

# Rehabilitering på borgernes præmisser

---

## Resultater fra fase 2: Videnindsamling

**Del 1: Kortlægning af projektets aktørers teoretiske viden og praktiske erfaringer med brugerinddragelse i rehabilitering**

**Del 2: Oplæg til innovationsspor**

April 2010

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

# Indhold

<b>Del 1: Kortlægning af projektets aktørers teoretiske viden og praktiske erfaringer med brugerinddragelse i rehabilitering</b> .....	<b>4</b>
<b>Indledning</b> .....	<b>5</b>
Præsentation af formål .....	5
Anbefalinger til innovationsspor .....	5
Læsevejledning.....	6
Deltagere i projektgruppen .....	7
Nøglebegreber.....	7
<b>Resultater fra kvalitative interviews med praktikere</b> .....	<b>8</b>
Fysioterapi- og smerteklinikken, Odense .....	8
Vejlefjord Neurocenter .....	9
Hverdagsrehabilitering, Fredericia Kommune .....	9
Brugerinddragelse og rehabilitering – perspektiver fra praksis .....	10
Praksis' definition af 'brugerinddragelse' og 'rehabilitering' .....	10
Vigtige parametre for et succesfuldt rehabiliteringsforløb .....	11
Eksempler på initiativer, aktiviteter og metoder, der forbedrer brugerinddragelse i rehabilitering .....	11
Udfordringer og udviklingspotentiale .....	12
<b>Resultater fra praksisfortællinger</b> .....	<b>15</b>
Konklusion på praksisfortællinger .....	15
Praksisfortællinger: 'Best Practice' .....	16
Praksisfortællinger: 'Worst case' .....	17
<b>Resultater af systematisk litteratursøgning og –studier</b> .....	<b>18</b>
Systematisk litteraturstudie .....	18
Litteraturstudiets samlede konklusion .....	18
Analyse af artikler.....	19
<b>Samlede resultater for fase 2: Fem innovationsspor</b> .....	<b>22</b>
<b>Del 2: Oplæg til innovationsspor</b> .....	<b>24</b>

# **Del 1:**

**Kortlægning af projektets aktørers teoretiske viden og praktiske erfaringer med brugerinddragelse i rehabilitering**

## Indledning

### Præsentation af formål

”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, 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 rapport er en opsamling på arbejdet i Fase 2 og præsenterer resultatet af projektgruppens arbejde. 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.

Arbejdet i projektgruppen er mundet ud i anbefalinger til følgende fem innovationsspor:

### Anbefalinger til innovationsspor

#### 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?

#### 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?

### **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?

### **4) Udvikling af virtuelle og sociale netværk**

- Hvilke netværk – virtuelle eller ej – er relevante for borgeren at indgå i?
- Hvordan skal disse netværk opdyrkes og drives?
- Hvordan kan deltagelse i netværk være en del af rehabiliteringen?

### **5) Redskaber til styrkelse af borgerens aktive deltagelse i dagligdagen**

- 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?

## **Læsevejledning**

Rapporten består af en præsentation af resultaterne af det arbejde som har ledt til de fem overstående innovationsspor. Resultaterne fra især praksisfortællinger og interviews har givet input til design af den antropologiske undersøgelse v. DSI. i forhold til kendskab til kontekst og praksis samt at kunne kvalificere hvad der var relevant at undersøge, når de kom ud til borgerne. Resultaterne fra den antropologiske undersøgelse kendes ikke endnu, men analysen af den antropologiske undersøgelse vil, når den er gennemført, supplere de innovationsspor, der er anbefalet på baggrund af arbejdet i fase 2. Rapporten falder i to dele:

### **Del 1**

*Del 1* er en præsentation af projektgruppens arbejde i fase 2 i projektet. Her gennemgås resultaterne fra litteraturstudiet og fra praksisafdækningen, som dækker over interview med ledere og medarbejdere fra projektets aktører om deres konkrete praksis med brugerinddragelse i rehabilitering samt praksisfortællinger, som står som eksempler på gode og dårlige rehabiliteringsforløb med større eller mindre grad af brugerinddragelse. Projektgruppens arbejde har resulteret i anbefalingerne af de fem innovationsspor, som blev præsenteret i forrige afsnit, og som kan arbejdes videre med i projektets efterfølgende faser.

## Del 2

*Del 2* præsenterer og uddyber de fem innovationsspor. *Del 2* kan læses uafhængigt af *Del 1*, og læseren kan springe direkte til denne del, hvis det primært er anbefalingerne til innovationsspor, man er interesseret i.

Der er desuden udarbejdet et appendiks til rapporten med relevant bilagsmateriale. I rapporten henvises der løbende til disse bilag.

## Deltagere i projektgruppen

Jytte Falmaar, Fysioterapeutuddannelsen, UC Lillebælt  
Anna-Maj Stride Geyti, Udvikling & Viden, UC Lillebælt  
Lisbeth Møllegaard Hansen, Hverdagsrehabilitering, Fredericia Kommune  
Lone Hougaard, Sygeplejerskeuddannelsen i Vejle, UC Lillebælt (Projektleder)  
Allan Klitmøller, Socialrådgiveruddannelsen, UC Lillebælt  
Dorte Nielsen, Sygeplejerskeuddannelsen i Odense  
Annelise Norlyk, Sygeplejerskeuddannelsen i Vejle, UC Lillebælt  
Inge Olsen, Fredericia Idrætsdaghøjskole  
Poul Erik Pedersen, Vejlefjord Neurocenter  
Anne Karin Petersen, Ergoterapeutuddannelsen, UC Lillebælt  
Inge Ris, Fysioterapi og smerteklinik  
Marie Brandhøj Wiuff, Dansk Sundhedsinstitut

## Nøglebegreber

*Bruger og rehabilitering* er centrale nøglebegreber i projektbeskrivelsen. Projektgruppen har arbejdet ud fra følgende definitioner:

### Rehabilitering:

”Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i en risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfyldt liv. Rehabilitering baseres på borgernes hele livssituation og beslutninger består af en koordineret, sammenhængende og videnbaseret indsats.” (Rehabiliteringsforum Danmark: Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet 2004, p 4)

### Bruger

”Ved bruger forstås bredt forbrugere, kunder, medarbejdere, virksomheder, samarbejdspartnere, leverandører eller **borgere**.” (Erhvervs- og byggestyrelsen: Bekendtgørelse nr. 241 af 20.03.2007 § 1, stk.2.) Projektgruppen udvider forståelsen af begrebet bruger til også at omfatte **patienter, klienter eller kursister**, som rehabiliteres med kontakt til de institutioner og virksomheder som indgår i projektsamarbejdet.

*Brugerdreven innovation og udforskning og inddragelse* er også centrale begreber for projektgruppens arbejde. (Se bilag for definition af disse begreber).

## Resultater fra kvalitative interviews med praktikere

Brugerinddragelse er ikke et nyt fænomen indenfor rehabilitering. Fagprofessionelle har i mange år bestræbt sig på at inddrage borgere, som er i rehabilitering. Men spørgsmålet er, hvordan det praktiseres, og hvilke udfordringer der ligger heri. Denne viden er vigtig som afsæt for at kvalificere og udvikle den brugerinddragende indsats. Dansk Sundhedsinstitut udfører en antropologisk undersøgelse i projektperioden med fokus på brugerinddragelse i rehabiliteringen. Første del af undersøgelsen består af fem semistrukturerede fokusinterviews med medarbejdere og ledere fra tre af projektets partnere. I alt blev 15 informanter interviewet. (Se også beskrivelse af interviewundersøgelsen i bilaget).

Interviewundersøgelsen har som formål at afsøge:

- hvilken form for rehabilitering partnere gennemfører og hvilken type borgere de har med at gøre (dette bl.a. med henblik på at kvalificere designet af anden del af den antropologiske undersøgelser udføres blandt udvalgte borgere).
- partnernes viden om og erfaringer med brugerinddragelse herunder i hvilke faser af rehabiliteringen brugerinddragelse er særlig frugtbar/problematisk
- konkrete tilgange/metoder som partnerne anvender i praksis til at styrke brugerinddragelse i rehabilitering

De tre interviewede partnere er Fysioterapi- og smerteklinikken i Odense, Vejlefyord Neurocenter og Hverdagsrehabilitering, Fredericia Kommune. I det følgende afsnit følger en præsentation af stederne og en redegørelse for deres perspektiv på brugerinddragelse i rehabiliteringen, udfordringer og udviklingspotentialer. Afsnittet er udarbejdet på baggrund af interviewene.

### Fysioterapi- og smerteklinikken, Odense

Typisk er klinikkens patienter 40-50 år. 75% er kvinder. De kommer til klinikken med smerter i bevægeapparatet, særligt kroniske smerter. Nogle patienter har fået en henvisning fra en anden fysioterapeut eller speciallæge. Klinikken er privat, og patienten betaler enten selv eller gennem en sundhedsforsikring. Typisk har disse patienter været ved mange andre behandlere tidligere. Ofte er patienterne erhvervsaktive, ressourcestærke og med høje ambitioner om hurtigt at vende tilbage til deres normale liv. I klinikken er der stort fokus på, at der er tid til at få afdækket patientens egen forståelse af sin sygdom, sygdomshistorie og forventninger til egne ressourcer og resultater. Hvis disse er urealistiske eller overambitiøse, kan det være en barriere for et effektivt behandlingsforløb. Fysioterapeuterne vægter derfor højt, at der er tid og ro til gennem samtale at arbejde med patientens egen erkendelsesproces mod en realistisk opfattelse af egen situation. Rent praktisk bliver der sat mere tid af til denne del af processen ved det første og evt. efterfølgende møder end ved en almindelig fysioterapeutisk klinik. På baggrund af dette samt en grundig undersøgelse af patientens bevægeapparat foreslår fysioterapeuten forskellige behandlingsmuligheder, som patienten kan vælge.



## Vejlefjord Neurocenter

Vejlefjord Neurocenter modtager neurologisk hjerneskadede patienter over 18 år. De fleste af patienterne er omkring 50 år. De modtager fysisk og kognitiv træning og indsigtssbearbejdning med henblik på at kunne indse og forstå sine nye udfordringer og klare hverdagen igen i forhold til f.eks. husholdning, egenomsorg, rolle i familien, sociale problemer, ændret personlighed og eventuelt i forhold til at vende tilbage til arbejdsmarkedet. For at blive bevilliget et ophold skal patienterne vurderes til at kunne profitere af et ophold, og de skal være selvhjulpne, dvs. at de selv skal kunne komme rundt, tage tøj på og gå på toilettet. De skal desuden være motiverede for at deltage i et rehabiliteringsforløb. Hovedparten får betalt deres ophold af det offentlige (via Sundhedslovens §79) og får max 8 ugers ophold. Der er også patienter, som selv betaler. Patienterne bor på stedet, hvilket understøtter den holistiske tilgang til patienten, som de professionelle ønsker, da det fremmer opbygning af kendskab og tillid patient og professionelle imellem. Desuden møder patienten andre hjerneskadede. Forløbet består af undervisning og samtale ved et fast tværfagligt team om patienten og af patientens egen træning. I starten af forløbet har hver faggruppe en indledende samtale med patienten for at finde frem til det rigtige tilbud, hvor der opstilles mål og delmål for forløbet. Teamet består af en psykolog, en ergoterapeut, en fysioterapeut, en sygeplejerske og ved behov også en talepædagog. Hver uge afholdes der konference om hver patient, der sikrer, at alle arbejder frem mod borgerens individuelle mål. Udover en opstartssamtale holder Vejlefjord også en midtvejsvaluering med deres patienter og pårørende (hvor de bl.a. ser på og justere mål for opholdet) samt en afsluttende samtale.

## Hverdagsrehabilitering, Fredericia Kommune

Målgruppen for Hverdagsrehabilitering er alle borgere uanset alder med rehabiliteringspotentiale, der tidligere blev visiteret til den almindelige hjemmepleje. Ca. 90% er over 65 år og resten er mellem 40-65 år. Målgruppen består primært af nyvisiterede borgere. Borgerne indgår i et rehabiliteringsforløb for igen at kunne klare egenomsorg og hverdagsting med henblik på at øge borgerens livskvalitet og forsinke entreen ind i hjemmeplejen. Formålet er at borgeren får en bedre service og et bedre liv, og at kommunen samtidig får en bedre økonomi. Når en borger bliver visiteret til hverdagsrehabiliteringen, f.eks. efter et hospitalsophold, prioriteres det, at der hurtigt etableres kontakt til borgeren. En terapeut kommer ud til borgeren, og sammen finder de mål, som borgeren gerne vil arbejde mod, som f.eks. at kunne gå i bad eller smøre sin egen mad. Der udarbejdes en plan for rehabiliteringsforløbet, som en hjemmetræner<sup>1</sup> og borgeren arbejder efter. Planen revurderes løbende, f.eks. kan nye mål komme til. Ofte er ægtefællen involveret i målbeskrivelsen, så ægtefællen også kan bidrage med sine tanker om, hvad der skal til, for at parret kan få et godt liv igen. I forhold til traditionel hjemmepleje bruges der mere tid i starten af forløbet, da det tager længere tid, når borgeren skal træne selv at udføre aktiviteterne, end hvis en hjemmehjælper

---

<sup>1</sup> En hjemmetræner er her en social- og sundhedsassistent/-hjælper, som tidligere har været i hjemmeplejen. De er ansat på samme vilkår som hjemmehjælpere.

gør tingene for borgeren. Det vurderes, at den ekstra tid vindes mangfoldigt ind, når borgeren igen kan klare sig selv og ikke længere har brug for hjælp.

## Brugerinddragelse og rehabilitering – perspektiver fra praksis

### Praksis' definition af 'brugerinddragelse' og 'rehabilitering'

Trods forskel på de forskellige parter målgruppe og rehabiliteringstilbud er der stort sammenfald i den måde, de forstår og definerer brugerinddragelse og rehabilitering. Dette bliver gennemgået i de følgende afsnit.

#### Definition af 'brugerinddragelse'

Brugerinddragelse udmøntes som et holistisk syn frem for et diagnostisk syn på borgeren, og som en metode, dvs. konkrete aktiviteter, redskaber og procedurer, der inkluderer borgerens perspektiver, ressourcer og ansvar aktivt. På baggrund af interviewene kan man udlede, at "brugerinddragelse" i den aktuelle praksis kan forstås på følgende måde:

- At inddrage og tage hensyn til borgerens egen sygdomshistorie, indsigt i og forståelse af problemer samt forventninger og ønsker til forbedringer.
- At give borgeren valgmuligheder i forhold til behandlingsforløb og behandlere.

Borgeren anerkendes som eksperten på sig selv, og den professionelle fungerer som facilitator for forandring ved at vejlede og støtte i processen:

Det er jo patienten, der er eksperten på sig selv, og så kan vi andre være facilitatorer på denne ekspertviden vi så har at byde med. Men i sidste ende er det jo patienten der skal, og vil og afgør, hvad de vil bruge af det.  
(Fysioterapeut, Fysioterapeut- og smerteklinikken)

Den professionelle stiller sin ekspertviden til rådighed, men kan ikke beslutte, hvad der er vigtigst for borgeren at arbejde med.

#### Definition af 'rehabilitering'

Essensen ved rehabilitering i den aktuelle praksis kommer f.eks. til udtryk således:

Rehabilitering er at patienten lærer at bruge de ressourcer, som de nu har tilbage, til at komme videre i livet.  
(Medarbejder, Vejlefjord Neurocenter).

Hvis man uddyber dette med afsæt i interviewene, betyder det:

- At borgeren bliver i stand til at leve et liv på bedste og højeste mulige niveau, socialt, fysisk, psykisk og kognitivt.
- Rehabilitering er et forløb af en vis længde og indeholder et tværfagligt samarbejde om borgeren.
- Rehabilitering tager udgangspunkt i borgerens ønsker og ressourcer.

## Vigtige parametre for et succesfuldt rehabiliteringsforløb

Der er også sammenfald i måden man arbejder med brugerinddragelse, og i hvad der vurderes som vigtige parametre, for at et rehabiliteringsforløb bliver succesfuldt:

### Tager tid

Brugerinddragelse i rehabilitering tager tid. Men tiden er nødvendig, fordi det er vigtigt at skabe tillid mellem borger og professionel. Det tager også tid at spore sig ind på borgernes behov og ønsker og afstemme forventninger mellem borger og professionel i forhold til borgerens ressourcer og behandlingens resultater. I Hverdagsrehabiliteringen og i Fysioterapi- og smerteklinikken bruger man mere tid på dette end traditionelt. På Vejlefyord Neurocenter bor patienterne, hvilket medvirker, at personale og patienter mødes tiere, end hvis patienterne f.eks. kom ind til behandling en gang om ugen.

### Fokus på det første møde

Af samme grund prioriteres det første møde med borgeren højt alle tre steder. 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.

### Borgerens ønsker er mål for rehabiliteringen

Der sættes målbare, realistiske og accepterede mål sammen med borgeren. Det motiverer borgeren og gør aktiviteterne meningsfulde, hvis borgerens ønsker er mål for rehabiliteringen. Alle tre steder arbejder med at tage udgangspunkt i borgerens ønsker til resultater, som brydes op i mindre, realistiske, evaluerbare mål, der kan justeres løbende sammen med borgeren. Dette sikrer de små, løbende sejre undervejs i forløbet, der motiverer og giver opmuntring, tro og håb på at udviklingen fortsætter.

### Tværfagligt samarbejde

Alle tre steder defineres 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.

## Eksempler på initiativer, aktiviteter og metoder, der forbedrer brugerinddragelse i rehabilitering

- Sagsbehandlere mangler ofte viden om kroniske smertepatienters problemer. Fysioterapeut- og smerteklinikken har etableret et samarbejde med Joblinjen i Odense, hvor der også er andre faggrupper tilknyttet. Her er samarbejdet omkring borgeren bedre, idet der er en fælles holdning til og forståelse om den kroniske smertepatient.
- Borgerens ønsker til resultater brydes op i mindre, realistiske, evaluerbare mål, der kan justeres løbende sammen med de professionelle.

- Medarbejdere får supervision og undervisning i metoder til brugerinddragelse
- Ledelsen sikrer medarbejdernes fokus på brugerinddragelse, f.eks. ved at lederen deltager i ugentlige konferencer, hvor borgerne bliver diskuteret, og her spørger ind til, hvordan medarbejderne inddrager borgerne.
- At gøre borgerens mål/behandlingsplan synlig (enten på papir eller computerskærm) i mødet mellem borger og fagprofessionel, så begge parter husker og arbejder med målene.
- At man som fagprofessionel forsøger at have 'hænderne på ryggen' forstået som, at man ikke gør tingene for borgeren, men lader borgeren gøre det selv.
- Udover en opstartssamtale holder Vejlefjord også en midtvejsevaluering med deres patienter og pårørende (hvor de bl.a. ser på og justere mål for opholdet) samt en afsluttende samtale.

## **Udfordringer og udviklingspotentiale**

De interviewede ledere og medarbejdere blev i interviewene bedt om at pege på udfordringer og udviklingspotentiale i forhold til brugerinddragelse i praksis. De følgende to sider indeholder opsamlinger på dette.

# Udfordringer

*I de tilfælde, hvor der ikke er overlevering til en sagsbehandler, får sagsbehandleren ikke faglig indsigt i borgerens problemer.*

## **Hvordan kan de pårørende inddrages mere?**

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.

**Hvem betaler for træningsredskaber og hjælpemidler, når rehabiliteringen ikke varetages af kommunen men en anden aktør?**

**Når patienten ønsker bistand/træning, der ikke er ressourcer til.**

**Hvordan passer borgernes ambitioner, lyst og forventninger ind i den ramme, kommunen kan stille til rådighed?** Eller som en leder formulerer det: Spørgsmålet er, hvis man skal tale om borgerinddragelse og borgertilfredshed, er det så ikke okay, at der er en ramme? Eller var der nogen steder, hvor man kunne sige, at det ville give meget bedre borgerservice, hvis det var, at man kunne organisere sin ramme på en lidt anden måde? (leder, Hverdagsrehabilitering, Fredericia Kommune)

**Fysioterapeut- og smerteklinikken er ikke en del af "systemet", dvs. at de ikke er en officielt (aner)kendt samarbejdspartner, hvilket kan vanskeliggøre samarbejdsrelationer med det offentlige system, for hvem skal betale?**

*I den position jeg har her, der har jeg nogen gange lidt svært ved at have de samarbejdsflader, der gør, at jeg er en del af et rehabiliteringsforløb omkring patienten. Så jeg er sådan en lille appendiks på noget nogle gange, og så er der nogle andre, der kører et forløb et andet sted. (Fysioterapeut, Fysioterapi- og smerteklinik) Samtidigt giver det at stå udenfor systemet også klinikken mulighed for at skabe andre rammer for behandler-patient relationen. Klinikken kan sætte patientens behov i centrum, da der ikke er andre dagsordener, f.eks. kommunen/arbejdsgivers ønske om at få patienten hurtigst muligt tilbage i job.*

**Til forskel for traditionel hjemmepleje, får borgeren lov til at gøre ting.** Hvis det skal lykkes, er det en forudsætning, at borgeren er afklaret med, hvad der skal ske, dvs. at de selv er indstillet på, at de skal være med i træningen.

**At holde fokus på det tværfaglige samarbejde:** At overvinde "faglige territorier" for i stedet at udnytte hinandens faglige ressourcer.

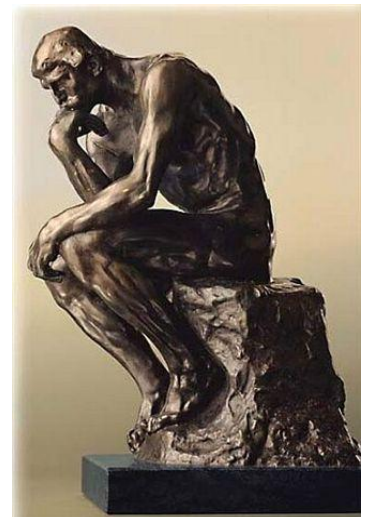
## **Hvad sker der med borgeren, når forløbet er slut?**

Der er i nogle tilfælde en overleveringssamtale med kommunen, arbejdsplads eller fysioterapeutklinik, men ingen opfølgning fra Vejle fjord Neurocenter efter udskrivning:

*Jeg ved at de terapeuter, der har anbefalet nogle ting, de har helt sikkert snakket med dem om, hvordan det skulle være i deres hverdag. Men det er noget andet, når man så står derhjemme, så har man glemt det. Så jeg håber de ude i kommunerne tager godt hånd om dem (Leder, Vejle fjord Neurocenter)*

## **Balancen ml. den faglige ansvarlighed og brugerens motivation:**

1. At kunne tage ansvar for at patienten stiller realistiske forventninger og mål for sig selv.
2. At kunne stille skarpt på patientens mål frem for at tage fat i de andre ting, der fra en beholders synspunkt også er relevante.



# Udviklingspotentiale

Inddrage flere teknologiske hjælpemidler, f.eks. IT til afatiske patienter (pga. problemer med at forstå, hvad der bliver sagt og med at udtrykke sig.)

At hjemmetræneren kender de tilbud, der er i området eller i foreningslivet, så de kan guide borgeren til det.

Hjemmetrænerne opdager behov for nye hjælpemidler

Blive bedre til at få borgeren til at føle ejerskab overfor planen – at de er bevidste om, at det er deres mål, man arbejder efter.

Udvikle metoder til at arbejde med at bryde ønsker ned i realistiske mål.

Inddrage pårørende mere

Blive bedre til de patienter, der har dårlig indsigt i deres problemer; få dem til at forstå, hvad meningen med aktiviteterne er.

Udvikle måder at dokumentere og skrive journal sammen med patienten.

Automatisering af evalueringer (dataproduktion og –bearbejdning), f.eks. som på Horsens Sygehus, samt uddanne personale til at benytte det.

At optimere relationer og processer mellem de forskellige professionelle aktører i et rehabiliteringsforløb, så samarbejdet ikke går gennem patienten, der dermed kommer til at stå som egen kontaktperson og tovholder for rehabiliteringsforløbet.

Hvordan kan økonomi, organisering og faglig indsigt spille bedre sammen? Et eksempel på, at der ikke er sammenhæng mellem dette, gives af Fysioterapi- og smerteklinikken: Sagsbehandler ved ofte ikke nok om kroniske smerter. Egen læge opgiver med tiden behandlingsforløb og dermed også tovholderfunktionen. Fysioterapeuterne kender ikke nok til hvilke rammer, der er i kommunalt regi.



## Resultater fra praksisfortællinger

Medarbejdere fra Vejle fjord Neurocenter, Fysioterapi- og smerteklinikken, Fredericia Idrætsdaghøjskole og Hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune har bidraget med praksisfortællinger fra deres arbejde med rehabilitering. Praksisbeskrivelserne tager udgangspunkt i oplevelser eller erfaringer fra egen praksis, som har gjort indtryk på medarbejderen og eller på borgeren/borgerne. Hvert sted har medarbejderne udarbejdet praksisbeskrivelser med udgangspunkt i fortællinger om "Best Practice" og "Worst Case". "Best Practice" refererer til et konkret eksempel på borgerinddragelse i rehabiliteringsforløb, hvor der beskrives, hvordan og hvorfor borgerinddragelsen medvirkede til godt rehabiliteringsforløb. "Worst Case" derimod, tjener som eksempel på rehabiliteringsforløb, hvor manglende borgerinddragelse medvirkede til begrænset udbytte eller mindre heldige rehabiliteringsforløb. Praksisbeskrivelserne er udarbejdet efter en skabelon, som kan findes i bilaget. I dette afsnit præsenteres konklusionen, som er udarbejdet på baggrund af praksisfortællingerne og refleksioner over udfaldene af de forskellige forløb. Et par udvalgte praksisfortællinger præsenteres også.

## Konklusion på praksisfortællinger

På baggrund af praksisfortællingerne kan man konkludere, at der er flere temaer, der går igen, og som er afgørende for, om et rehabiliteringsforløb er godt eller ej.

### Selv at kunne sætte sit mål

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.

### Samarbejde

Et tæt samarbejde mellem de forskellige involverede aktører i rehabiliteringsforløbet, hvor alle kender det fælles mål og deres ansvar i processen er afgørende for et godt rehabiliteringsforløb. Ligeledes er deres kundskaber vedrørende borgernes problemer, evner til at kommunikere med borgeren samt andre involverede og enighed med borgeren om mål med rehabiliteringen afgørende for et godt rehabiliteringsforløb. De professionelle skal redegøre for faglige overvejelser og valgmuligheder og tydeliggøre sammenhæng til indsats.

### Ressourcer

Borgerens mentale og fysiske ressourcer (inklusiv medicinske diagnoser og prognose) skal inddrages i rehabiliteringsforløbet. Netværkets (familie, arbejdsplads, venner) ressourcer, behandlernes tidsmæssige ressourcer og kommunens/samfundets økonomiske ressourcer må også inddrages.

### Ventetider

Ventetider - uanset årsager - på udredning, behandling, hjælpemidler og sagsbehandling er demotiverende, frustrerende og kan være skadelige for rehabiliteringsprocessen.

## Systemets rammer

Systemets rammer stemmer ikke altid overens med borgerens ønsker. Borgeren må tilpasse sig systemets præmisser f.eks. i forhold til lange ventetider eller indkaldelser med kort varsel.

## Praksisfortællinger: 'Best Practice'

### **Hverdagsrehabilitering, Fredericia Kommune**

*76-årig kvinde med hofteproblemer har store problemer med mobilitet. Kvinden og hendes ægtefælle giver udtryk for håbløshed og frustrationer med situationen, og hjemmetræner og sygeplejerske anbefaler, at borgeren tages ud af hverdagsrehabiliteringen og tildeles permanent lift og pleje i stedet for. En fysioterapeut vurderer muligheden for at kvinden kan komme til at gå igen og beslutter at give det en chance. Kvinden og ægtefællen er først afvisende og skeptiske, men fysioterapeuten får forklaret, at meningen med træningen er i sidste ende at komme til at gå selv. Fysioterapeuten indkalder til et tværfagligt møde, hvor også kvinden og ægtefællen deltager, og på mødet skabes afklaring og der lægges en plan for det langsigtede mål og de små delmål undervejs. Senere ændres kvindens og ægtefællens holdning, da de erfarer, at træningen lykkes og kvinden bliver selvhjulpne og kan gå med rollator. Ved projektets afslutning skriver kvinden og hendes ægtefælle et takkebrev til politikerne i Fredericia Kommune.*

- Ved at nedbryde et langsigtet træningsforløb i små overkommelige mål, virker træningen mere overkommelig. Med mange små succeser, kan man i sidste ende rykke meget mere, end først antaget.
- Et tværfagligt møde mellem alle involverede parter er med til at synliggøre sammenhængen i de forskellige indsatser og sikre et tæt tværfagligt samarbejde om det fælles mål.

### **Fysioterapi- og smerteklinik**

*En kvinde i fyrrerne har haft kroniske lændesmerter igennem de sidste 15 år. Hun blev førtidspensioneret for 5 år siden pga. dette og en vedvarende depression. Hun er svært overvægtigt og har lavt selvværd. Hun er gift og har en datter på 15 samt en hensynsfuld og kærlig vennekreds. Pga. lændesmerterne kan hun ikke gå længere end 50 meter eller stå i mere end 5 min. Hun opsøger klinikken, da en veninde har anbefalet hende det. Hendes største ønske er at kunne tage med ud til sin datters ridestævner. En undersøgelse viser, at lændesmerterne højst sandsynlig ikke er uhelbredelige. Den største forhindring for at få det bedre er nok depressionen. Sammen med fysioterapeuten udarbejdes en plan for et rehabiliteringsforløb, der indbefatter træning af kondition, øvelser for ryggen samt behandling for depressionen hos en psykiater. Igennem det næste halve år træner kvinden sig op til at være smertefri i lænden; hun kan gå 20 min. og lave flere aktiviteter i hjemmet. Depressionen behandles effektivt. Hun føler sig mere stærk, glad og rask. Hun når sit mål med at følge med sin datter til ridestævner. Det største gennembrud i forløbet er, da kvinden opdager, at hun faktisk har en chance for at ændre på sin hverdag, og at hun kan opnå de delmål, der er sat. Hun får håb og positive forventninger, oplever sejre undervejs og føler sig tryk, når der er tilbagefald. Næste mål er at få hjælp af en diætist til at tabe sig.*

- Udgangspunktet for forløbet er kvindens ønsker i forhold til, hvad hun gerne vil mestre i sin dagligdag. Dette virker meget motiverende for hendes deltagelse.



- Det langsigtede mål, at kunne deltage i sin datters ridestævner, brydes ned i mindre mål for at sikre de små sejre undervejs, der også er motiverende for at fortsætte træningen.

## Praksisfortællinger: 'Worst case'

### **Fredericia Idrætsdaghøjskole**

*En 55-årig kvinde starter på skolen i et afklaringsforløb efter længere tids sygdommelding pga. nedslidningssyndromer og gig. 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.*

- Borgerens ønsker og fagfolks vurderinger inddrages ikke i sagsbehandlingen, og mange menneskelige, økonomiske og tidsmæssige ressourcer bliver spildt på et forløb, som ikke ender i noget brugbart.
- Borgerens ønsker og ressourcer inddrages ikke, og borgeren 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.

### **Vejle fjord Neurocenter**

*En 62-årig mand får en hjerneblødning, der resulterer i store balanceproblemer. Pga. den daværende strejke i sygehusvæsenet igangsættes genoptræning efter udskrivelse ikke, og han tilkøber privat fysioterapi. Han kan efter et halvt år gå selv med gangstativ, men sidder mest i kørestol. Han falder mange gange i sit hjem. Manden godkendes til rehabiliteringsophold på Vejle fjord Neurocenter, men hører ikke noget fra stedet i 12 mdr., hvorefter han får brev om at møde til ophold en lille uge senere. Imens har manden selv bekostet et træningsforløb på Center for Hjernesgade til 100.000 kr. Dette afbrydes og manden begynder på Vejle fjord. Under indlæggelsen etableres kontakt med kommunen, og der søges om diverse hjælpemidler (gangstativ, kørestol og kugledyne). Ansøgningerne godkendes, men manden modtager først hjælpemidlerne 4-6 uger efter opholdet.*

- Rehabiliteringen foregår på systemets præmisser. Forløbet præges af lange sagsbehandlingstider og lange ventetider på genoptræning og adgang til hjælpemidler. Samtidigt forventes det, at borgeren er klar til at afbryde et forløb og påbegynde et andet indenfor få dage. Forløbet præges også af manglende information og kommunikation mellem manden og de forskellige aktører i rehabiliteringen.

## Resultater af systematisk litteratursøgning og -studier

### Systematisk litteraturstudie

Formålet med litteraturstudiet er at få en systematisk kortlægning af eksisterende viden på området, der sammen med praksisafdækningen kan føre til anbefalinger af innovationsspor. Artiklerne er analyseret efter en læseguide, som deltagerne fik udleveret. Formålet med læseguiden er at fremme en ensartet beskrivelse af de analyser, som de forskellige projektgruppemedlemmer foretager med henblik på systematisk at kunne foretage en tværgående analyse og sammenfatning af analyseresultaterne. Læseguiden kan findes i bilaget.

Læseguiden fokuserer på at indkredse artiklernes indhold i forhold til temaer, der er relevante at afdække i forbindelse med dette projekt. F.eks. borgernes eget perspektiv på rehabilitering og hvordan borgere kan medvirke til identifikation og italesættelse af rehabiliteringsbehov samt produkter eller serviceydelser, der kan understøtte brugerinddragelse.

Annelise Norlyk, Sygeplejerskeuddannelsen i Vejle, har søgt og udvalgt relevante artikler, der er indgået i litteraturstudiet. Artiklerne er udvalgt efter bestemte kriterier:

- Artikler/tekster der beskriver metoder til borgerinddragelse samt afdækning af borgernes behov.
- Artikler/tekster der bredt set beskriver produkter, redskaber, eller teknologier som understøtter borgerinddragelse efter udskrivelsen eller på et rehabiliteringsafsnit.
- Tekster der beskriver serviceydelser eller vurderingsredskaber som understøtter borgerinddragelse.

En uddybning af søgehistorien kan findes i bilaget til rapporten.

I alt blev der udvalgt 30 artikler publiceret mellem 2000-2009. Dertil har enkelte projektgruppemedlemmer bidraget med relevant supplerende dansk litteratur ud fra deres kendskab til området. En litteraturliste, der dækker de 30 udvalgte artikler samt en litteraturliste over supplerende litteratur kan også findes i rapportens bilag.

### Litteraturstudiets samlede konklusion

På baggrund af artiklerne kan man konkludere, at selvstyring og indflydelse på egen hverdag og behandlingstilbud har stor betydning for borgeren. Dette sætter krav til de professionelle kompetencer i forhold til brugerinddragelsen, som forudsætter viden om brugerinddragelse samt relationelle og kommunikative kompetencer. Et gennemgående træk er, at de professionelle skal være i stand til at inddrage hverdagsperspektivet og borgernes ønsker. Dette forsvinder ofte på grund af et stærkt fokus på borgerens fysiske begrænsninger. Rehabilitering skal være meningsfuld for borgeren, da det er med til at øge borgerens motivation for at indgå i et rehabiliteringsforløb. Derfor skal der fokus på individet og dets særlige livssituation, ikke mindst psykosociale forhold. Rehabilitering i hjemmet faciliterer målrettede og meningsfulde aktiviteter for borgeren og opmuntrer denne til at tage ansvar for og påvirke sin egen rehabiliteringsproces.

Udvikling af sociale netværk mellem borgere kan styrke borgerens ansvar for eget helbred. Hvis brugere underviser andre brugere kan det medføre, at brugerens oplevelse af at blive forstået øges, hvilket også fremmer ansvar for eget helbred. 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. Intelligente træningsredskaber f.eks. virtuelle reality games eller elektroniske hjælpemidler kan medvirke til, at nogle borgere kan blive mere aktive og selvstyrende i deres rehabilitering i samarbejde med de professionelle.

Organisatorisk er der behov for klare incitamentstrukturer på personale, afdelings- og systemniveau, der belønner brugerinddragelse og samarbejde omkring sammenhængende forløb, og at disse kriterier for arbejdet med rehabilitering prioriteres på linje med effektivitets- og produktivitetskriterier. Det er nødvendigt at udarbejde evalueringsmetoder, der måler på parametre, der er relevante set fra både brugernes og systemets perspektiv.

Der er fokus på nødvendigheden af tværfagligt samarbejde og sammenhængende forløb for borgeren. Det anbefales, at bruge ICF som ramme for fælles sprog og tænkning tværprofessionelt og tværsektorielt på baggrund af et behov for samarbejdende og tværfaglige netværk blandt rehabiliteringsenheder.

## Analyse af artikler

Ovenstående konklusion er udarbejdet på baggrund af nedenstående analyse, hvor artiklerne er analyseret ud fra to perspektiver:

- Temaer, der knytter sig til metoder til brugerinddragelse og afdækning af brugernes behov samt produkter eller serviceydelser, der understøtter brugerinddragelse/brugernes ønsker (tema 1-6).
- Begrebsdiskussion (tema 7)

### 1) Intelligente træningsredskaber

Litteraturen viser, at intelligente træningsredskaber, som f.eks. virtuelle reality games, 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<sup>2</sup>). 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 intelligente træningsredskaber.

---

<sup>2</sup> Lange et al (2009) beskriver forskellige systemer til brug for "game-based virtual reality". Det er f.eks. systemer til brug for træning af hænder og ben, hvor både den professionelle og borgeren kan følge progressionen i et træningsforløb. Fordelene ved disse spil er, at der kan trænes og samarbejdes med terapeuter på lang afstand med borgere som bor i fjernliggende områder, og der kan holdes pauser når klienten har brug for det. Træningens kompleksitet kan opbygges og udvides i en takt der passer klienten. Bevægelsesmønstre kan repeteres/gentages uendeligt mange gange og progressionen kan registres og følges meget nøjagtigt, hvilket kan være meget motiverende for borgeren. Spillets konkurrencemoment og fornøjelsesmoment virker også som en motivationsfaktor. Systemet bygger på videokonference og lyd, det betyder at bevægelseshæmmede ikke skal kæmpe meget med knapper og finmotoriske bevægelser. Omkostningsniveauet vil på sigt være lavt.

## **2) Indretning af hjem, nærmiljø, samfund og hjælpemidler. Den fysiske indretning, inklusiv træningsredskaber (ikke redskaber, der understøtter kommunikation)**

Dette tema fokuserer på indretning af borgerens hjem, nærmiljø og samfund, samt om 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).

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. Der fokuseres også 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 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).

## **3) Udvikling af virtuelle og sociale netværk**

Udvikling af sociale netværk mellem borgere kan styrke borgerens ansvar for eget helbred og øge sundhedsmæssig relevant adfærd (Simmons 2009). En model kan være at arrangere temadage for borgere i rehabilitering, med rollemodeller og mulighed for erfaringsudveksling med ligesindede og information for pårørende (Huset Mandag Morgen 2007). Der kan være en udfordring i at lade borgeren være medlem af en gruppe – og samtidig udvikle sig i eget tempo (Højbjerg 2005). En artikel peger på, at en 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).

## **4) Mobilisering af private og civile aktører f.eks. patientforening, hjælpeorganisationer, idrætsforeninger.**

En enkelt artikel fra den systematiske litteratursøgning behandler dette tema og fokuserer på at brugere underviser andre brugere med den effekt, at brugerens oplevelse af at blive forstået øges, og at deres ansvar for eget helbred fremmes (Simmons 2009). Huset Mandag Morgen (2007) foreslår, at der oprettes en It-portal for "konisk pårørende" til netværksskabelse, og erfarings- og videnuudveksling. Her vil sundhedsvæsenet få værdifulde input om borgere med kroniske sygdomme og deres pårørendes situation. Som synergieffekt, kan den pårørendes egen sundhedsforståelse blive påvirket.

## **5) Samarbejdsmodeller og –relationer. Borgere, pårørende og professionelle.**

En del artikler omhandler dette tema. Der sættes fokus på borgernes og pårørendes prioritering og præferencer for rehabilitering på forskellig vis i artiklerne.

Flere af artiklerne beskæftiger sig med samarbejdsrelationen mellem borger og professionelle, og at styrke de professionelles 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.

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). 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 (Clohan et al 2007). En artikel påpeger dilemmaet mellem at arbejde effektivt og økonomistyrer samtidigt med at arbejde ud fra klientens ønsker (Kendall 2000), mens Huset Mandag Morgen (2007) 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.

Endelig beskæftiger en artikel sig med pårørende, der 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).

## **6) Kategorier for/differentiering af borgernes individuelle behov**

Dette tema illustrer, hvordan borgerne ønsker at deltage i rehabilitering, og hvilke rehabiliteringsbehov borgerne har. En artikel identificerer forskellige ønsker i forhold til graden af deltagelse i rehabilitering: deltage/afstå for at deltage/deltager ind i mellem. Det opleves også, at de professionelle begrænser borgernes deltagelse. Artiklen peger f.eks. på, at der er behov for en individuel tilgang for at borgerne kan træne og genindlære deres autonomi, og at de professionelle ikke kan arbejde på basis af deres traditionelle strategier for rehabilitering (Lund et al 2001). En undersøgelse viser, at 29% ønsker involvering, 33% ønsker at være passive, og 38% søger information, men overlader beslutninger til behandleren (Huset Mandag Morgen 2007). I en anden artikel 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). Der fokuseres også på, at forskellige borgere har forskellige behov. Rees et al (2007) understreger 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. 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, fokusgrupeinterviews, individuelle semistrukturerede interviews er metoder, der kan bruges til at evaluere brugerinddragelse i rehabilitering (Huset Mandag Morgen 2007).

### **7) Begrebsdiskussion – kan holde fast i begreberne og måder at forstå dem samt give forskellige perspektiver på borger, patient, professionel etc.**

En række artikler diskuterer begreber, der er centrale i forhold til borgerinddragelse i rehabilitering, bl.a. "deltagelse" (se f.eks. Lund et al 2001), "empowerment" og "inklusion" (Kendall 2000).

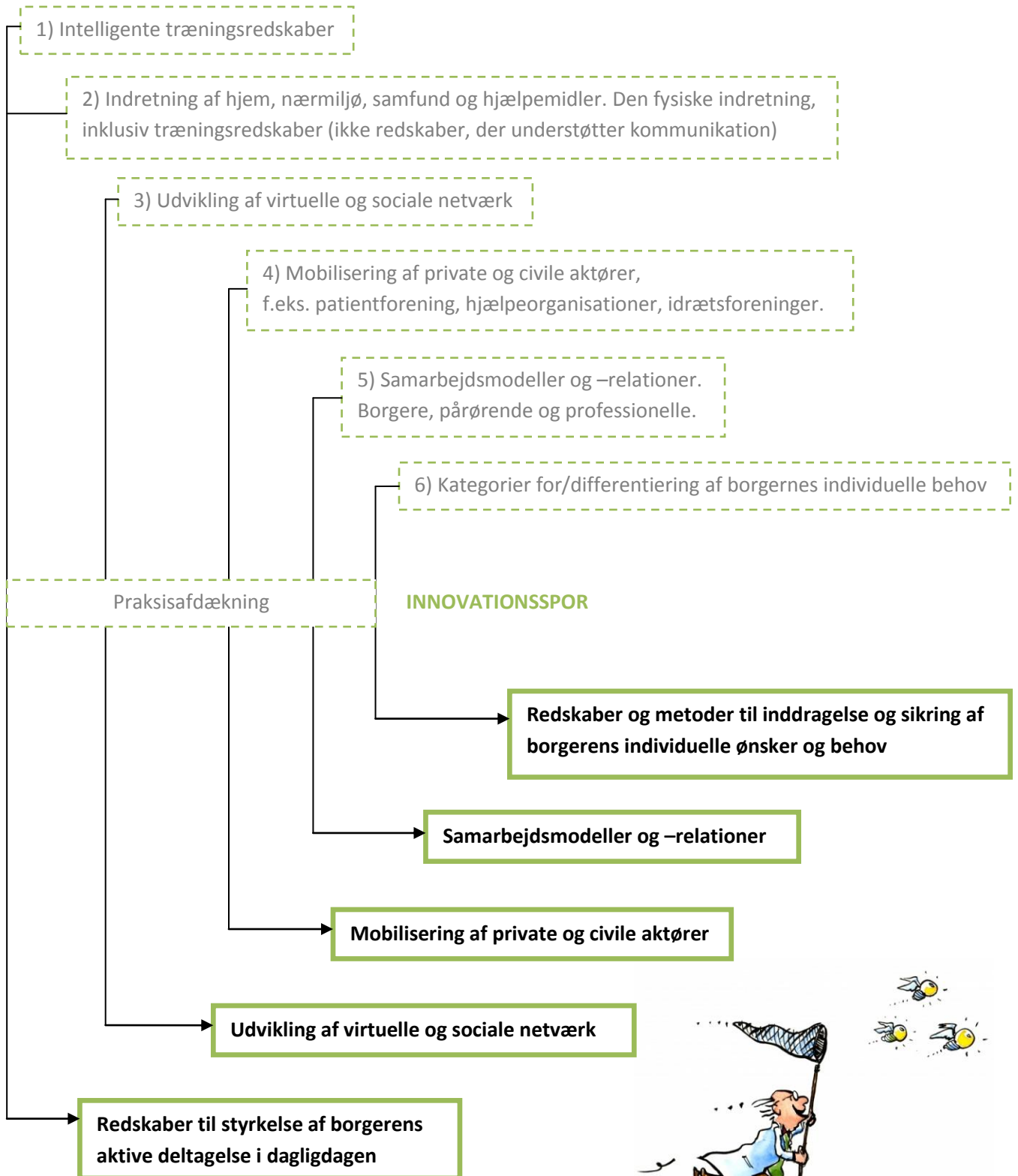
## **Samlede resultater for fase 2: Fem innovationsspor**

På baggrund af litteraturstudiet, blev der udpeget seks temaer, der knytter sig til metoder til brugerinddragelse og afdækning af brugernes behov samt produkter eller serviceydelser, der understøtter brugerinddragelse/brugernes ønsker.

Disse temaer er sat ind i den eksisterende kontekst, dvs. hvad interviewene med de fagprofessionelle samt praksisbeskrivelserne afdækker som vigtige områder at udvikle inden for brugerinddragelse i rehabilitering i den aktuelle praksis. Ud af dette tegner der sig fem innovationsspor, som blev præsenteret i indledningen. Disse innovationsspor står som videnindsamlingsfasens oplæg til det videre arbejde i projekt "Rehabilitering på borgernes præmisser". Dette illustreres ved figuren på næste side.

I rapportens anden del præsenteres og uddybes de fem innovationsspor. Sporene konkretiseres og uddybes ved hjælp af den viden, som litteraturstudiet og praksisdækning leverer ind i de forskellige spor. Der er forskel på, hvor meget viden fra litteraturstudiet og praksisafdækningen, der relaterer sig til de forskellige innovationsspor. Men selv om nogle spor kun bliver sporadisk behandlet, er de kommet med, fordi der bliver peget på dem som spor, vi ikke ved så meget om eller ikke har så meget erfaring med, men hvor der er potentiale for at udvikle, fremme og forbedre brugerinddragelse i rehabilitering. Vi lader vi dem stå åbne som oplæg til det videre arbejde i projektet og ser, hvad resultaterne af den antropologiske undersøgelse kan pege på af udviklingsmuligheder.

Litteraturstudie:



# **Del 2:**

**Oplæg til innovationsspor**



## 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.



By Frits Ahlefeldt

## Innovationsspor 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 gig. 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?

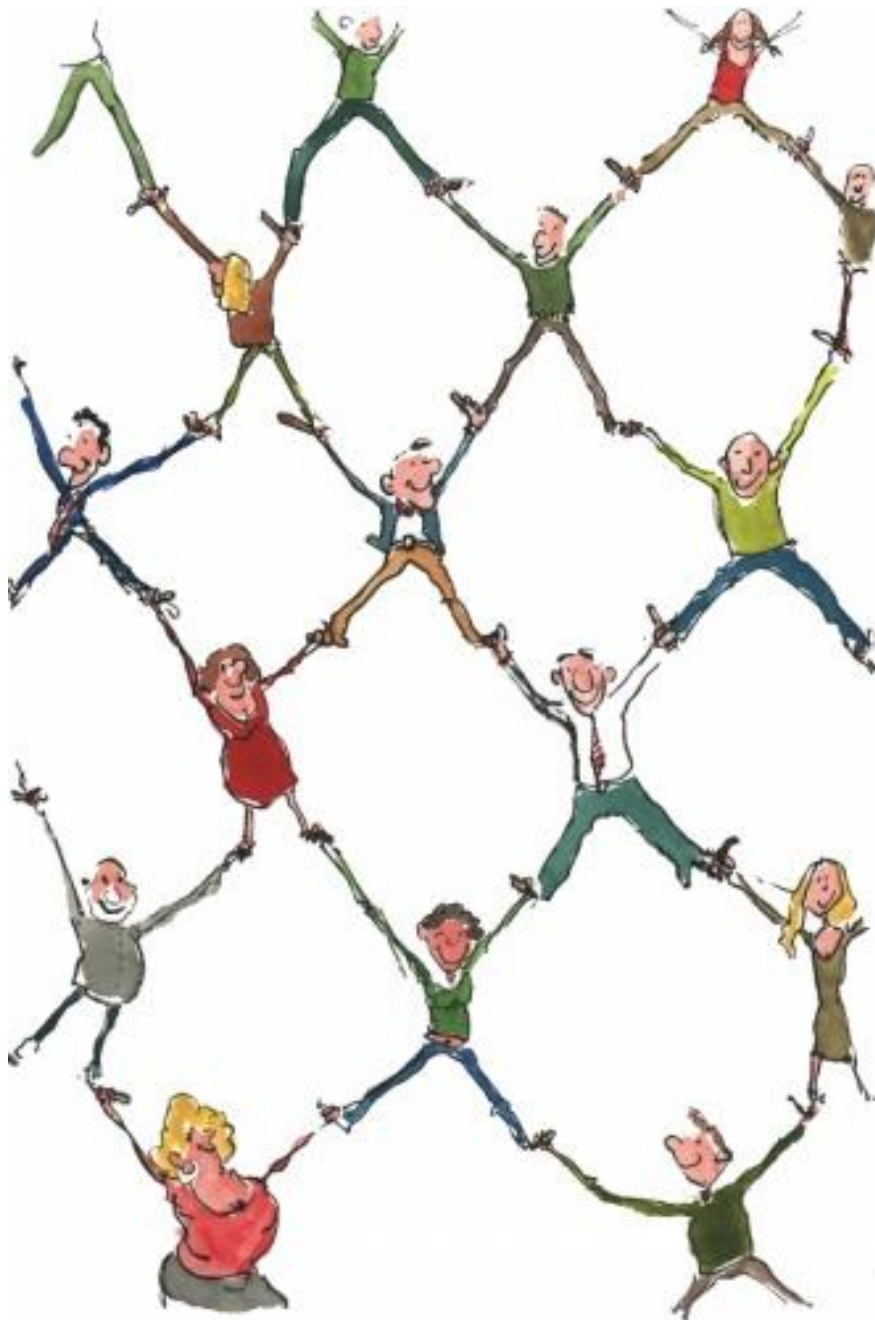
Flere undersøgelser påpeger, at på organisatorisk niveau anbefales ICF (International Classification of Functioning) som ramme for fælles sprog og tænkning tværprofessionelt og tværsektorielt på baggrund af et behov for samarbejdende og tværfaglige netværk blandt rehabiliteringsenheder med henblik på 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 sundhedsvæsenet kan logge på og tilbyde at spille med.



## 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 erfrings- og videnuddveksling. Her vil sundhedsvæsenet 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.

## Innovationsspor 4

### Udvikling af virtuelle og sociale netværk

Hvilke netværk – virtuelle eller ej – er relevante for borgeren at indgå i?

Hvordan skal disse netværk opdyrkes og drives?

Hvordan kan deltagelse i netværk være en del af rehabiliteringen?

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.

Undersøgelser viser, at udvikling af sociale netværk mellem borgere kan styrke borgerens ansvar for eget helbred og øge sundhedsmæssig relevant adfærd (Simmons 2009). En model kan være at arrangere temadage for borgere i rehabilitering, med rollemodeller og mulighed for erfaringsudveksling med ligesindede og information for pårørende (Huset Mandag Morgen 2007). Der kan være en udfordring i at lade borgeren være medlem af en gruppe – og samtidig udvikle sig i eget tempo (Højbjerg 2005). En artikel peger på, at en 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.

## Innovationsspor 5

### Redskaber til styrkelse af borgerens aktive deltagelse i dagligdagen

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?

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).



*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.*