

Rehabilitering på borgernes præmisser

Oplæg til innovationsspor

Resultater fra fase 2: Videnindsamling



April 2010

Indhold

Side 3	Innovationsspør 1 Redskaber og metoder til inddragelse og sikring af brugerens individuelle ønsker og behov
Side 6	Innovationsspør 2 Samarbejdsmodeller og –relationer
Side 10	Innovationsspør 3 Mobilisering af private og civile aktører
Side 11	Innovationsspør 4 Selvpfattelse og identitetsdannelse
Side 13	Innovationsspør 5 Understøttelse af selvstændig livsførelse i hverdagen
Side 17	Om projekt 'Rehabilitering på borgernes præmisser'

Innovationsspør 1

Redskaber og metoder til inddragelse og sikring af brugerens individuelle ønsker og behov

Hvordan kan vi identificere brugernes ønsker i forhold til deltagelse og inddragelse i rehabiliteringen?

Hvordan kan vi sikre, at brugerens individuelle behov og ønsker inddrages som mål for rehabiliteringen?

Hvordan kan vi evaluere praksis omkring brugerinddragelse?

Litteraturstudiet og praksisafdækningen viser, at hvis et rehabiliteringsforløb skal ende succesfuldt, er det afgørende, at de professionelle spørger sig selv og hinanden: **Hvad er den relevante hjælp for brugeren – fra brugerens perspektiv? Hvad kan motivere brugeren til at indgå aktivt i sit rehabiliteringsforløb?** Det er vigtigt, at borgeren selv kan sætte sit mål og selv være med til at planlægge sit rehabiliteringsforløb, hvor de sundhedsfaglige personer har en støttende og vejledende funktion. Borgerens mål er udgangspunktet for en plan for rehabiliteringen, hvor det langsigtede mål brydes ned i mindre delmål, der er realistiske at nå, så borgeren løbende oplever de små forbedringer og succes'er.

Case: Hans ønsker ikke at blive trænet op til at kunne gøre rent i sit eget hjem. Hans veninde bor i en anden kommune, hvor hun får hjælp til rengøringen af hjemmeplejen. Og som Hans siger: *Hun er ikke ringere end mig!* Hans afviser efterfølgende besøg fra hjemmetræner, da han kun ønsker praktisk hjælp.

Ikke alle borgere ønsker brugerinddragelse og deltagelse. Undersøgelser viser, at 29% ønsker involvering, 33% ønsker at være passive, og 38% søger information, men overlader beslutninger til behandleren. Det kan være en udfordring for de professionelle at arbejde med borgerens forventninger til indsatsen. Nogle borgere, som Hans, forventer praktisk hjælp, og ikke træning til at kunne udføre den selv. Andre forventer at fysioterapeuten lige "fikser" smerterne ved hjælp af et par behandlinger. Men rehabilitering kræver at borgeren har indsigt i sine vanskeligheder, selv tager ansvar og arbejder med. Hvordan kan de professionelle arbejde med borgerens forståelse, når der ikke er overensstemmelse mellem borgerens forventninger og rehabiliteringstilbuddet?

Det er en udfordring for de professionelle at balancere mellem den faglige ansvarlighed og borgerens motivation, dvs. at kunne tage ansvar for at borgeren stiller realistiske forventninger og mål for sig selv og at kunne stille skarpt på borgerens mål frem for at tage fat i de andre ting, der fra en beholders synspunkt også er relevante.

Case: Susanne har haft kroniske lændesmerter igennem de sidste 15 år. Hun kan ikke gå længere end 50 meter eller stå i mere end 5 min. Hun blev førtidspensioneret for 5 år siden pga. lændesmerterne og en vedvarende depression. Hun er svært overvægtigt og har lavt selvværd. Hendes største ønske er at kunne tage med ud til sin datters ridestævner. Dette bliver målet for en rehabiliteringsplan, som Susanne og hendes fysioterapeut lægger. Det virker stærkt motiverende for Susanne. Det langsigtede mål, at kunne deltage i sin datters ridestævner, brydes ned i mindre mål for at sikre de små sejre undervejs, hvilket også virker motiverende i forhold til at fortsætte træningen. Susannes ønsker opfyldes; hun føler sig glad og stærk og næste mål er at kontakte en diætist og få hjælp til at tabe sig.

I en undersøgelse har borgere identificeret fire væsentlige rehabiliteringsbehov i forbindelse med aktivitet og beskæftigelse: At tage initiativ og træffe valg; at gøre noget fysisk med nogen; at gøre noget socialt med nogen; at gøre noget for andre (Borell et al 2006). Undersøgelser understreger desuden vigtigheden af at undersøge borgerens egen oplevelse af fysiske og psykiske vanskeligheder, og af at borgeren inddrages aktivt i opstilling af mål og løsning af problemer (Rees et al 2007). Desuden skal de professionelle være opmærksomme på, at det er vigtigt at reformulere mål for interventionen løbende i processen. I starten af forløbet vil der ofte være særligt fokus på fysisk funktionsevne; senere er det meget vigtigt at fokusere på borgerens mentale funktioner og oplevelse af livskvalitet, hvilket ofte ignoreres af de professionelle (Ekstam et al 2005).

Effekten og effektiviteten af brugerorienterede initiativer skal vurderes på parametre, der er relevante set fra både brugernes og systemets perspektiv. Tilfredshedsmålinger, spørgeskemaundersøgelser, fokusgruppeinterviews, individuelle semistrukturerede interviews er metoder, der kan bruges til at evaluere brugerinddragelse i rehabilitering (Huset Mandag Morgen 2007). Redskaber som COPM og ICF anvendes allerede med gode resultater flere steder.

Fra DSI

Inddragelse

Erkendelse og accept



By Frits Ahlefeldt

Innovationsspør 2

Samarbejdsmodeller og -relationer

Hvilke samarbejdsmodeller kan sikre organisatorisk sammenhæng mellem de forskellige professionelle aktører i et rehabiliteringsforløb?

Hvad skal der til for at skabe organisatorisk sammenhæng, så samarbejdet ikke går igennem borgeren, der dermed kommer til at stå som sin egen kontaktperson og tovholder for rehabiliteringsforløbet?

Hvordan kan vi sikre, at de professionelle arbejder med relationen og formidlingsmåden i samme grad som med det faglige indhold?

Hvordan kan de professionelle overvinde "faglige territorier" og udnytte hinandens faglige ressourcer?

De professionelle, der blev interviewet, definerer alle et rehabiliteringsforløb som et tværfagligt samarbejde mellem de professionelle, der med hver deres faglige ekspertise skal facilitere udviklingen mod det individuelle mål, som borgeren har valgt. En borger der går fra at være "normal" til at have et rehabiliteringsbehov er igennem en proces, hvor det er vigtigt at møde de rigtige personer på de rigtige tidspunkter og få relevant hjælp.

Det er vigtigt for rehabiliteringsforløbets effekt, at der etableres en god relation mellem de professionelle og borgeren. Praxisafdækningen viser, at netop derfor prioriteres det første møde med borgeren højt. En leder formulerer det således: *Det første møde med borgeren er essentielt. Hvor man prøver at spørge borgeren, hvad er det for et liv du har, hvad er det for et liv, du drømmer om, selvom du er ved at blive ældre? Hvad er vigtigst for dig? (Leder, Hverdagsrehabilitering, Fredericia Kommune).* Det første møde er udgangspunktet for resten af forløbet. Det er her de professionelle skal vise, at de er interesserede i mennesket overfor dem, og at borgeren selv har mulighed for at påvirke forløbet.

Case: En 55-årig kvinde starter på en idrætsdaghøjskole i et afklaringsforløb efter længere tids sygdom og pga. nedslidningssyndromer og gigt. Hun bliver hurtigt træt og får smerter. Kvinden er meget bevidst om sin situation, men ønsker at komme tilbage på arbejdsmarkedet, da det er en stor del af hendes identitet og selvværd. Sagsbehandleren ønsker at kvinden skal afprøves i sit gamle fag, selvom kvinden har ønsket sig et andet fagområde. Vejlederen og fysioterapeuten fra Idrætsdaghøjskolen støtter hende i dette ønske, da det er vanskeligt at finde et fag, der er beslægtet med det område, som hun har kompetencer indenfor, og som hun kan klare. Praktikken bliver en fiasko, da kvinden har svært ved at honorere kravene, der medfører store smerter. Da praktikken er slut, søger kvinden flexjob, da hun gerne vil bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet og ikke ønsker førtidspension. Sagen bliver vurderet af jobcenteret, og resultatet bliver et afslag, da man ikke anser kvindens lidelser for at være så store, at hun ikke vil kunne varetage et mindre belastende job på fuld tid. Efterfølgende anker kvinden afgørelsen med sin fagforening.

I dette forløb inddrages kvindens ønsker og fagfolks vurderinger ikke i sagsbehandlingen, og mange menneskelige, økonomiske og tidsmæssige ressourcer bliver spildt på et forløb, som ikke ender i noget brugbart. Kvindens ønsker og ressourcer inddrages ikke, og hun oplever derfor ikke det gennembrud, der skal til for at komme videre. Hun mister motivationen og selvværdet. "Systemet" bliver hendes modstander, som kun er til for at genere hende.

Casen er et eksempel på, at systemets rammer ikke stemmer overens med borgerens ønsker. Andre eksempler på, at borgeren må tilpasse sig systemets præmisser er f.eks. i forhold til ventetider eller indkaldelser med kort varsel. Desuden peger casen på, at vi må overveje, hvordan økonomi, organisering og faglig indsigt kan spille sammen?

Flere undersøgelser påpeger, at på organisatorisk niveau anbefales ICF (International Classification of Functioning) som ramme for fælles sprog og tænkning tværprofessionelt og tværsektorielt på baggrund af et behov for samarbejdende og tværfaglige netværk blandt rehabiliteringsenheder med henblik på at effektivisere og kvalitetssikre rehabiliteringsindsatsen (bl.a. Clohan et al 2007). En artikel påpeger dilemmaet mellem at arbejde effektivt og økonomistyret samtidigt med at arbejde ud fra klientens ønsker (Kendall 2000), mens Huset Mandag Morgen påpeger, at det er nødvendigt med klare incitamentstrukturer på personale, afdelings- og systemniveau, der belønner brugerinddragelse og samarbejde omkring sammenhængende forløb, og at disse kriterier prioriteres på linje med effektivitets- og produktivitetskriterier. Udvikling af en behandlingsplan, der præciserer ventetider, garantier og brugerens eget medansvar kan være medvirkende til at skabe sammenhæng i et behandlingsforløb (Huset Mandag Morgen 2007).

Case: En 21-årig mand har massive kognitive problemer, der involverer problemer med hukommelse og indlæring, koncentration og overblik samt generelt reduceret tempo. Han bor på kollegium, men holder sig meget for sig selv pga. sine kognitive problemer. Han glemmer ofte at spise og husker ikke altid sin medicin. Han har bostøtte 8 timer om ugen. Manden får tildelt et 9 mdr. rehabiliteringsophold på Vejlefjord Neurocenter med fokus på overindlæring af kompensationsstrategier og øget selvværd. Der vil også være mulighed for afprøvning af fritidsaktiviteter. To gange i løbet af opholdet afholdes et møde med alle involverede parter, hvor mandens ønsker og mål diskuteres og evalueres. Manden fremlægger desuden de ønsker, han har til det kommunale tilbud efter opholdet: en alternativ boligløsning og øget støtte af hjemmevejleder. Kommunen kommer med forskellige tilbud, som han kan vælge imellem inden han udskrives. Ved udskrivningen har manden fået en ny bolig med mulighed for bostøtte flere gange dagligt, og han har fået plads på et karatehold i nærheden af hjemmet.

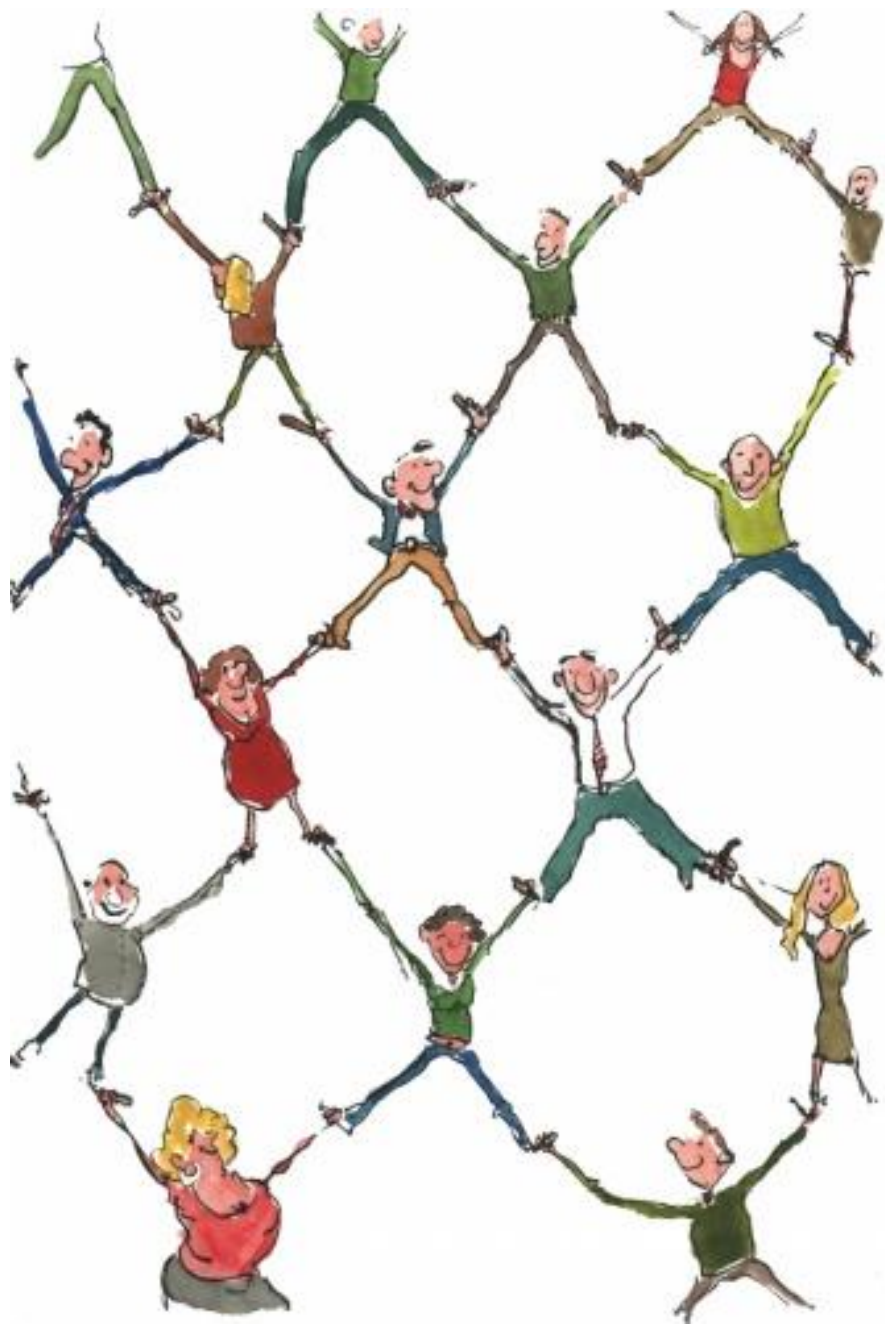
Denne case er et eksempel på, at det tværfaglige samarbejde mellem aktører i et rehabiliteringsforløb er organiseret hensigtsmæssigt. Alles opgaver i processen er klar og ved koordineringsmøderne er alle involverede parter til stede (pårørende, medarbejder fra jobcenteret, socialrådgiver, hjemmevejleder, Vejlefjords souschef, neurolog, psykolog og fysioterapeut). Kommunen har flere forskellige tilbud, som borgeren kan vælge imellem. Begge dele fører til et smidigt forløb, der inddrager borgerens ønsker og behov for støtte til sin hverdag og sin rehabilitering.

Flere undersøgelser om brugerinddragelse i rehabilitering beskæftiger sig med samarbejdsrelationen mellem borger og professionelle, og styrkelse af de professionelle relationelle kompetencer i forhold til borgerinddragelse, f.eks. i forhold til kommunikation, dvs. at fagfolk lytter til borgeren og forsøger at forstå dem med henblik på gensidigt at få afstemt forventningerne til rehabiliteringsforløbet. En artikel pointerer, at i de personlige samtaler, må den professionelle lægge lige stor vægt på formidlingsmåden som på

indholdet. Et andet forhold er, at den professionelle skal opfatte sig mere som en ressource for borgeren og som gæst i borgerens liv end som behandler. Samtidigt må den professionelle inddrage et mere helhedsorienteret syn på borgeren, der også inkluderer borgerens hverdag, fritids- og arbejdsliv. Der nævnes forskellige metoder til dette, bl.a. COPM og ICF (Pellat 2007, Simmons 2009, Liu et al 2005, Borg 2002, Clohan et al 2007, Ekstam et al 2007, Jacobsen et al 2009). Huset Mandag Morgen (2007) foreslår, at der udvikles et dilemmaspil til at styrke kulturkompetencer hos sundhedspersonalet. Spillet kan evt. være netbaseret, så brugere af sundhedsvæsnet kan logge på og tilbyde at spille med.

Fra DSI

Overdragelse



Innovationsspor 3

Mobilisering af private og civile aktører

Hvordan kan vi inddrage borgerens netværk, dvs. pårørende, venner og arbejdsplads?

Hvordan kan vi inddrage frivillige og foreningslivet, f.eks. patientforeninger, hjælpeorganisationer og idrætsforeninger?

Interviewene med de professionelle viser, at støtte fra borgerens personlige netværk har betydning for rehabiliteringsforløbet. I hverdagsrehabiliteringen i Fredericia Kommune er ægtefællen ofte involveret i målbeskrivelsen og kan bidrage med sine tanker om, hvad der skal til, for at parret kan få et godt liv igen. Men det kan også være problematisk at inddrage de pårørende. De kan være slidt op af deres pårørendes forløb, har brugt al ferie, eller kan ikke få fri til at deltage i deres pårørendes rehabilitering.

Huset Mandag Morgen (2007) foreslår, at der oprettes en it-portal for "kronisk pårørende" til netværksskabelse, og erfarings- og videnudveksling. Her vil sundhedsvæsnet få værdifulde input om borgere med kroniske sygdomme og deres pårørendes situation. Som synergieffekt, kan den pårørendes egen sundhedsforståelse blive påvirket. En anden artikel fokuserer også på de pårørendes psykiske velvære: Pårørende deltager i et undervisningsprogram for at forebygge, at de ikke også bliver syge, men kan tage vare på deres psykiske velvære og tage deres eget helbred alvorligt (Won et al 2008).

En ting er at mobilisere private og civile aktører, en anden ting er at hjælpe borgeren med at bruge de tilbud, der allerede eksisterer. Det forudsætter, at de professionelle har kendskab til de tilbud, der er i borgerens område eller i foreningslivet, og at det bliver et fokus for rehabiliteringen, hvis det er et behov for borgeren.

Litteraturstudiet og praksisafdækningen afslører, at der ikke er megen viden eller praksis i forhold til mobilisering af private og civile aktører. Men da både litteraturen og praksis peger på, at private og civile aktører kan udgøre en stor ressource for en borger i et rehabiliteringsforløb, fremlægges det som et innovationsspor.

Fra DSI

At komme rundt, pårørende, Sociale sammenhænge, energiforvaltning, træning

Innovationsspor 4

Selvopfattelse og identitetsdannelse

Hvordan redefinerer man sin identitet gennem rehabiliteringsforløb ?

Hvordan opbygges eller genforhandles selvopfattelsen i samspil mellem:

- a) tidligere selv billeder som fuldt funktionsdygtig?
- b) nuværende og kommende selv billeder med funktionsbegrænsninger som vilkår?

Hvordan kan der støttes op om processerne med at genforhandle identiteten hvor der på én og samme tid gives plads til autonomi og støttes op om borgeren?

De antropologiske undersøgelser viser at erkendelse og accept er centrale problemstillinger for borgere i rehabiliteringsforløb. Enkelte borgere træner sig selv op til at genoptage stort set det liv de levede før, mens andre øver sig i, at acceptere at livet ser helt anderledes ud i dag og vil blive ved med at gøre det. For de borgere, der hører under den sidste kategori, handler rehabilitering mest af alt om at acceptere og komme til en erkendelse af, hvad man kan og ikke kan.

Case: Det er en omvæltning. Og det bærer rigtig mange ting med sig. Jeg kom lige til at tænke på et billede som min psykolog satte op på tavlen, for at forklare hvad det egentlig er, der sker i sådan en situation. Det er jo en krise. Og hvordan alt bliver berørt af det, altså hele ens liv, det er arbejde, børn. Alle aspekter. Og så er man ligesom der og skal finde ud af, at få et liv til at fungere. Som hun også siger, er det jo identitetskrise på et eller andet plan. Jeg er jo ikke den samme som før, jeg kan ikke de samme ting som før. Så jeg er glad for, at jeg har fået hjælp til det. (Interview, Sanne, Fysioterapi- og smerteklinik)

Både behandlere og borgere taler igen og igen om hvor afgørende erkendelsen er, for hvor godt det lykkes den enkelte borger at komme videre i sit liv.

Samtlige smertepatienter og borgere med hjerneskade taler om, hvor meget de har arbejdet med og stadig arbejder med, at indrette deres liv efter deres tilstand og undgå at overbelaste sig selv. De fleste af dem har haft et meget aktivt liv før smerterne og hjerneskaden indtraf og det er en stor omvæltning.

Case: "Anita: Førhen var jeg jo sådan en der kørte med 110 km/timen igennem hele livet. Det værste er altså at acceptere, at det kan man ikke mere. Før trænede jeg jo 5 gange om ugen og inden jeg fik børn har jeg løbet halv marathen. Nu der bruger jeg jo så mine malerier i stedet for, men det er altså ikke det samme. (Interview, Anita, Fysioterapi- og smerteklinik)

En række borgere kan have svært ved at acceptere, at de ikke kan overkomme så meget som før – andre har fundet en balance.

"Søren: Men der kunne jeg godt mærke, at jeg var kommet noget længere dernede end nogle af de andre, for jeg havde jo accepteret, sådan som jeg har det nu, fordi jeg har det rigtig godt, der er nogen, der uha nu hvor vi har været på Vejlefjord i otte uger eller tolv uger, så er vi raske, når vi kommer derfra. Og der havde vi jo møder, hvor vi sad og snakkede med psykologen sådan i små grupper, og der kommer det jo tydeligt frem, om man har accepteret sin situation, eller om man ikke har accepteret sin situation.

Sørens kone: Og det gælder jo både den syge og den pårørende. Det er erkendelse."

(Interview, Søren og kone, Vejlefjord Neurocenter)

Fra DSI

Erkendelse og accept

Energiforvaltning

Sociale sammenhænge

Innovationsspor 5

Understøttelse af selvstændig livsførelse i hverdagen

Kan vi udvikle Intelligente træningsredskaber, der gør borgeren aktiv og selvstyrende i deres rehabilitering?

Kan vi udvikle nye elektroniske hjælpemidler, der styrker borgerens egenomsorg og deltagelse i dagligdagen?

Hvordan sikrer vi, at borgeren får relevante hjælpemidler?

Hvordan sikrer vi, at borgeren har mulighed for at deltage i relevante sociale aktiviteter?

Fra litteraturstudie, praksisfortællinger og interviews med praktikere

Dette innovationsspor fokuserer på træningsredskaber og hjælpemidler i forhold til borgerens deltagelse i hverdagen – fysisk og socialt. Og ikke mindst på, hvordan borgeren sikres indflydelse på indretningen af hverdagen, da undersøgelser viser, at selvstyring og indflydelse på f.eks. indretning af eget hjem, har stor betydning for borgeren (se f.eks. Erikson J. et al 2000).

Intelligente træningsredskaber

Litteraturen viser, at intelligente træningsredskaber kan medvirke til at nogle borgere kan blive mere aktive og selvstyrende i deres rehabilitering i samarbejde med de professionelle. Træningen kan foregå i borgerens eget hjem, og borgeren kan selv følge resultaterne (Se f.eks. Lange et al 2009). Udviklingen går stærkt på dette område og selv om nogle af de testede produkter i artiklerne allerede er outdatede, så viser de generelle resultater, at der er et stort potentiale i elektroniske hjælpemidler og træningsredskaber, der kan hjælpe og træne borgeren til at klare dagligdagen.

Relevante hjælpemidler

Velvalgte og velovervejede hjælpemidler kan understøtte en mere selvstændig livsførelse for mennesker med funktionsvanskeligheder, f.eks. ved at understøtte jobmulighed, uddannelse og social involvering. Samtidig viser artiklen, at 30% af de tildelte hjælpemidler kasseres indenfor det første år (Scherer et al 2005). Artiklen påpeger, at der derfor er behov for nøje at afdække behov for hjælpemidler inden tildeling.

Praksis ser også et stort potentiale indenfor udvikling af elektroniske hjælpemidler. Bl.a. foreslås der udvikling af IT-redskaber til afatiske borgere, pga. deres problemer med at forstå, hvad der bliver sagt, og med at udtrykke sig.

Fremme deltagelse i sociale aktiviteter

En undersøgelse fokuserer på, hvordan man kan indkredse fysiske og sociale barrierer for at komme ud og deltage i sociale aktiviteter, da dette er et vigtigt aspekt ved rehabiliteringen (Gray et al 2008). F.eks. oplever ældre et stort pres fra omgivelserne til at klare de mest nødvendige aktiviteter selv, frem for at komme ud og deltage i sociale aktiviteter. Artiklen konkluderer, at de forskellige professionelle borgeren må tage i betragtning, at det er alle de små opgaver lagt sammen, der skaber et pres, og at man som professionel må sondre mellem fagprofessionelles forventninger til borgerens egenomsorg kontra borgerens forventninger (Vik et al 2007).

Fra den antropologiske undersøgelse

Træningsredskaber

Der:

- Visualiserer og dokumenterer fremskridt
- Kan bruges hjemme
- Udvikles og målrettes specifikke målgrupper
- indeholder underholdnings- og konkurrencemomenter a la Nintendo Wii; og hvor sværhedsgraden kan tilpasses
- Logger informationer om kvantitet og kvalitet af træningen i en "træningsjournal", der følger patienten igennem forløbet, og kan vise progression i træningen.
- integrerer instruktion til øvelser, f.eks. i video
- Kan bruges f.eks. stemmetræning, fysisk-/muskeltræning, koordinationstræning, social træning.

Organisering af hverdagen

Huske og strukturere hverdagen

Eksempler på udfordringer:

Hukommelsesvanskeligheder, at planlægge og strukturere en dag, prioritering af aktiviteter, huske rækkefølge at gøre ting i, huske medicin, let at blive distraheret/mister let fokus på de ting, man er i gang med, at koble alarmer med den aktivitet, de skal minde én om, at få behandler/træners og borgerens program til at passe sammen, for mange impulser (sms-påmindelser, skærm m. tekst og billeder) virker forvirrende

Energiforvaltning

Borgeren oplever at have mindre energi og overskud end tidligere

Borgeren bruger typisk sin tid på praktiske, huslige gøremål samt træning

Det er vigtigt ikke at have for mange aktiviteter og at have overblik over 1) varigheden af aktiviteten og 2) hvor krævende aktiviteten er. Eksempler på udfordringer: - at kunne overskue og planlægge dagen/ugen
- ikke at kunne mærke grænsen for hvor meget man kan klare

Eksempler på hjælpemidler

- Informationshåndtering, f.eks. i forhold til breve fra det offentlige og andre instanser (svarfrister, etc)
- Elektronisk platform, for det man skal huske, hvor aktiviteter og hvor meget aktiviteterne kræver – f.eks. at efter besøg er det nødvendigt med to dage uden aktiviteter. (Som det kendes fra kalendersystemer: "I konflikt med en anden aftale".)
- dagbog
- sedler
- madplan og indkøbsseddel
- kalender
- lister
- opslagstavle
- ugeplaner
- Iphone
- NeuroPage (sms-påmindelser)
- MemoPlanner
- Piktogrammer

Indretning af hjem og arbejdsplads

- Alsidige arbejdsstillinger
- hjælp til tunge løft
- fleksible og dynamiske indretningsløsninger, f.eks. vaskemaskiner, der kan køres op og betjenes i stående

Hjælpemidler

- Æstetiske og diskrete hjælpemidler: redesign eller udvikling af hjælpemidler
- Intelligente hjælpemidler, der tilpasser sig borgerens ændrede behov, og som registrerer og logger informationer.
- Kombination af hjælpemiddel og træningsredskab.

Læse-/skrive-/taleteknologi

- Hjælpemiddel til at tale/læse/skrive
- Træning af læse/skrive/tale-funktion

Udvikling af virtuelle, sociale netværk

Virtuelle og sociale netværk kan være netværk mellem borgere i rehabilitering, mellem borger og de professionelle eller mellem borgere i rehabilitering og frivillige borgere f.eks. fra forskellige foreninger eller sammenslutninger. Det kan også være netværk for pårørende.

Web-baseret diskussions- og selvhjælpsgruppe havde størst effekt, når der samtidig i mindre grad, var tilknyttet individuel webbaseret terapeutisk rådgivning (Andersson et al 2005).

Internetbaseret kontakt mellem borger og professionelle med henblik på behandling, information, hjælp og støtte til problemer i dagliglivet kan også medvirke til at gøre borgere mere aktive og engagerede i egen sygdom og egenomsorg (Forkner-Dunn 2003). Der kan være en barriere i forhold til, om borgeren kan lære og huske de trin, der skal til, for at kunne udnytte internettet (Ricker et al 2002).

Hvis deltagelse i virtuelle og sociale netværk er en del af rehabiliteringen, er det en forudsætning, at de professionelle kender de netværk, f.eks. virtuelle eller i borgerens område, som kan være relevante for borgeren at deltage i.



Undersøgelser viser, at der er behov for nøje at afdække borgerens behov inden tildeling af hjælpemidler. 30% af alle hjælpemidler kasseres indenfor det første år.

Om projekt 'Rehabilitering på borgernes præmisser'

"Rehabilitering på borgernes præmisser" er et forsknings- og udviklingsprojekt, som gennemføres i samarbejde mellem UC Lillebælt, Fredericia Kommune, Vejlefyord Neurocenter, Fysioterapi og smerteklinikken i Odense, Dansk Sundhedsinstitut, Vejle Erhvervsudvikling, Trekantens Innovationsforum, Fredericia Idrætsdaghøjskole, Hammel Neurocenter og udvalgte produktionsvirksomheder. Projektets overordnede formål er at styrke rehabiliteringskrævende borgeres mulighed for længst muligt at være herre over deres eget liv. Formålet er desuden at udvikle nye produkter, hjælpemidler, systemer og ydelser, som kan anvendes i fremtidens rehabiliteringsforløb. Samtidig er hensigten, at borgerne, patienterne og klienterne, som har brug for rehabilitering, bliver inddraget i udviklingen ud fra erkendelsen af, at "den ved bedst hvor skoen trykker, som har den på". Endelig er formålet at skabe innovative netværk mellem private, offentlige og frivillige samarbejdspartnere med henblik på videndeling, erhvervsfremme, udvikling af velfærdsydelser, og anvendelse af velfærdsteknologi

Arbejdet i projektet er delt op i forskellige faser. Denne præsentation af innovationsspor er resultatet af projektgruppens arbejde i Fase 2. Formålet med fase 2 har været at kortlægge projektets aktørers aktuelle teoretiske og praktiske viden om eksisterende metoder til inddragelse af borgere i rehabilitering og i udvikling af produkter og serviceydelser. Kortlægningen tjener to formål: 1) at medvirke til design af projektets antropologiske undersøgelse af borgernes oplevelse af og ønsker til rehabiliteringsforløb og 2) at identificere og anbefale innovationsspor, der kan arbejdes videre med i projektets efterfølgende faser.

De identificerede Innovationsspor peger på relevante områder hvor der kan genereres idéer og udvikles nye produkter, metoder og serviceydelser, der understøtter rehabilitering på borgernes præmisser. For at kortlægge aktuel teoretisk viden og aktuelle erfaringer med brugerinddragelse i rehabilitering har projektgruppen foretaget litteraturstudier på baggrund af en systematisk litteratursøgning. For at afdække praktiske erfaringer er der udarbejdet praksisfortællinger og gennemført fokusgruppeinterviews med praktikere fra projektets partnere. En mere uddybende præsentation af resultaterne af dette arbejde kan findes i rapporten: " Rehabilitering på borgernes præmisser. Resultater fra fase 2: Videnindsamling".

På vegne af projektledelsen og projektgruppen

Anna-Maj Stride Geyti
Udviklingskonsulent, Udvikling & Viden
University College Lillebælt