådgiver, præst, sexolog og personale fra Kræftens Bekæmpelse deltager på enkelte moduler i forløbet.

Kontaktpersoner:

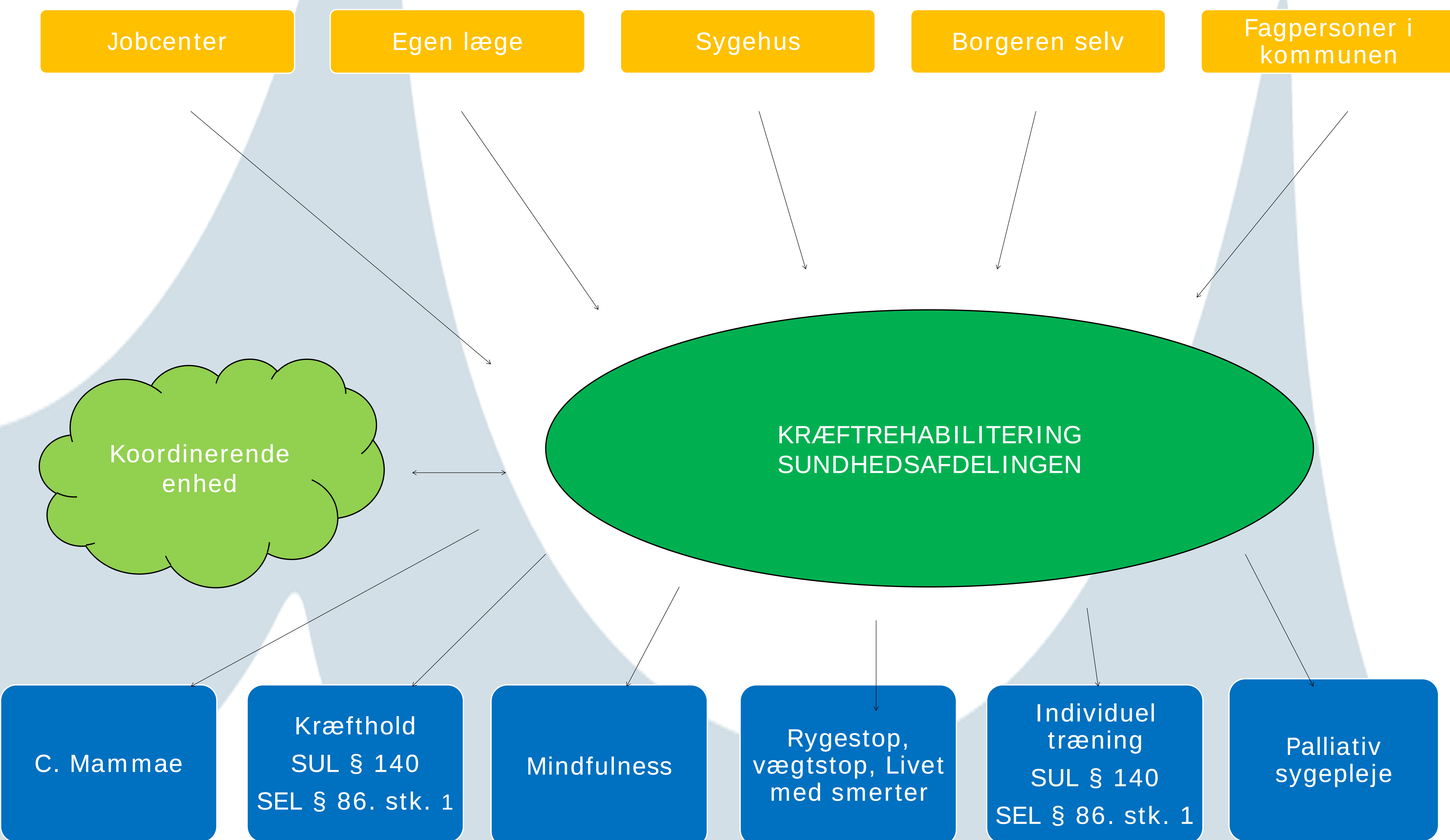
Fysioterapeuter Dorte Morell, domor@lolland.dk og

Stine Skjoldby, skjold@lolland.dk, tlf: 40322710

Sygeplejersker Helle Jørgensen, hebjo@lolland.dk og

Catrine Lyng Rubini, catbr@lolland.dk

Middelfart kommunes rehabiliteringstilbud til borgere med kræft



Koordinerende enhed og opgaver:

- I Middelfart kommune er der nedsat en koordinerende enhed med repræsentation fra Job og Vækstcentrets sygedagpengeteam og aktiv team, samt fra Sundhedsafdelingen. Den koordinerende enhed har til opgave at mødes 6 gange årligt for at holde fokus på den tværfaglige og rehabiliterende tilgang til borgere med kræft. Den koordinerende enhed drøfter og kommer med forslag til ændringer i tilbuddene til kræftramte borgere, så de løbende tilpasses behovet. Den koordinerende enhed fungerer samtidigt som videns ansvarlige i forhold til kollegaerne og har til ansvar at holde sig a jour i forhold til den nyeste viden indenfor kræft og rehabiliteringstilbud.

Indgang til træningstilbud

- Når borgeren, pårørende eller samarbejdspartnere henvender sig og efterspørger træningstilbud har vi i Middelfart kommune valgt, at det er den vidensansvarlige fysioterapeut på cancerområdet som i dialog med borgeren vurderer om borgeren hører til målgruppen for et kommunalt tilbud og kan profitere af tilbuddet. Terapeuten beder efterfølgende Myndighedsafdelingen om en visitation efter Servicelovens § 86. stk.1. Dette bevilges altid.

Kræftrehabilitering



Et tilbud til borgere over 18 år bosat i Morsø kommune, som har eller har haft en kræftsygdom.

Formålet er:

- At borgeren bliver i stand til at håndtere hverdags- og arbejdslivet under og efter behandling.
- At begrænse evt. komplikationer af sygdommen.
- At fremme sundheden ved at gøre borgeren i stand til at mestre egen situation.

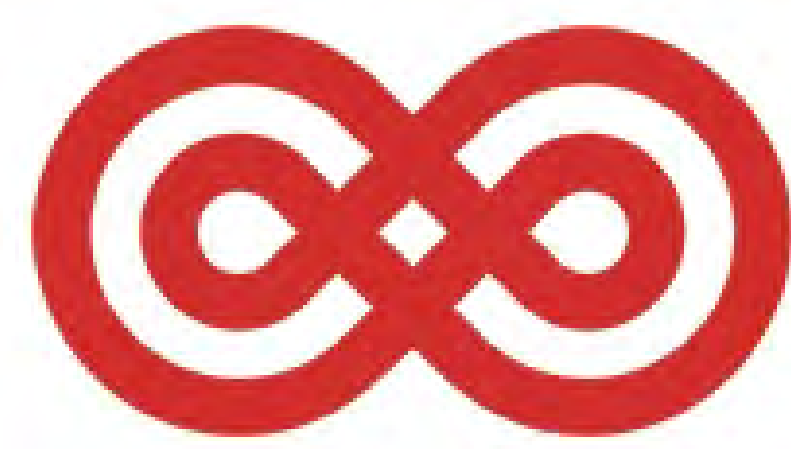
Borgeren har efter eget ønske og behov mulighed for at til- og fravælge de enkelte tilbud.

- Indledende samtale ved sygeplejerske.
Ud fra denne samtale findes de kommunale tilbud, der kunne være relevant og støttende
- Træning ved fysioterapeut 2 x ugentlig (max 12 uger)
- Undervisning ved sygeplejerske, fysioterapeut, ernæringskonsulent
- Afslutningsvis tilbydes et 4 mdrs. forløb - *Glæde i bevægelse*.
Glæde i bevægelse er et motionstilbud herudover er der sideløbende et samvær med andre/cafétilbud, som drives i samarbejde med frivillige – et åbent tilbud under og efter forløbet.



Bedre liv med kræft

Kursus til borgere som har, eller har haft, en kræftdiagnose.



Kræftens Bekæmpelse

- Kræftrådgivningen i Næstved



Næstved
Sundhedscenter

REGION SJÆLLAND
NÆSTVED SYGEHUS

- vi er til for dig

**Næstved
Lægeforening**

Næstved Sundhedscenter

Præstøvej 67 • 4700 Næstved

Telefon: 55 88 14 00 / 21 67 76 48

Email: Sundhedscenter@naestved.dk

www.naestved.dk/sundhed

NÆSTVED
KOMMUNE

Overordnet formål:

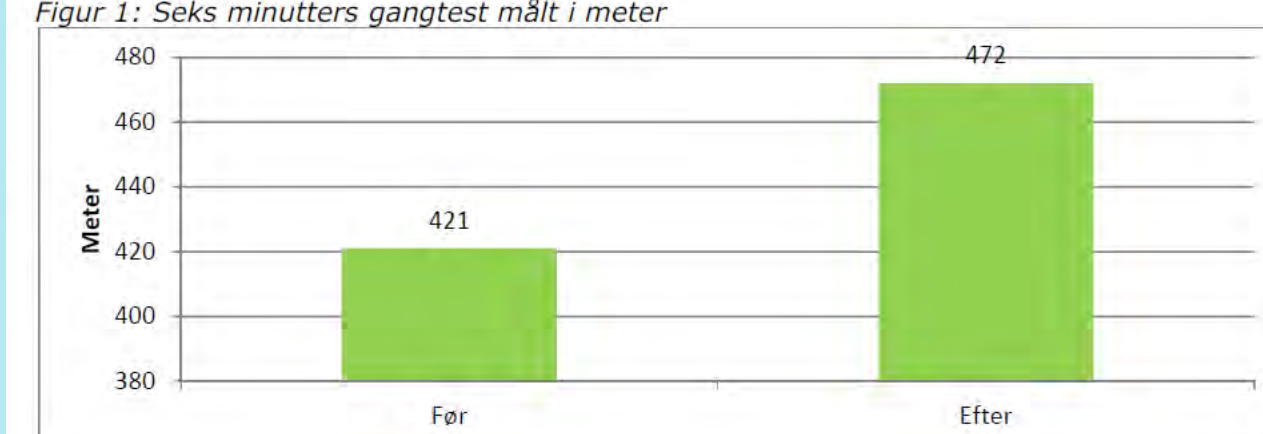
Projekt, der skal styrke og udvikle den tværsektorielle indsats i forhold til kræfttramte borgere i Næstved Kommune.

Samarbejdspartnere:

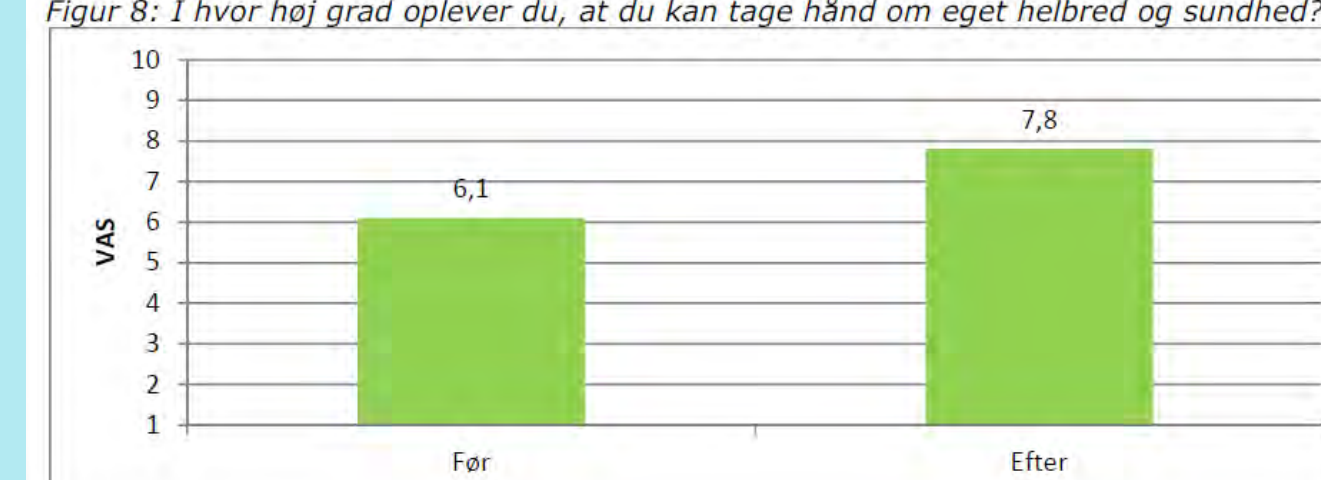
Projektet er et samarbejde mellem Næstved Sundhedscenter, Kræftrådgivningen i Næstved (Kræftens Bekæmpelse), Onkologisk afdeling på Næstved Sygehus og Næstved Lægeforening.

Resultater:

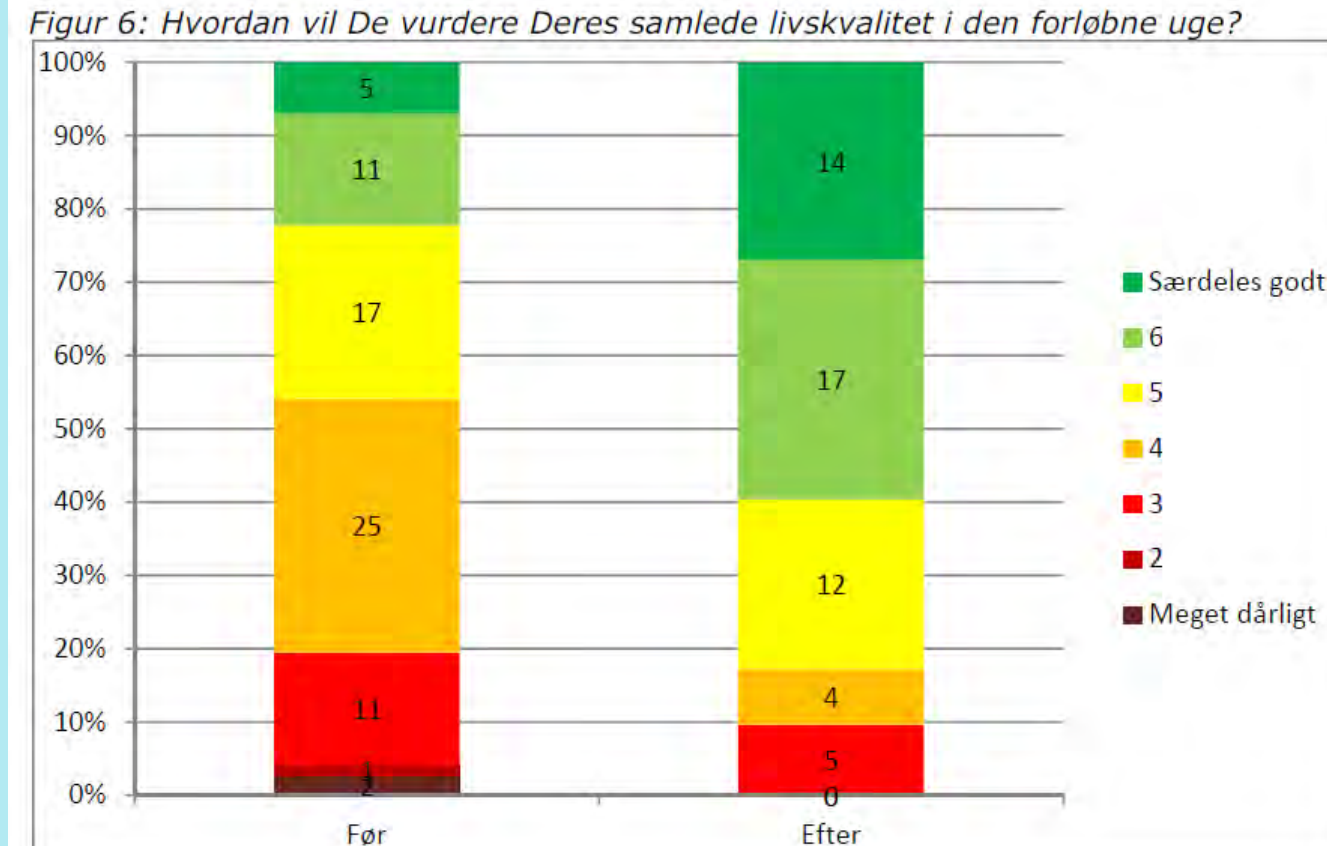
Figur 1: Seks minutters gangtest målt i meter



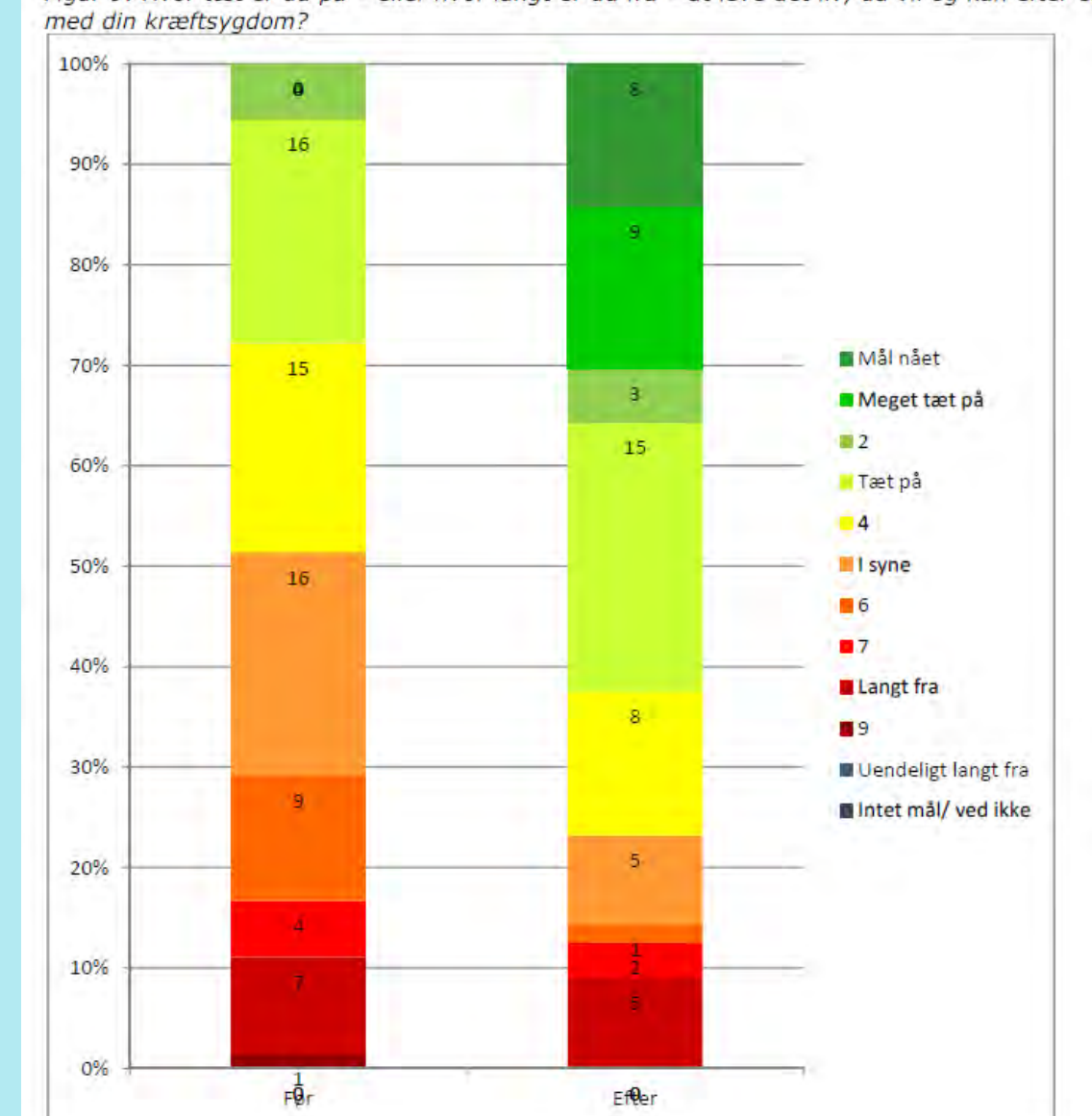
Figur 8: I hvor høj grad oplever du, at du kan tage hånd om eget helbred og sundhed?



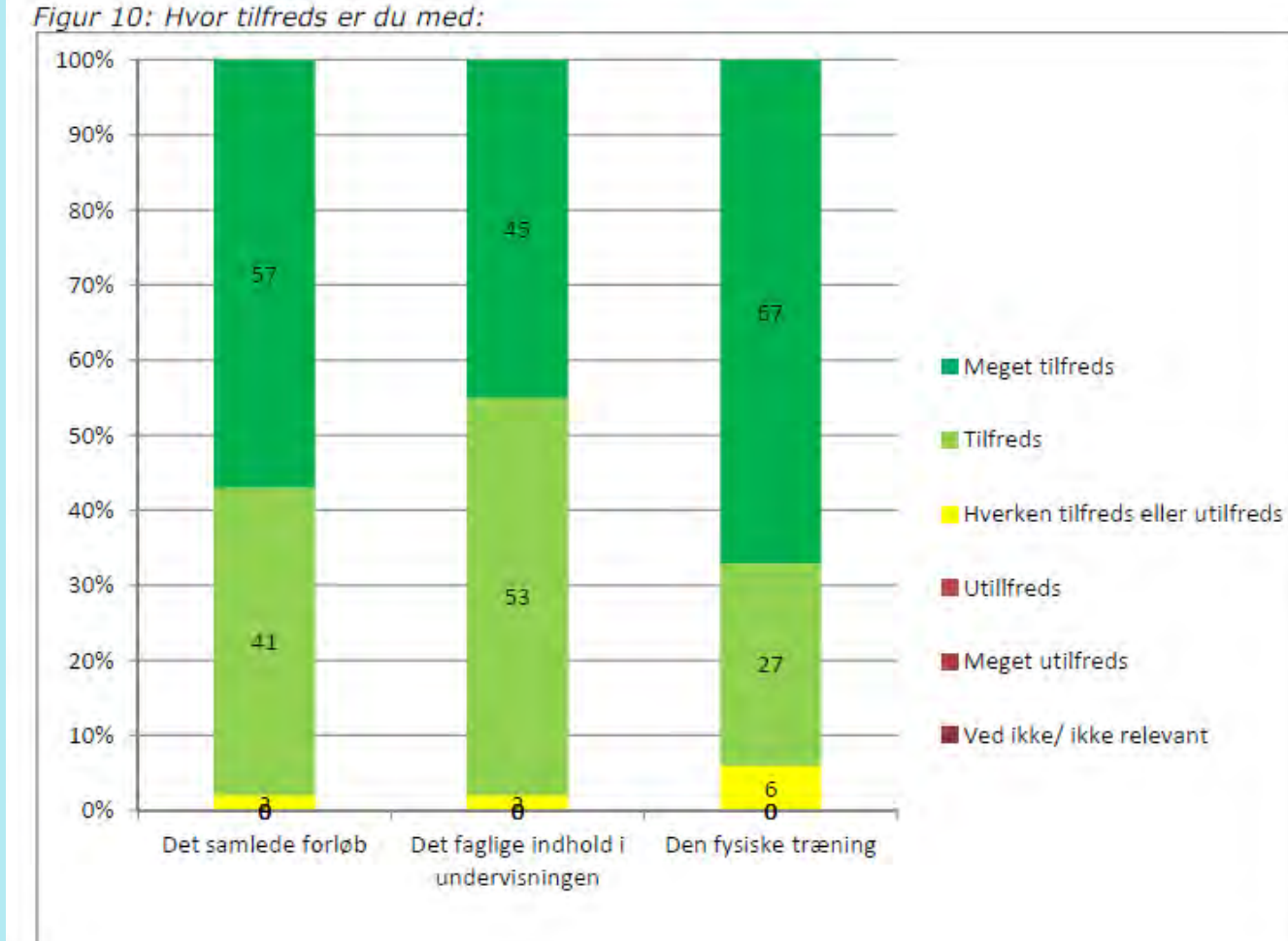
Figur 6: Hvordan vil De vurdere Deres samlede livskvalitet i den forløbne uge?



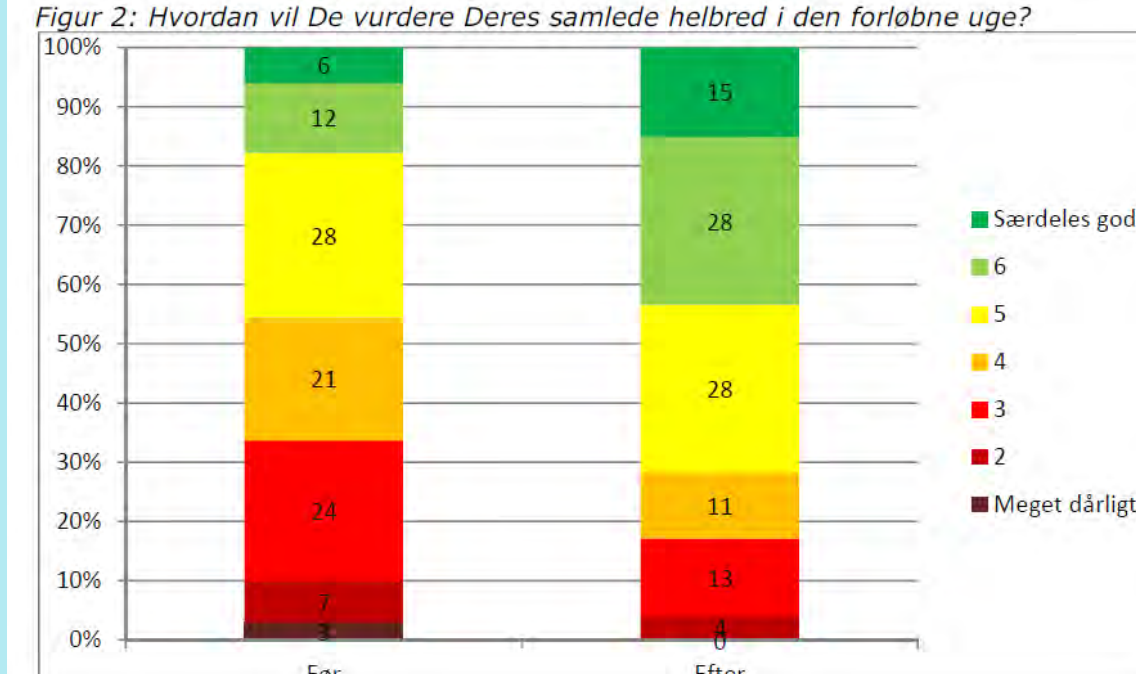
Figur 9: Hvor tæt er du på - eller hvor langt er du fra - at leve det liv, du vil og kan efter eller med din kræftsygdom?



Figur 10: Hvor tilfreds er du med:



Figur 2: Hvordan vil De vurdere Deres samlede helbred i den forløbne uge?



Det siger borgerne:

Livslust, bedre kondi, viden om kræft. Fællesskab og socialt samvær

Har ikke fået nogen løftet pegefinger – rigtig godt

Livsmod, styrke, møde med andre med cancer. Godt humør

Mere energi, samt et udvidet netværk. Gode samtaler med andre ligestillede

Mere selvtillid, godt socialt samvær, lært at det er godt nok, det jeg gør. At motion er godt for ens velbefindende

Kræfttramte borger

Henvisning:

Målgruppe:

Henvisningskriterier:

Egen læge/ sygehus (paragraf 119)
Borgere, der har eller har haft kræft og har et rehabiliteringsbehov
Kan tåle holdtræning
Motivation for at arbejde med eget helbred og sundhed
Kan deltage aktivt i holdundervisning
Kan forstå og gøre sig forståelig på dansk
Være relativt selvhjulpne
Selv sørge for transport

Individuel samtale:

Behovsvurdering (Region Sjællands skema)
Mål og handleplan
Gangtest
Taljemål
VAS-score
EORTC QLQ-C30

Kursusforløb:

10 ugers varighed
1-2 timers holdundervisning per uge (pårørende er velkomne)

- Mål og handleplaner
- Træningslære
- Kost og ernæring
- Brug af egen læge
- Fysiske senfølger
- Almindelige psykiske reaktioner på kræft
- Opfølgning på handleplaner
- Søvn og træthed
- Sociale rettigheder
- Netværksdannelse

2 x 1½ times træning per uge

Afsluttende samtale:

Behovsvurdering (Region Sjællands skema)
Mål og fremtidig handleplan
Gangtest
Taljemål
VAS-score
EORTC QLQ-C30

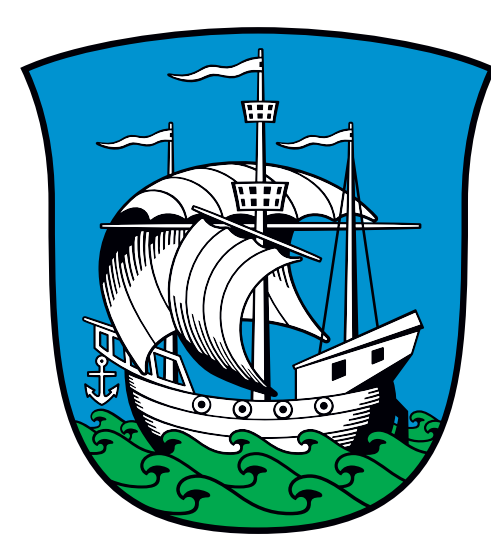
TILBAGE TIL LIVET MED KRÆFT

...sammen kan vi mere

Vores mål er et
rehabiliteringsforløb for vores
borgere over 18 år som har
eller har haft kræft inden
for de sidste 3 år.

TRÆNINGSTILBUD
FÆLLESSKAB
SAMTALE
FOKUS PÅ DINE BEHOV
OPBAKNING
NYE VANER
RÅDGIVNING

Kontakt os lige her



nordfyns
kommune

Telefon 21 83 16 98 - Tir og Tor kl. 8-14
mail: _kraeftrehabilitering@nordfynskommune.dk

I gang igen efter en kræftdiagnose

Hvordan kommer du i gang ?

Hvis du har en genoptræningsplan fra sygehuset, bliver du automatisk kontaktet af Træningsafdelingen.
Hvis du er i behandling eller for nyligt har afsluttet et behandlingsforløb uden genoptræning, er du velkommen til at kontakte os.
Du bliver indkaldt til en **samtale**, hvor vi gennemgår dit kræftbehandlingsforløb indtil nu. Vi drøfter hvordan et relevant forløb kan se ud for dig.

Træningen

Du tilbydes et træningsprogram, hvor der tages hensyn til, det du kan i forhold til evt. bivirkninger og senfølger af behandlingen.
Træningen foregår på hold, hvor der er plads til både sjov og alvor i samvær med andre i samme situation. En god mulighed for snak, mens du træner.
Der er fokus på kredsløbs- og styrketræning. Træning kan give mere overskud - både fysisk og psykisk - til at komme igennem behandlingsforløbet.
Medbring: tøj til udendørstræning. og **proteinholdig drik** (eksempelvis kakaomælk eller yoghurt.

Hvor længe ?

Ved kemo- og strålebehandling, tilbydes du træning i hele behandlingsforløbet og op til 8 uger efter sidste strålebehandling.

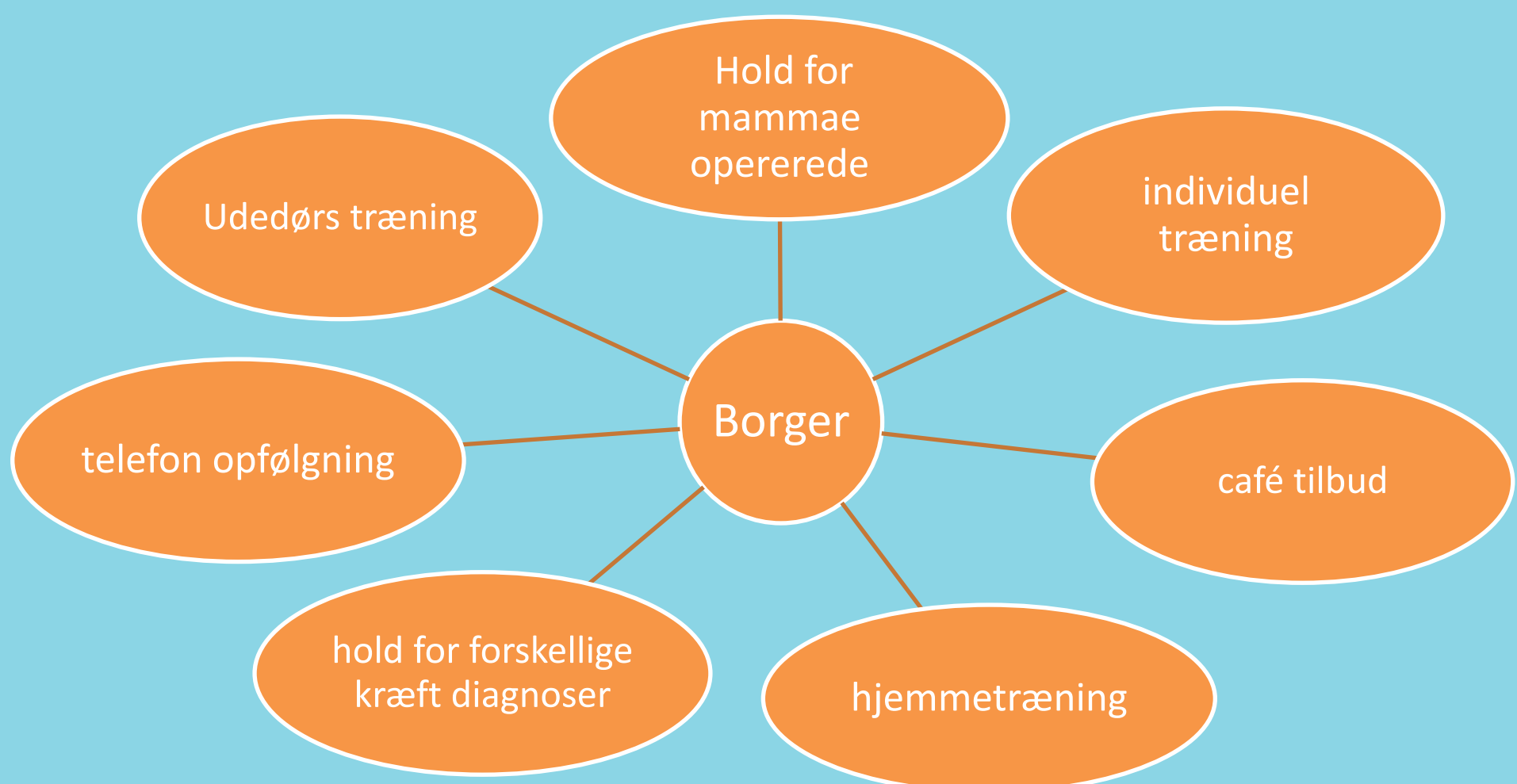
Hvis du **ikke** skal have kemo- og strålebehandling, tilbydes du 8 ugers træning.

Ved kemobehandling, tilbydes du træning i hele dit behandlingsforløbet og op til 12 uger efter afsluttet behandling.



I løbet af én uge:

- En times fælles træning
- En times specifik mammaetræning
- Halvanden times ude-træning



REHABILITERINGSTILBUD

til kræftramte og pårørende i Randers Kommune



Facts om Randers:
97.000 indbyggere, areal 800 kvm

Forventede antal nye tilfælde af kræft i Randers hvert år:
672 borgere (tal fra 2013)

Antal af henvendelser med kræft i Randers i 2015:

Fysisk træning: 84
Forløbskoordination: 171
Samtalegrupper: 59
Lymfødemed: 16
I alt: ca. 330 borgere

Temadag/uge

Målgruppe: Kræftramte og pårørende
Formål: Formidle viden om det at leve med kræft
Forløb: 2 gange om året med oplægholder. Foråret 2016 afholdes en temadag om kræft.

"Kom og syng med"

Målgruppe: Borgere med kræft, hjerte eller lungelidelse samt deres pårørende
Formål: At give glæde, bedre fysik, velvære og fællesskab
Forløb: Sang-termidagene foregår 8 gange om året å en times varighed

Støttegruppe for efterlevende

Målgruppe: Efterlevende der har mistet en ægtefælle/samlevende inden for det seneste år
Formål: At møde og tale med andre i lign. situation
Forløb: 8 gange a 2 timer hver anden uge med mødeleder

Individuel behandling/træning

Målgruppe: Borgere med en genoptræningsplan
Formål: Øge funktionsniveau
Forløb: Individuelt tilrettelagt

Kvinder med kræft

Målgruppe: Kvinder der har eller har haft kræft inden for det seneste år
Formål: At møde og tale med andre i lign. situation
Forløb: 8 gange a 2 timer hver anden uge med mødeleder

Mænd med kræft

Målgruppe: Mænd der har eller har haft kræft inden for det seneste år
Formål: At møde og tale med andre i lign. situation
Forløb: 8 gange a 2 timer hver anden uge med mødeleder

Aktiv Sygemeldt

Målgruppe: Borgere der har kræft og modtager sygedagpenge
Formål: At bevare tilknytning til arbejdsmarkedet
Forløb: Individuelt med kontakt til jobkonsulent fra Randers Sundhedscenter Thors Bakke

"Kom til kræfter"/ fysisk træning

Målgruppe: Borgere der har eller har haft kræft inden for det seneste år
Formål: Styrke kroppen og opleve hvad den kan trods kræftsygdommen
Forløb: 1 gang om ugen i 1½ time i 12 uger

Lymfødemedrådgivning

Målgruppe: Borgere med lymfødemed eller mistanke om lymfødemed
Formål: Rådgive og vejlede om lymfødemed
Forløb: Individuelt tilrettelagt

Lymfødemedrådgivning

Tilbuddet er til borgere, som i forbindelse med deres kræftsygdom har fået et lymfødemed eller er i tvivl om de er ved at udvikle et lymfødemed.
Formål:
• Give borgeren et sted at henvende sig, søge råd og vejledning. Funktionen er tænkt som et bindeled på tværs af sektorer med fokus på tværfaglighed og koordinering
• Give borgeren et bedre udgangspunkt i fht. at leve med en senfølge som lymfødemed.
• Følge borgeren for afklaring om lymfødemed
Rådgivningen kan bl.a. bestå af:
• Information om lymfødemed
• Vurdering af borgerens helse/lymfødemed og gener forbundet med dette
• Rådgivning i fht. behandlingsmuligheder, hjælpemidler samt vejledning i hvad borgeren selv kan gøre
• Afprøvning af Lympha Press
• Udlævering af relevant materiale
Borgere har mulighed for at ringe og få telefonisk rådgivning eller få en individuel tid til rådgivning

Forløbskoordination

• Et bindeled til de involverede parter i borgeres kræfterrehabiliteringsforløb
• En "vejviser" til mulig hjælp og støtte, herunder til kommunens øvrige rehabiliteringstilbud
• En samtalepartner i forhold til kræftramte borgere, deres pårørende og øvrige netværk
• Støtte til kræftramte borgere, og hjælp til at vende tilbage til en hverdag trods sygdom, herunder opmærksomhed på borgere med sparsomt netværk
• Igangsætter af relevante kræfterrehabiliteringstilbud

Forløbskoordination

Målgruppe: Borgere med alle kræftdiagnoser og deres pårørende
Formål: Støtte borgerne og deres pårørende
Forløb: Individuelt tilrettelagt

"Kom til kræfter"

• Borgere der er i behandling, har afsluttet behandling samt de der er uheldeligt syge
• Alle kræftdiagnoser på samme hold
• 10-15 deltagere
• Løbende optag
• Både mænd og kvinder, dog oftest flest kvinder der tager imod tilbuddet
• Individuel opstartssamtale med målsætning
• Test: 6 minutters gangtest, SF12
• Introduktion til forskellige træningsformer
• Undervisning ved psykolog 2x2 timer
• Undervisning ved sygeplejerske 1½ time
• Afsluttende individuel samtale og re-test
• Tilbuddet har eksisteret i 7 år
• Høj tilfredshed hos deltagere (ved afsluttende tilfredshedsundersøgelse)

Pårørende Café

Målgruppe: Pårørende til kræftramte
Formål: At møde og tale med andre i lign. situation
Forløb: Åben café med mødeleder én gang pr. måned a 2 timers varighed.

KRÆFT REHABILITERING

Alle tilbuddene i Randers Kommune er gratis og kræver ingen henvisning med undtagelse af individuel behandling/træning og holdtræning.

www.sundhedscenter.randers.dk



Bruno P. Olesen
Tlf. 5148 8268
Bruno.pedholt.olesen@randers.dk



Charlotte Juhl
Tlf. 5148 8270
Charlotte.juhl@randers.dk



Vibeke Dahl
Tlf. 5156 2015
vibeke.dahl@randers.dk



Anja Gjetterman
Tlf. 2363 9776
ag@randers.dk

RANDERS

Vores rehabilitering til borgere med kræft

FORMÅL:

- Blive i stand til at håndtere hverdagsliv og arbejdsliv under og efter behandling af din sygdom
- Begrænse komplikationer til og forværring af sygdom og behandling
- Bevare eller genvinde funktion til at varetage et hverdags- og evt. arbejdsliv
- Fremme sundhed ved at gøre borgeren i stand til at mestre sin egen situation
- Bedre funktionsniveau både fysisk, psykisk og socialt

MÅLGRUPPE:

Borgere i Rebild Kommune der har eller har haft kræft samt deres pårørende

REHABILITERINGSTEAM

- Sygeplejerske
- Fysioterapeut
- Socialrådgiver
- Ergoterapeut
- Psykolog
- Diætist
- Rygestopinstruktør



KOMPETENCER

- Uddannet i naturtræning Move'n Nature
- Coaching
- Kursus i palliation
- AMPS
- Kursus i behandling af mammae cancer patienter ved Kirsten Tørsleff

Relationelkoordinering

- I teamet
- I centret
- I kommunen
- I regionen

EXTERN SAMARBEJDE

Praktiserende læger Region Nord – sygehuse

- Behovsvurderingsskema

Frivillige

- Kræftens bekæmpelse
- Motion og cafe
- Naturtræning

INTERNT SAMARBEJDE

Center Arbejdsmarked
Løbende dialog samt et månedligt møde med udpeget tovholder

Center pleje og omsorg

- Visitation
- Faglig sparring

Øvrigt kommunalt frontpersonale

Et sundt liv i en sund kommune

Forløbskoordination og mulighed for at sammensætte individuelle forløb

Forløbskoordination

Fysisk træning med individuelle træningsplaner med ligesindede

Motion og cafe tilbud i samarbejde med Kræftens Bekæmpelse

Naturtræning i samarbejde med frivillige

Sundhedscentrets øvrige tilbud: Diætist, psykolog, rygestopkursus m.fl.

Kommunens øvrige relevante indsatser

Kræftens bekæmpelse herunder netværksgrupper og samtaler



Hvad mener vi med Forløbskoordination?

- At være kommunal tovholder for borgeren i det videre rehabiliteringsforløb
- At bistå i afklaringen af den kræftramtes behov i rehabiliteringsforløbet
- At bidrage til indsigt i borgeres egen sygdom
- At bidrage til borgens egenomsorg og motivation til livet
- At afdække borgeres behov for palliation og etablering af kontakt hertil
- At afklare pårørendes behov for støtte
- Ansvarlig for, at borgeren får udarbejdet en individuel rehabiliteringsplan
- Ansvarlig for opfølgning/ udslusning og afslutning af rehabiliteringen.

Resultater:

Forløbskoordinatoren i Sundhedscentret er i kontakt med 59% af forventede antal borgere med en kræftdiagnose. Hvor gennemsnittet i Region Nord er 26%.

Sundhedscentret i Rebild

59%

Region Nord

26%

Fremtidsønsker:

- Mænd med kræft som en specifik målgruppe og tilpasset tilbud.
- Aftensaktiviteter til erhvervsaktive
- Udvide støtten til netværksdannelse

Rebild
KOMMUNE

Sundhedscenter Rebild · sundhedscenter@rebild.dk
Mastruplundvej 2L · 9530 Støvring
Telefon 99 88 84 50 · www.rebild.dk

At tale om arbejdsliv med kræftpatienten – utidig indblanden eller rettidig omhu?

Forfattere

*Christina M. Stapelfeldt, ph.d., sygeplejerske
**Merete Labriola, ph.d., ergoterapeut
***Anders Bonde Jensen, professor, MD
****Niels Trolle Andersen, biostatistiker
*Anne-Mette H. Momsen, ph.d., fysioterapeut
**Claus Vinther Nielsen, ph.d., professor, MD

* CFK-Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland
** Sektion for klinisk socialmedicin og rehabilitering, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet
og CFK-Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland
***Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet - Onkologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital
**** Biostatistik, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet

Formål

At afprøve en tidlig, systematisk arbejdsrettet rehabiliteringsindsats med fokus på social ulighed og multisygdom baseret på Individual Placement and Support (IPS) og Acceptance and Commitment Therapy (ACT) på tværs af sektorer og parallelt med primær kræftbehandling på onkologisk afdeling.

Materiale og metode

Kontrolleret interventionsstudie med 12 mdr. follow-up

Spørgeskema:

- Co-morbiditet
- Hvor stor er chancen for at være tilbage i arbejde om 6 mdr.? (Ørebro Musculoskeletal Pain Questionnaire)
- Self-efficacy (COPSOQ)
- Social støtte fra kolleger og nærmeste leder (COPSOQ)
- Readiness for Return To Work (Renée L. Franche, 2007)

Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

- Baseret på anerkendelse af personens værdier og behov i en given livssituation.
- At øge psykologisk fleksibilitet – dvs. at acceptere de givne omstændigheder og få det bedste mulige ud af det
- Accept, kognitiv fusion, være til stede, selvet som kontekst, værdier og forpligtende handlinger
- At ændre eller vedholde en adfærd der understøtter de værdier man har

Individual Placement and Support (IPS)

- En måde at systematisere jobkonsulentens handlinger ift. hvilket parathedsstadie borgeren er på
- Place and train rather than train and place
- Integration på arbejdspladsen
- Lønnet arbejde
- Individuelt tilpasset støtte
- Mulighed for kontinuerlig støtte

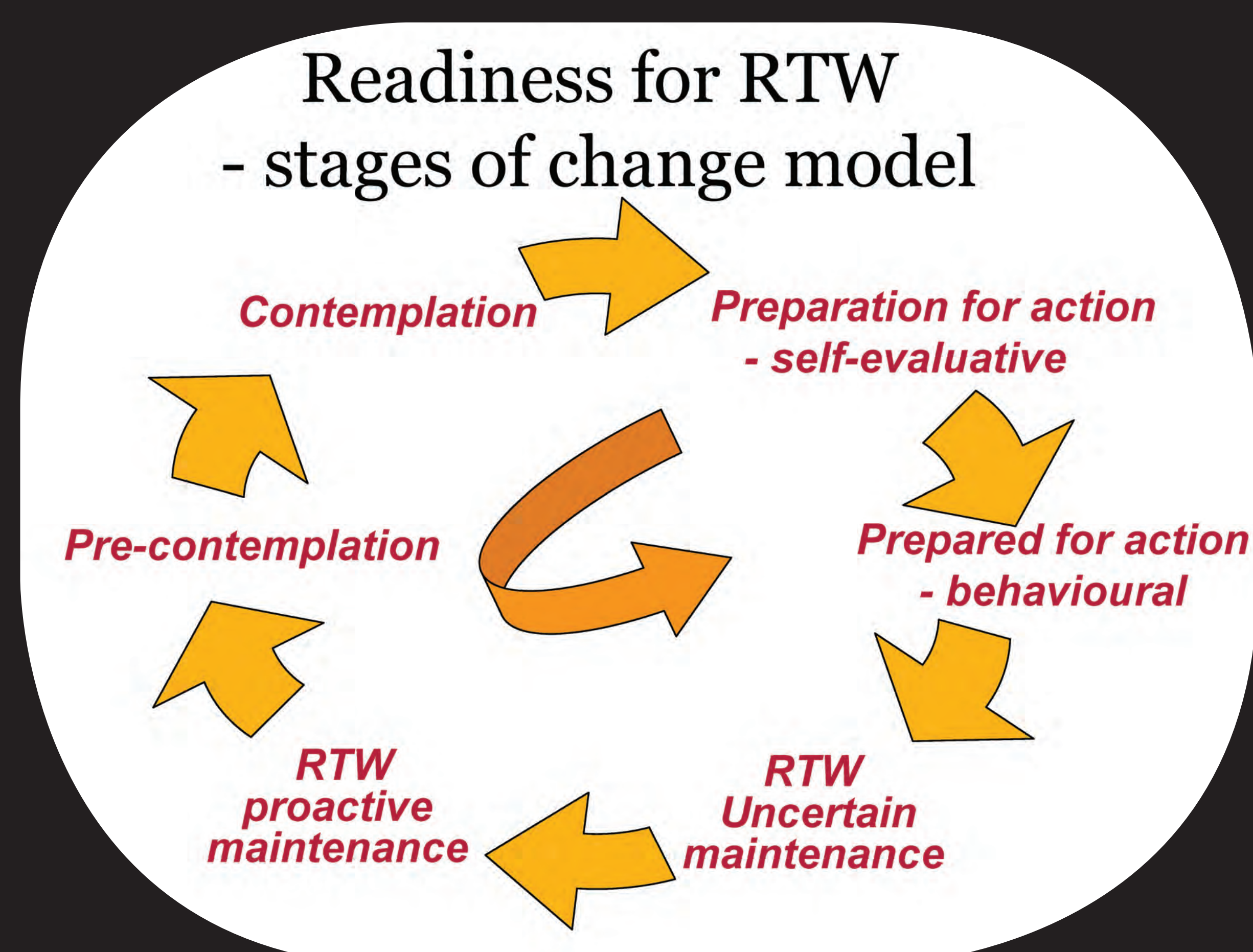
Vil du vide mere...

Kontakt projektleder
Christina Malmose Stapelfeldt
Tlf. 7841 4422
Mail:
Christina.Stapelfeldt@stab.rm.dk



Resultater

- Inklusion startede december 2013
- 79 patienter er inkluderet
- Protokol-artikel <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26215644>
- Resultater forventes publiceret ultimo 2017



Samarbejdspartnere

Onkologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital:

- Morten Høyer, professor, MD
- Anders Bonde Jensen, professor, MD
- Pia Riis Olsen, Sygeplejespecialist, ph.d.
- Christel Højbjerg, rehabiliteringskoordinator, sygeplejerske

Jobkompagniet, Silkeborg:

- Inge Schwartz, jobkonsulent

Jobcenter Randers:

- Janne Loftager, jobkonsulent

CFK-Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland:

- Finn Breinholt, programleder
- Karina Friis, forsker

Institut for Medicin og Sundhedsteknologi, Aalborg Universitet:

- Kirsten Schultz Petersen, lektor, ergoterapeut

Midler

Projektet er støttet af:

- Kræftens Bekæmpelse
- Den Sundhedsvidenskabelige forskningsfond i Region Midtjylland
- Helsefonden

Vurdering af rehabiliteringsbehov - hos patienter med hæmatologisk kræft på hospitaler og i kommuner

Forfattere

*Charlotte Handberg, projektleder, ph.d., MPH, sygeplejerske
*Charlotte Ibsen, præ-ph.d. studerende, Cand. Scient San, fysioterapeut
*Thomas Maribo, lektor, ph.d., fysioterapeut
*Sektion for klinisk socialmedicin og rehabilitering, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet
samt CFK-Folkesundhed og Kvalitetsudvikling Region Midtjylland



Formål

At etablere et forskningsbaseret grundlag for systematisk vurdering af rehabiliteringsbehov hos patienter med hæmatologisk kræft på hospital og i kommune, herunder at:

1. Undersøge tværsektorielt brug af skema til vurdering af behov for rehabilitering blandt patienter og borgere med hæmatologisk kræft samt undersøge ulighed i deltagelse i rehabiliterings-tilbud.
2. Undersøge tværsektorielle barrierer i vurderingen af behov for kræftrehabilitering blandt patienter med hæmatologisk kræft.
3. Undersøge patienter med hæmatologisk kræft og sundhedsprofessionelles perspektiver på et tværsektorielt beslutningsredskab til vurdering af behov for kræftrehabilitering.

Metoder

Metoden er en kombination af forskellige metoder – se tabel 1.

	Formål 1	Formål 2 og 3
Felt	Aarhus Kommune Ringkøbing-Skjern Kommune Aarhus Universitetshospital Hospitalsenheden Vest	Aarhus Kommune Ringkøbing-Skjern Kommune Aarhus Universitetshospital Hospitalsenheden Vest
Tilgang/ Metode	Kvantitativ: Kohortestudie Kvalitativ: Audit/Tekstanalyse	Kvalitativ: Etnografisk feltarbejde
Data- kilder	Landspatientregistret – LPR Danmarks Statistik Behovsvurderingsskemaer fra hospitaler og kommuner Kommunernes journalsystemer Behovsvurderingsskemaer fra øvrige regioner	Observationer og interviews med patienter og sundhedsprofessionelle fra hospitaler og kommuner



Resultater

Analyserne er pågående, men foreløbige resultater angiver både kliniske og organisatoriske barrierer i forbindelse med vurderingen af rehabiliteringsbehov, som kan hindre kræftrehabilitering for patienterne.

Viden formidles via tre videnskabelige artikler samt en praksisguide. Praksisguiden skal medvirke til at understøtte resultaterne fra projektet og kvalificere beslutningerne i sundhedsaftalen om behovsvurdering.

Da Region Midtjyllands metode til behovsvurdering sammenholdes med metoder fra de øvrige regioner, kan viden overføres til nationalt niveau. Resultaterne formidles derudover via artikler, undervisning, pressemeddelelser, konferencedeltagelse, udviklingstilbud og rådgivningsaktiviteter.

Fremtid

Ønsket er, at patienter med kræft får den rehabilitering, de har behov for og dermed forbygge bivirkninger, komplikationer og senfølger.

Analyserne af den tværsektorielle vurdering af behov for kræftrehabilitering, bidrager med et forskningsbaseret grundlag til systematisk vurdering af rehabiliteringsbehov hos patientgruppen.

Samarbejdspartnere

Folkesundhed, Aarhus Kommune

Vibeke Brønnum, Folkesundhedschef og
Kirsten Langfeldt, Sundhedskonsulent og kræftkoordinator

Sundhedscenter Vest, Ringkøbing-Skjern Kommune

Ulla Svendsen, leder
Karen Søndergaard, fysioterapeut

Hæmatologisk Afdeling R, Aarhus Universitetshospital

Marie Møller, Oversygeplejerske,
Jan Maxwell Nørgaard, Overlæge
Charlotte Maria Jensen, cand.scient.san., sygeplejerske

Hæmatologisk Dagafsnit, Hospitalsenheden Vest

Bodil Overgaard, ledende oversygeplejerske,
Judith Knudsen, afdelingssygeplejerske
Johanne Haahr Søndergaard, sygeplejerske

Midler

Projektet er støttet af midler fra fonden ”Folkesundhed i Midten”.



AARHUS
UNIVERSITET
INSTITUT FOR FOLKESUNDHED

midt
regionmidtjylland

Rehabilitering og palliation som koordinerede indsatser - hvorfor, hvornår og hvordan?

*Jette Thuesen, Tina Broby Mikkelsen og Helle Timm
REHPA - Videncenter for Rehabilitering og Palliation, Syddansk Universitet og
Odense Universitets Hospital.*

BAGGRUND

Sundhedsstyrelsen anbefaler en styrket koordination og integration mellem rehabilitering (R) og palliation (P). REHPA har gennemført et systematisk review om forholdet mellem R og P. Formålet med reviewet er at skabe viden om sammenhæng, koordination og integration mellem R og P for at kunne gennemføre anbefalingerne på et videnskabeligt grundlag.

METODER

Der er søgt i Medline, Cinahl og Embase for artikler fra perioden 2003 – 2013 om R og P indenfor områderne kræft, lungesygdom, neurologi og geriatri. Artikler om forholdet mellem R og P er bearbejdet gennem et systematisk review med narrativ syntese.

RESULTATER

62 artikler er udvalgt og analyseret med henblik på at besvare hvorfor, hvornår og hvordan R og P bør koordineres og integreres.

HVORFOR bør R og P koordineres og integreres?

- I praksis kan R og P overlappe både hvad angår terapeutiske midler og mål.
- Patienter og pårørende, der oplever en livstruende sygdom, kan have samtidige behov for både R og P.
- R og P understøtter patienternes erfaringsdannelse forskelligt.
- Fagpersoner fra R og P har behov for at lære af hinanden.

HVORNÅR bør R og P koordineres og integreres?

- Forestillingen om et faseopdelt eller en successivt glidende overgang fra R til P er udfordret.
- Behovet for en integreret tilgang varierer på tværs af sygdomme og sygdomsforløb.
- Overgangen fra R til P kan være udfordrende både for patienter, pårørende og professionelle.
- Patienter og pårørende kan have behov for P tidligt – og de kan ønske R senere i sygdomsforløbet.

HVORDAN bør R og P koordineres og integreres?

- Både R og P er teambaserede tilgange – og der er gennem et sygdomsforløb behov for forskellige grader af samarbejde og integration mellem R og P.
- Der skal fokuseres på samarbejde, henvisning og patienternes adgang på tværs af R og P.
- Fælles behovsvurdering kan fremme en koordineret indsats men kan ikke stå alene.
- Indholdet af både R og P kan variere gennem forløbet og på tværs af forløb.

KONKLUSION

Hvis indsatsen overfor mennesker med livstruende sygdom skal være patientcentreret, skal R og P koordineres og integreres på forskellige måder gennem det individuelle forløb og på tværs af forskellige forløb, i henhold til patienternes præferencer. Det fordrer fleksibilitet og samarbejde fra såvel det rehabiliterende som det palliative felt, og det fordrer hybride former så som palliativ rehabilitering. Endelig fordrer det lydhørhed og responsivitet for brugernes forskellige og sammensatte præferencer.

PERSPEKTIVER

Reviewet har vist, at der er behov for forskning på området. Der behøves både forskning om organisatoriske aspekter, konkrete faglige indsatser og deres effekt, og forskning der omfatter patientpræferencer.

FORMIDLING

Reviewet publiceres i 2016 som forskningsartikel og i en dansksproget rapport. Ovenstående er præsenteret første gang på EAPC verdenskongres maj 2015.



1

Henvisninger

Via genoptræningsplaner fra sygehus, serviceloven og som sundhedsfremme.

Velkommen til

Jeg er startet på holdet efter kontakt til kræftkoordinator fra Sundhedscentret. Hun fik mig i gang her.

Hej Jeg er ny her

Er lige udskrevet fra sygehuset efter min kræft behandling. Spændt på at starte her.

Jeg startede hos en fysioterapeut.

Vi havde en god snak ud fra behovsvurdering. Jeg blev testet fysisk, og vi lagde en plan for min træning og behandling og satte mål sammen.

Jeg startede med behovsvurderingen hos kræftkoordinator.

Hun hjalp mig med kontakt til socialrådgiver og psykolog om mit arbejde og familieliv. Hun sendte mig videre til en fysioterapeut.

2

Høj tværfaglighed

Team med fysioterapeut, ergoterapeut og sygeplejerske. Kræftkoordinator koordinerer forløb til diætist, socialrådgiver, psykolog, palliativt team mm.

3

Træning

Holdtræning Niveau 1 og 2 samt hold for brystopererede. Individuel behandling som kan være manuel behandling, genoptræning og hjemmetræning.

Jeg startede hos diætist og ergoterapeut, som hjalp mig med mine synkeproblemer. Nu har jeg overskud til at træne hele kroppen.

Jeg fik behandling og et individuelt tilrettelagt program inden jeg startede på holdet.

4

Indhold i træning

Kondition, styrke, fællestræning med småredskaber, udendørs træning, cirkeltræning samt leg og latter. Afspænding og udspænding.

På holdet møder jeg andre som har kræft. Vi deler erfaringer og oplevelser. Jeg oplever at blive forstået og kan være mig selv. Der er plads til følelser og skaldede hoveder.

Holdet giver mig energi og overskud.

Og de dage hvor kemoen slår mig ud, kommer jeg af sted. Jeg kan gå længere ture og er nu mere klar til mit arbejde.

5

Effektmål

Borg 15, RSS og behovsvurdering. Kræftrehabiliteringsteam hjælper borgeren med at finde vej videre. Vejledning i fysisk aktivitet og aktiviteter i hverdagen.

Det er godt med vores café – og netværkgruppen på facebook, hvor vi laver nye aftaler.



Vores ønsker for fremtiden

Mere varierede træningsformer fx FC-prostata, out-door træning, mere samarbejde i lokaler hos Kræftens Bekæmpelse. Der arbejdes med at finde en relevant livskvalitetsmåling.

Naturkræfter

øger mænds deltagelse i kræftbehandling

Problemstilling

- Mænd er underforbrugere af forebyggende tiltag
- Mænd deltager sjældnere i rehabiliteringstiltag end kvinder.

"Det er den stemning det giver at være i naturen, snakken går og der bliver grinet. Det har der jo ikke været for meget af."

"Piller og samtaler hjælper måske 20%, Naturkræfter hjælper 100%"

Citater fra deltagerne.

Tilgang:

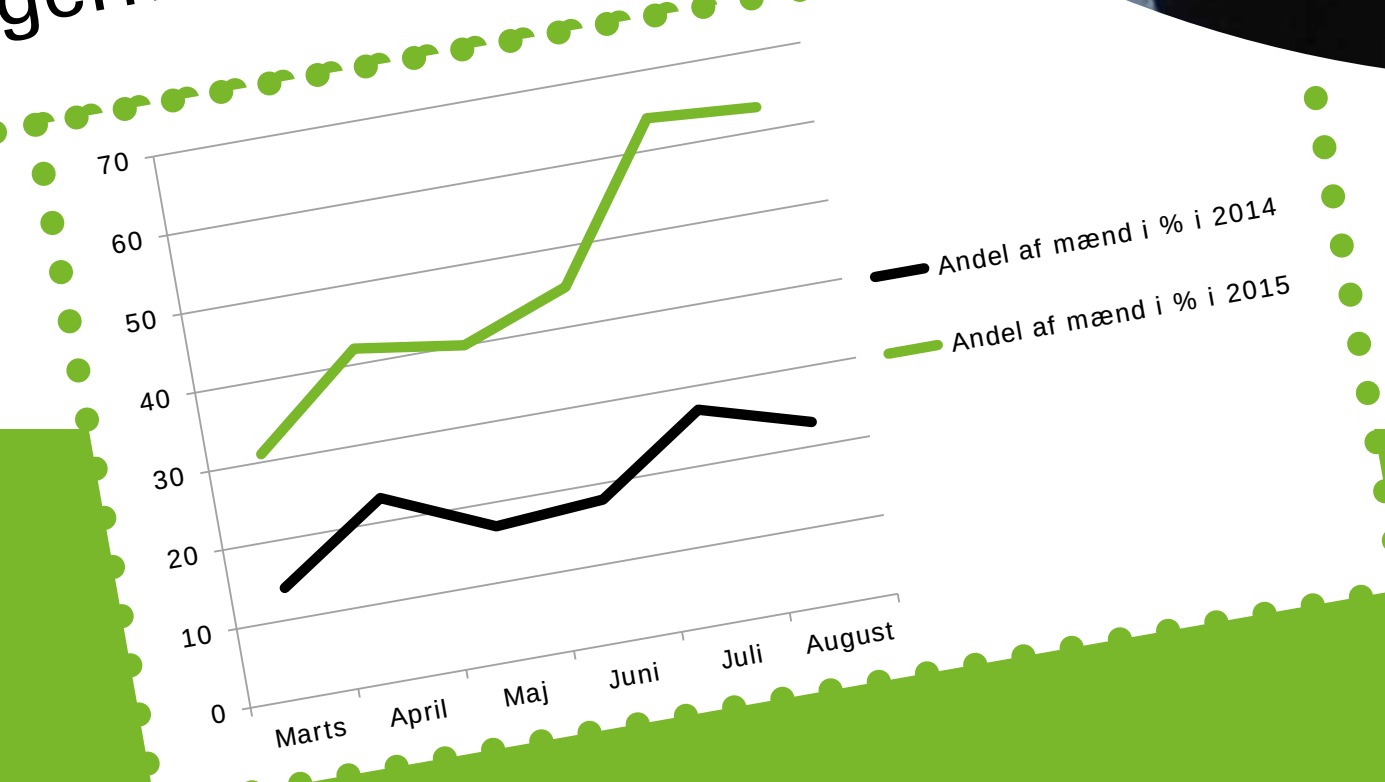
- Aktiviteten er i centrum
- ikke manden og hans lidelser
- Bruge friluftsliv og naturpleje som alternativ ramme
- Kammeratskab og samvær som løftestang

Naturkræfter lykkes med at tiltrække mænd fordi:

- Aktiviteten understøtter både den mandlige identitet og arbejdsidentitet
- Der er plads til mandejargon
- Aktiviteten er til gavn og hjælp for andre
- Samværet er uformelt
- Der stilles ikke krav om følelsesmæssig involvering.

Resultat

- Marts til september 2014
- gennemsnitlig 20% af deltagerne er mænd
- Marts til september 2015
- gennemsnitlig 45% af deltagerne er mænd



Det kommunale Sundhedscenter

- Livskræfter – træningsforløb på 12 uger
- Naturkræfter – udendørs træningsforløb på 12 uger for mænd
- Ernæringsvejledning og praktisk madlavning
- Undervisning i relevante emner v. onkologisk sygeplejerske, kontinenssteam, præst og psykolog

Selvhjælp Skanderborg

Selvhjælpsgrupper for:

- Mennesker med kræft
- Pårørende til kræftramte
- Efterladte – herunder børn og unge

Kræftens Bekæmpelse

- Rådgivning v. psykolog
- "Kræftkarle" – netværk for mænd
- Samtalecafé v. frivillige
- Massage og zoneterapi
- Varmtvandstræning
- Selvtræning

Godt i gang efter kræft i Skanderborg kommune

– et stærkt samarbejde om kræftrehabilitering



SKIVE KOMMUNES tilbud om rehabilitering til kræftpatienter

Efter Sundhedslovens § 119 og 140



SKIVEKOMMUNE

Der er løbende optag på rehabiliteringstilbuddet og derfor ingen ventetid.

Borgeren tilbydes:

- En forundersøgelse hvor borgeren sammen med fysioterapeuten tilrettelægger sit forløb.
- Træning op til tre gange om ugen på en periode over ca. 3 måneder.
- Selvtræning sideløbende med forløbet efter faglig vurdering ved fysioterapeut.
- Undervisning inden for følgende emner: **Livet efter/med kræft, Senfølger og Kost**, hvor pårørende også er velkomne.
- Individuel rådgivning om rygestop, alkohol, arbejdsliv samt seksualitet og samliv.
- Samvær med andre kræftramte i café en gang ugentlig – ved Kræftens Bekæmpelses lokalafdeling.
- En midtvejssamtale ved sygeplejerske.
- En afsluttende samtale med fysioterapeut med fokus på borgerens fremtidige hverdagsliv samt test.

TRÆNING HVORDAN?

Tilrettelæggelse af træning ud fra deltagernes fysiske og psykiske formåen. Det betyder, at der er to hold – et almindeligt hold og et mini hold.

Der er undervejs i forløbet mulighed for at skifte hold, hvis funktionsniveauet ændres.

Der er to gange om ugen mulighed for træning i træningssal på hold. Desuden tilbud om bassin-træning en gang om ugen.

Træningen tilrettelægges således at borgeren gerne skal opleve:

- Mindre træthed
- Mere energi i hverdagen
- Stærkere muskler
- Øget udholdenhed
- Bedre balance
- Øget stabilitet
- Godt humør
- Øget velvære

HVAD SIGER BORGERNE?

Citater fra deltagere:

”Det har været rigtig godt at være sammen med og snakke med mennesker som har det som en selv. Det har været godt at skulle af sted efter noget plus at få sat gang i kroppen igen.”

”Godt for sjæl og legeme.”

”Alt i alt synes jeg det har været dejligt at gå til noget, det er godt for psyken med motion og være sammen med andre, der har kræft. X og X er så gode til træning, snak og hygge.”

”Jeg har været rigtig glad for at være med til det hele. Det har været godt for mig. Men jeg ville rigtig gerne have fortsat.”

”Både individuelt og på hold er jeg kun blevet mødt med stor kompetence og faglighed, stor omsorg, fleksibilitet, humor, forståelse og tålmodighed – alt det bedste en patient kan ønske sig.”



HVEM SAMARBEJDER VI MED?

Internt i Skive Kommune

- Alle ansatte i Sundhedscenter Skive er opmærksomme på at henvise til tilbuddet ved behov.
Det kan være fysioterapeuter, ergoterapeuter, forebyggende medarbejdere eller diætist.
- Socialrådgivere i arbejdsmarkedsafdelingen.

Eksterne samarbejdspartnere

- Lokalforeningen Kræftens Bekæmpelse.
- Kræftrådgivningen Herning/Viborg, hvor der er indgået en samarbejdsaftale.
- Tværfaglig og tværsektoriel netværk vedrørende kræftrehabilitering Region Midtjylland.
- Pakislæger.
- Sygehuse i Region Midt.

I Skive Sundhedshus

Sundhedsfaglige palliative nøglepersoner fra:

- Palliativ Team Hospitalsenhed Midt(HEM).
- Lungeambulatoriet (HEM).
- Hospice Limfjord.
- Skive Kommune Pleje/Omsorg palliative sygeplejersker.

Samarbejdet påbegyndt juni 15 med det formål:

- At medvirke til trygge og sammenhængende borgerforløb ved kendskab til hinanden og hinandens indsatsområder.
- At have fokus på at løse de væsentligste udfordringer i borgerens tværsektorielle palliative forløb.
- At vidensdele på tværs af sektorer.
- At generere ideer til fælles udvikling og naturlige samarbejdssnitflader.

FÅ MERE INFORMATION OM FORLØBENE

Kontakt forløbskoordinatorerne i Sundhedscenter Skive:

Gyrithe Glibstrup
Sygeplejerske
Tlf.: 20583668
Mail: gygl@skivekommune.dk

Charlotte Krag
Fysioterapeut
Tlf.: 40416158
Mail: chkr@skivekommune.dk

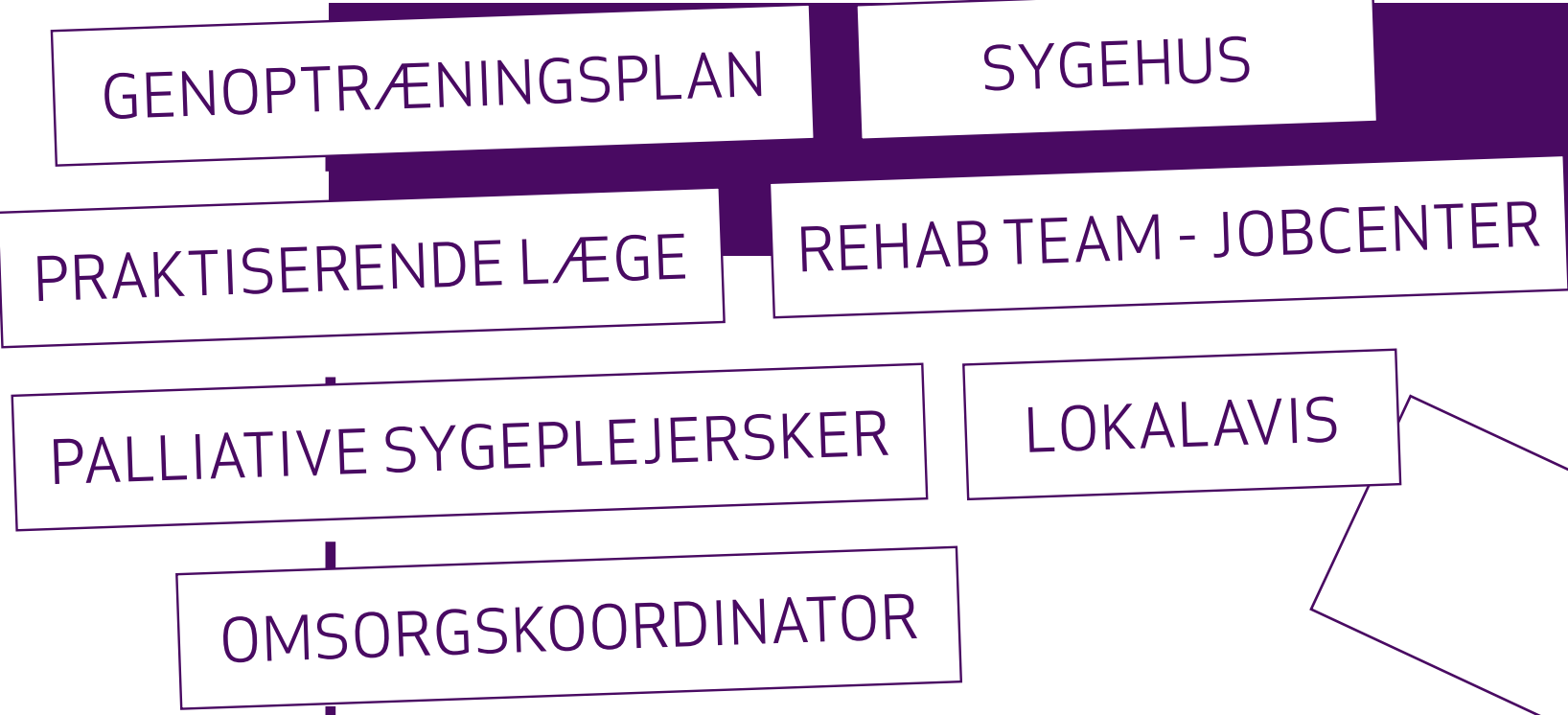


Skive
Sundhedshus

www.sundhedscenterskive.dk

Slagelse Kommunes Tilbud til dig der har eller har haft kræft

Henvisning fra:



FORLØBSKOORDINATION

AFKLARENDE SAMTALE

med en sundhedskoordinator



- Møde med træningscenter om borger
- Telefonsamtale med borger
- Møde med partnere i kræfttilbuddet

- **2 årlige møder med:**
 - Sundhedskoordinatorer
 - Leder af Sundhed og Træning
 - Genoptræningsfysioterapeut
 - Leder af træningscenter (Aktivt Velvære)
 - Fysioterapeut i træningscenter (Aktivt Velvære)
 - Livsstils konsulent
 - Omsorgskoordinator
 - Psykolog
 - Frivillige i Kræftens Bekæmpelse
 - Socialrådgiver i Jobcentret

"ET SKUB I LIVET"

(på rette tidspunkt for den enkelte)



TEMAMØDER

Psykiske reaktioner | Eftervirkninger | Træthed



både/og

HOLDTRÆNING

i træningscenter 2 gange om ugen



og/eller

CAFE

ledet af frivillige fra Kræftens Bekæmpelse



LIVSTILSTILBUD

Ved særlige behov

- Individuel kostvejledning ved vægttab
- Kontinenssygeplejerske
- ...

For pårørende

TILBUD TIL PÅRØRENDE

I 2016 er der planlagt fire aftener for pårørende i samarbejde med Kræftens Bekæmpelse.

UDSLUSNING



SENIORHOLD

UDSLUSNINGSHOLD I MOTIONSCENTER

GYMNASTIKFORENING

HUMØRHOLD

REKRUTTERING AF BORGERE

- De fleste borgere kommer via genoptræningsplan
- Ugentlig reklame for tilbuddet i lokalavisen
- Pjecer hos læger mm.
- Jobcentret er på banen

TØRRE TAL

- Indbyggere i Slagelse Kommune: ca. **78.000**
- Forventet henviste : **121** borgere
- Henviste i 2015: **88** borgere

UDFORDRINGER

- Kræft, men forskellige diagnoser
- Mange aldersgrupper
- Sygdommens stadie
- Behandlingsforløb: Kemo, stråler og operation
- Forskellige it-systemer

En hverdag med kræft

- Sorø Kommunes tilbud til kræftramte

Indgangsporten

Via genoptræning § 140 eller selvhenvendelse § 119.

Gælder alle borgere, både erhvervsaktive og ikke erhvervsaktive.

De aktive tilbud er primært til borgere, der har haft kræft indenfor 2 år, men ALLE kan få en individuel samtale ved behov.

Individuel samtale

Alle får lavet en behovsvurdering hos kræftvejleder. Nedenstående tilbud er mulige ud fra ønsker og behov:

Individuel kostvejledning og rygestopvejledning

Du kan få individuel vejledning hos en sundhedskonsulent omkring kost eller rygestop.

Holdtræning 1-2 gange ugentligt indendørs á 50 minutter

Du har mulighed for at træne sammen med andre kræftramte, og du kan få individuel vejledning af en fysioterapeut om motion/aktiviteter i forhold til din sygdom og behandling. Tidsbegrænset: 3 måneder.

Udendørs motion

Der trænes 1 gang ugentligt á 60 minutter i den omkringliggende natur. Mulighed for erfaringsudveksling og netværksdannelse. Tidsbegrænset: 1 år.

Fredagsoplæg

Der vil ca. hver 2. måned blive planlagt oplæg af 1 times varighed. Emnerne omhandler et hverdagsliv med kræft, fx psykiske reaktioner, kost og motion, senfølger og "hvad med mit job?".

Anden form for støtte

Har du brug for vejledning hos andre fagpersoner i kommunen fx fra Jobcenter eller Social Service eller støtte fra specialesygeplejerske indenfor kræft og palliation, kan du få hjælp til at blive henvist indenfor kommunalt regi.

Boblerne er taget fra folderen om kræfttilbuddet.

Samarbejde med frivillige fra Kræftens Bekæmpelse:

6 årlige lokale foredrags/temaeftermiddage med emner relateret til kræft.

Mulighed for deltagelse af pårørende.

Hvordan sikrer vi, at borgerne kender vores tilbud

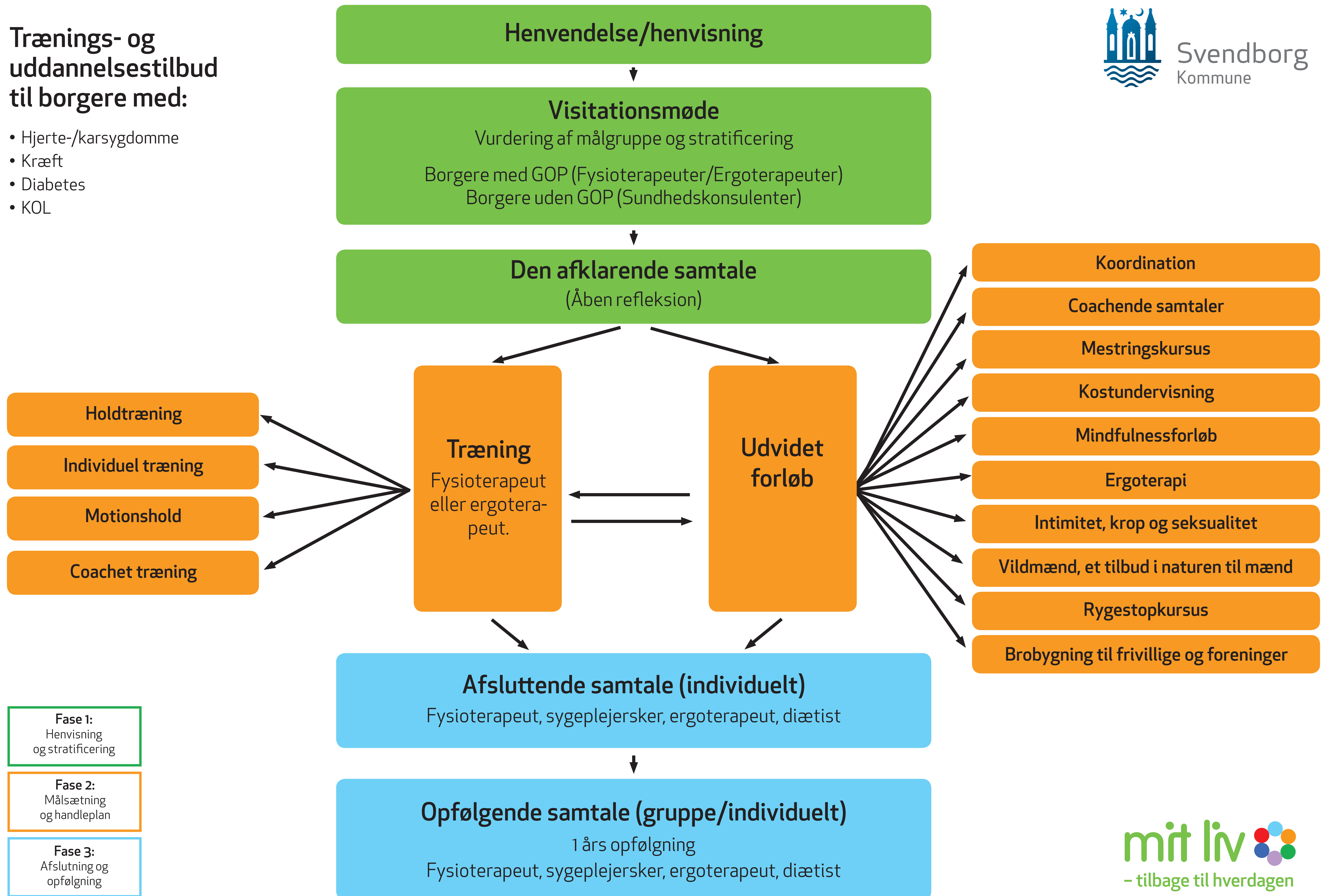
- Tværfagligt samarbejde med Jobcenter og Social Service (Team hjælpemidler og visitation)
- Kræftvejlederne er synlige ved lokale arrangementer som Stafet for Livet og sundhedsevents
- PR i lokale aviser og kommunens hjemmeside

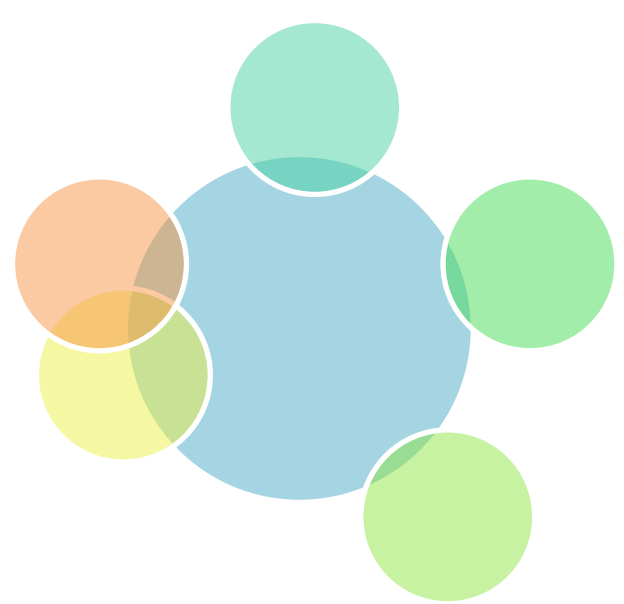
Se alle vores tilbud på www.soroe.dk og på www.sundhed.dk



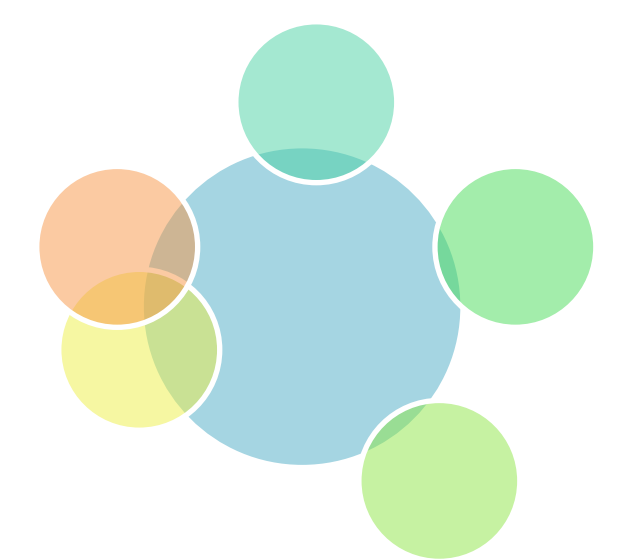
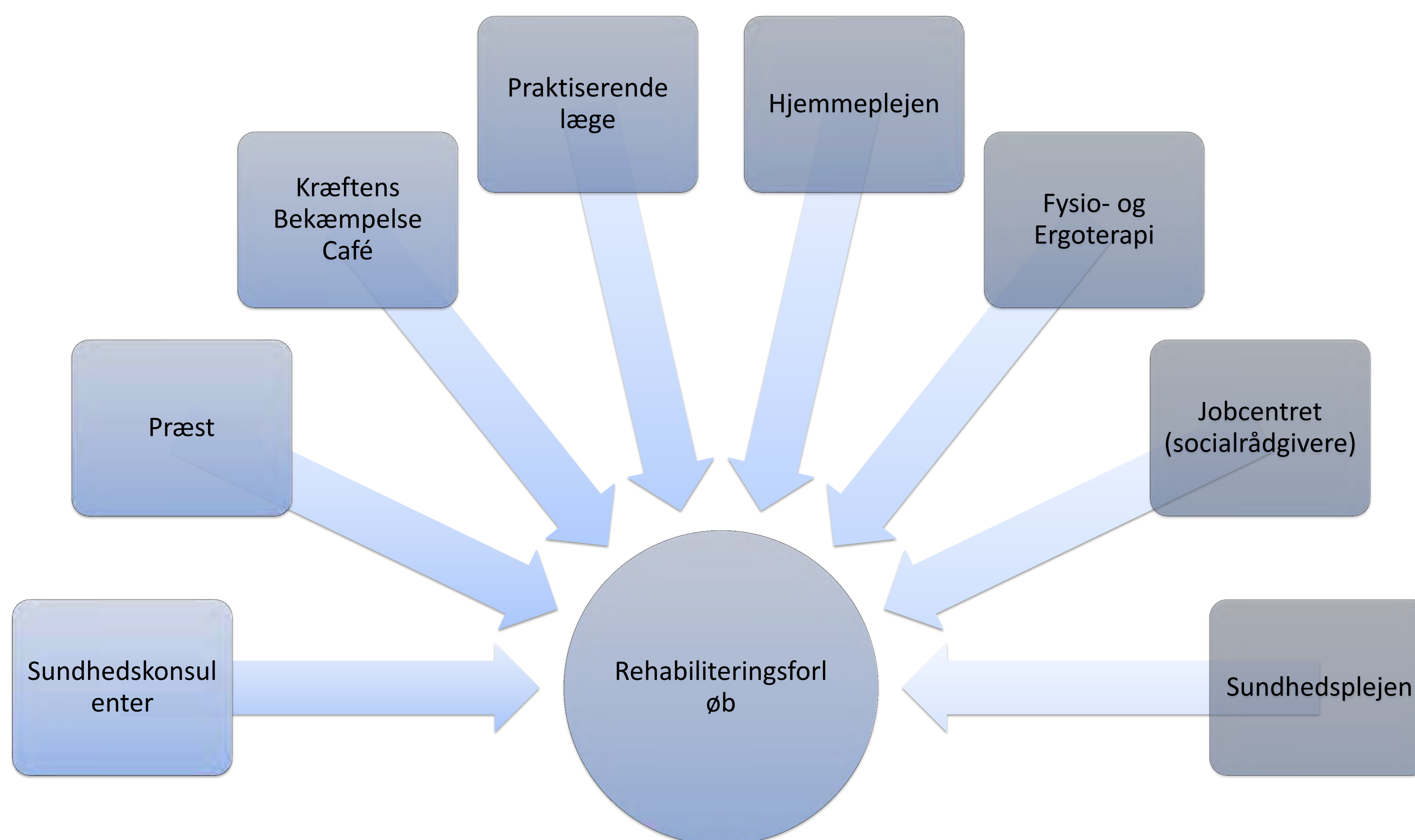
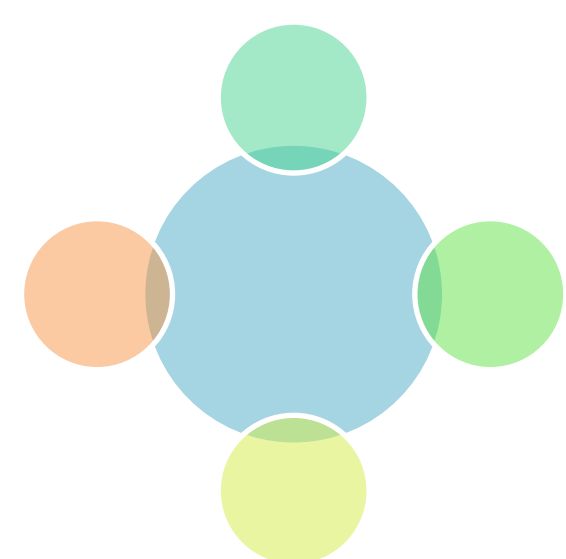
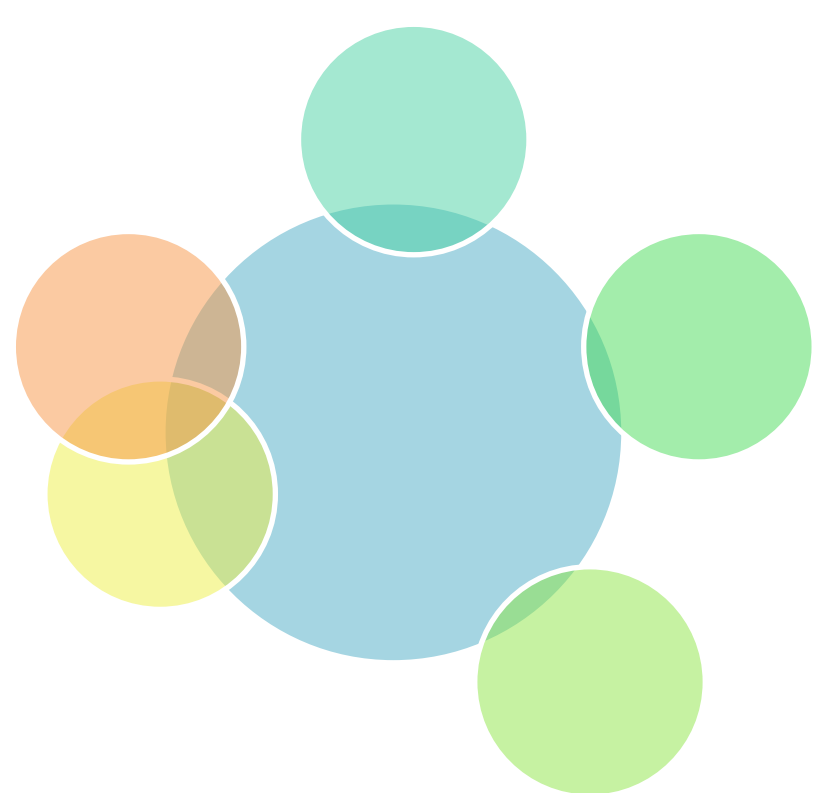
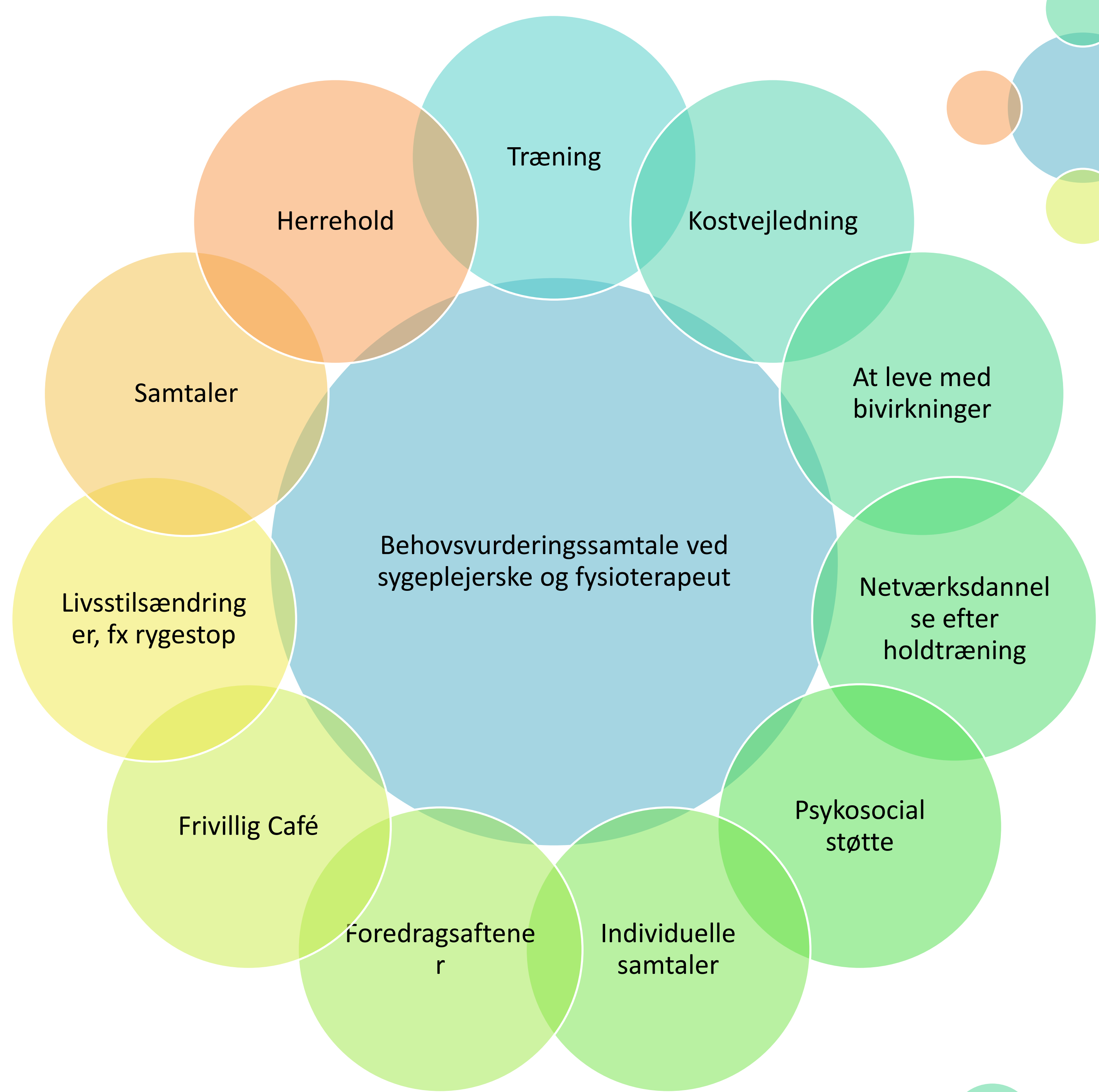
Trænings- og uddannelses tilbud til borgere med:

- Hjerter-/karsygdomme
- Kræft
- Diabetes
- KOL

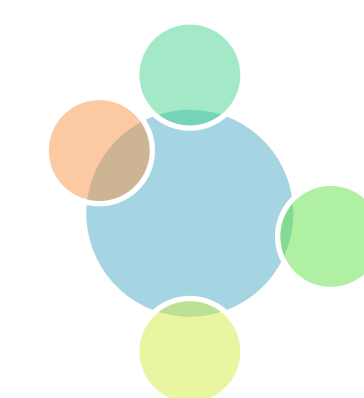




Ved behovsvurderingssamtalen aftales et individuelt sammensat rehabiliteringsforløb for den enkelte borger



Den store borgertilfredshed, vi oplever med Tårnby Kommunes tilbud skyldes ikke mindst vores gode og tætte samarbejde med en bred vifte af relevante medspillere.

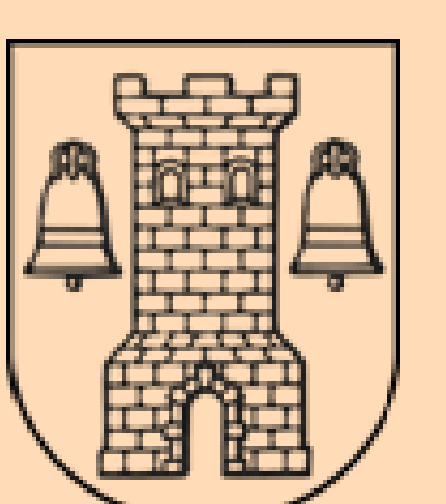


Udviklingspotentialer:

Socialt udsatte - hvordan får vi kontakt til dem?

Netværksdannelse mellem mændene?

Børn med kræft inde på livet – hvilke tilbud skal de have i kommunen?





Kræftrehabilitering

1

GOP / henvisning fra læge § 86.1

Indkaldelse til individuel startsamtale med sygeplejerske og fysioterapeut

Individuel startsamtale - forventnings- og målsættende samtale inden opstart af forløb

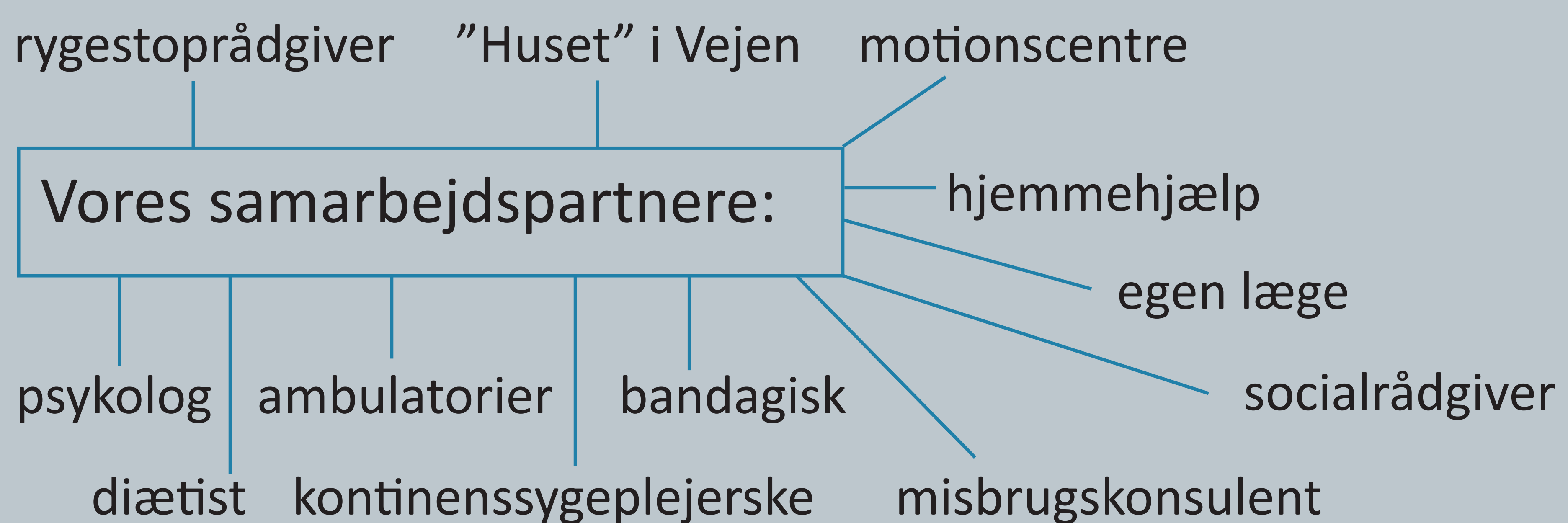
Starttest med udgangspunkt i borgerens specifikke mål for forløbet

”Jeg føler, at jeg allerede er kommet i bedre form... Træningen startede med en lang og god snak om min situation og træningsbehov, som så er fulgt op af en god og grundig instruktion. Jeg er rigtig glad for at komme på Brørup Sundhedscenter”

mand på kræft rehabiliteringen

”Senfølge kursus/foredrag giver rigtig meget, for man lærer at forstå en hel masse om hvorfor og hvordan - Kræft er en svær ting at forstå, hvorfor lige mig????”

kvinde på kræft rehabiliteringen



”Dejligt med at der bliver arbejdet på tværs, så man har mulighed for hjælp fra forskellige personalegrupper: diætist, sygeplejerske, fysioterapeut, socialrådgiver”

Kvinde på kræft rehabiliteringen

Fakta:

- 16 x træning som udgangspunkt
- 2 gange om ugen, ellers efter aftale
- Mulighed for at sætte træningen i bero i forbindelse med behandling.
- Ingen faste rammer - vi planlægger forløbet sammen med borgeren





Kræftrehabilitering

2

Udover træning tilbydes følgende:

- Undervisning på holdniveau
- Individuelle konsultationer hos sygeplejersken
- Brobygning fra træning på Sundhedscenter til motionscenter
- Tovholderfunktion

Mangler hjælp til det der ikke gør ondt fysisk - for hovedet vil ikke altid samarbejde.

Planer i fremtiden:

- Træning i naturen, eksempelvis i form af fælles gåture, herrehold etc.
- Åben café efter træning

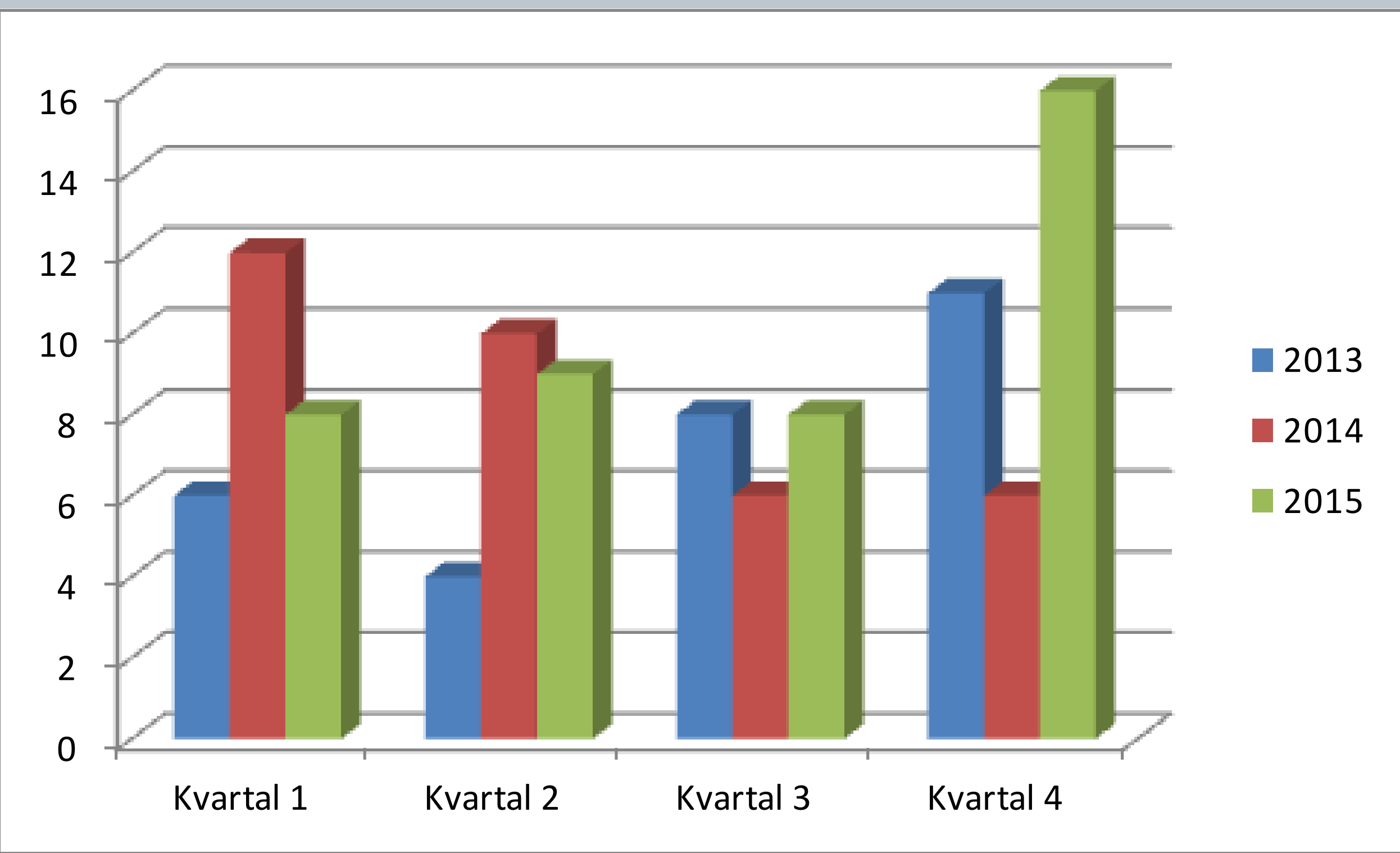
”Måske mulighed for mere dialog og vidensdeling med andre kræftpatienter/fagpersoner, evt. kortere møder eller foredrag/kurser måske med 1 emne eller 2/3 emner”

kvinde på kræftrehabiliteringen

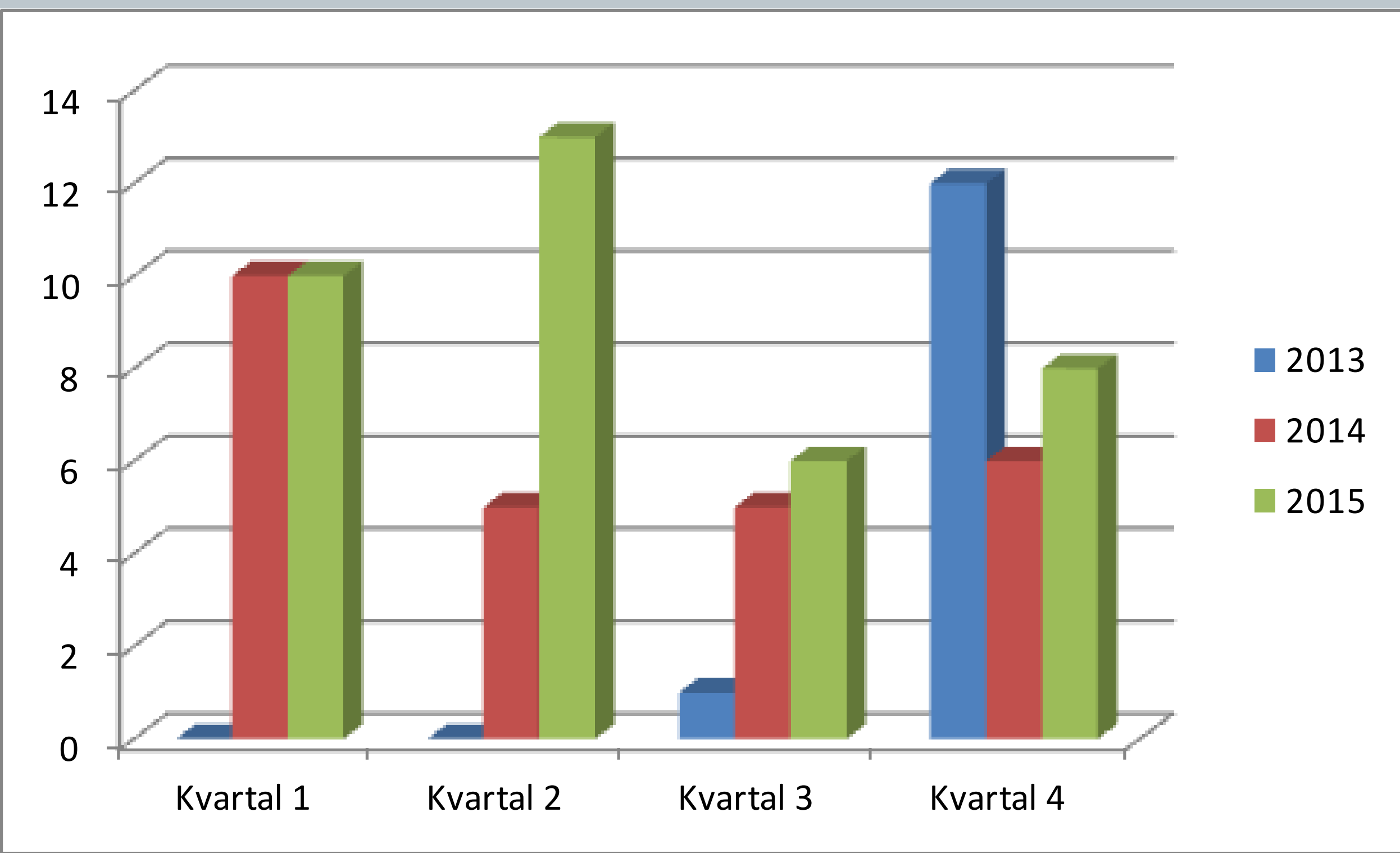
Afslutningsvis

- Fyldestgørende status
- Opfølgninger med samtale og re-test

Cancer § 140



Cancer § 86



Kræftrehabilitering i Vesthimmerlands Kommune

Rekruttering og deltagelse:

Borgerne bliver henvist fra **egen læge eller sygehus**. Det har været vanskeligt at oprette et godt samarbejde med jobcenteret. Mens borgeren er i behandling er der ingen tidsbegrænsning. Efter behandling afsluttes forløbet efter 10 uger

Teamet bag:

Vi er 2 fysioterapeuter, en sygeplejerske og en diætist, som alle er med i både samtaler, undervisning og træning.

"Jeg følte ligesom, det er kun mig, der fejler sådan noget her, og jeg gad ikke at komme ud sammen med andre, fordi jeg havde det problem der (stomi). Der følte jeg, da jeg kom dertil, at der var jo andre, der havde problemer. Det gjorde utrolig meget, jeg havde det helt anderledes når jeg kom hjem. Det havde jeg faktisk! Mine piger sagde også at "du er blevet en helt anden ovenpå det her".



"Hvis man har et problem, så snakker vi også om det, og så kan man få bekræftet, at det er man ikke alene om."



Samtaler:

Første møde med borgeren er en **individuel samtale**, hvor borgeren kan fortælle om forløbet, planer for evt. behandling, behov, bekymringer mm. Der laves en behovsvurdering og en sundhedsprofil indeholdende bl.a. blodtryk, vægt, kondital, selv vurderet helbred.

Efter **forløbets afslutning** tilbydes borgeren igen en samtale med fokus på fremtidige behov, fortsættelse af fysisk aktivitet og en ny sundhedsprofil.

"Jeg havde jo aldrig hørt om det med senfølger efter kræft, og jeg havde jo en masse gener, og så siger sygeplejersken til mig: "Jamen det er jo senfølger du har". Det er der aldrig nogen, der har sagt til mig."



"Når man deler de svære ting, kommer man lettere over det, det bliver ikke så tung en byrde at bære på, hvis man kan sige det sådan."

"Man er lidt i samme båd, det giver en form for fællesskab"

Undervisning:

3 gange om året har vi en serie med undervisning baseret på erfaringsudveksling og dialog lige inden træningen. Nogle af emnerne er **pårørende velkomne** til at deltage i. Emnerne er:

- **Fysisk aktivitet:** med udgangspunkt i borgernes egne erfaringer og sundhedsstyrelsens anbefalinger tales om **fordele og ulemper** ved fysisk aktivitet i teori og praksis.
- **Mindfulness:** Om **tankemylder** mm. samt praktiske redskaber til at håndtere det.
- **Om at leve med kræft:** De naturlige **psykiske reaktioner** på alvorlig sygdom.
- **Tro og håb:** Om **mod til at leve**, når livet synes skrøbeligt
- **Kræft og seksualitet:** Vi ser filmen **"i nød og lyst"** og bruger den som udgangspunkt for dialog.
- **Senfølger:** Om træthed og andre følger af sygdom og behandling.
- **Søvn:** Om søvnens betydning og praktiske redskaber til håndtering af søvnløshed
- **Kost og kræft:** Hvad skal man tænke på, når man har kræft, og hvad med sundhedsstyrelsens anbefalinger?

Træning:

Vi træner 2 gange om ugen i 1½ time. Holddeltagerne har **meget forskelligt udgangspunkt**. Nogle er under behandling, andre er færdige, nogle gamle, andre unge, nogle er vant til at træne, andre har aldrig været i et træningscenter, men uanset niveau er der **plads til alle**. Da mange borgere er uvante med træning, bruger vi hver uge tid på at tale om/repetere forskellige **retningslinjer for træning** og progression (f.eks. borgskalaen), som derefter er særligt i fokus under træningen. Træningen indeholder altid

- Opvarmning
- leg/boldspil
- konditionstræning
- Styrketræning
- Udspænding

Derudover **varierer** vi træningen så borgerne kommer til at stifte bekendtskab med flere forskellige træningsformer som f.eks:

- Intervaltræning
- Gulvøvelser
- Træning med elastik
- Stor bold
- Bækkenbundstræning
- Udendørs træning
- Mindfulnessøvelser

Cafe:

I et samarbejde med den lokale afdeling af **Kræftens Bekæmpelse** tilbydes **frokost og hygge** efter træningen 1 gang om ugen.



"Jeg har tit siddet derhjemme, og jeg orkede simpelthen ikke at tage til træning. Men jeg gør det jo bare, så kommer man i gang og ja, så går det egentlig fint nok alligevel; uanset om man synes man er rigtig træt, for det er man. Det er somme tider sådan, at kunne man skrue armen af, så var det sgu en fordel, for den er næsten ikke til at bære, men det hjælper at komme i gang. Det gør det altså. Jeg har det godt bagefter."

Pårørendearrangement:

En pårørende til en kræftsyg deler egne erfaringer om at være **pårørende til en kræftsyg**.

- Om det de mærkede på krop og sjæl som familie
- Om at være nærmeste pårørende og **ikke ane sine levende råd**
- Om at miste perspektiv og tro på livet
- Om at **leve i vakuum**
- Om den fantastiske gave, da der var **lys i mørket**

"Jeg føler ikke jeg er bange for døden eller noget, men alligevel har jeg fået det, jeg kalder spøgelse."

