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
## Indhold

Del 1: Kortlægning af projektets aktørers teoretiske viden og praktiske erfaringer med brugerinddragelse i rehabilitering ................................................................. 4

Indledning ........................................................................................................................................... 5  
  Præsentation af formål .......................................................................................................................... 5  
  Anbefalinger til innovationsspor .......................................................................................................... 5  
  Læsevejledning ..................................................................................................................................... 6  
  Deltagere i projektgruppen ................................................................................................................ 7  
  Nøglebegreber ..................................................................................................................................... 7

Resultater fra kvalitative interviews med praktikere ........................................................................... 8  
  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

Resultater fra praksisfortællinger ........................................................................................................ 15  
  Konklusion på praksisfortællinger ....................................................................................................... 15  
  Praksisfortællinger: ‘Best Practice’ ..................................................................................................... 16  
  Praksisfortællinger: ‘Worst case’ ......................................................................................................... 17

Resultater af systematisk litteratursøgning og –studier ...................................................................... 18  
  Systematisk litteraturstudie ................................................................................................................. 18  
  Litteraturstudiets samlede konklusion ............................................................................................... 18  
  Analyse af artikler ............................................................................................................................... 19

Samlede resultater for fase 2: Fem innovationsspor ........................................................................... 22

Del 2: Oplæg til innovationsspor ......................................................................................................... 24
Del 1:

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

Præsentation af formål


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 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 ideer 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 brugerens 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 formiddlingsmåden 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?

Borgeren som professionel

> 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?

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 hjælpmidler, der styrker borgerens egenomsorg og deltagelse i dagligdagen?

Læsevejledning

Rapporten består af en præsentation af resultaterne af det arbejde som har ledt til de fem overstående innovationsspør. 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 innovationsspør, 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 innovationsspør, 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:**  

**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.

*Brugerdrevet 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


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 undersøgelse 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


Fysioterapi- og smerteklinikken, Odense

Vejlefjord Neurocenter


Hverdagsrehabilitering, Fredericia Kommune


1 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 findes 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 parters 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:

\[\text{Det er jo patienten, der er eksperten på sig selv, og så kan vi andre være facilitatorer på denne ekspertviden vi så har at byde med. Men i sidste ende er det jo patienten der skal, og vil og afgør, hvad de vil bruge af det.} \]

\[(\text{Fysioterapeut, Fysioterapeut- og smerteklinikken)}\]

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:

\[\text{Rehabilitering er at patienten lærer at bruge de ressourcer, som de nu har tilbage, til at komme videre i livet.} \]

\[(\text{Medarbejder, Vejlefjord Neurocenter)}\]

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 Vejlefjord 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


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.
13 

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

Hvordan kan de 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?

Fysioterapeut- og smerteklinikken er ikke en del af "systemet", dvs. at de ikke er en officielt (aner)kenndt samarbejdsartner, 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 Vejlefjord 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, Vejlefjord 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 behander 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.

Resultater fra praksisfortællinger
Medarbejdere fra Vejlefjord 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 rehabiliteringsforsøg, hvor der beskrives, hvordan og hvorfor borgerinddragelsen medvirkede til godt rehabiliteringsforsøg. ”Worst Case” derimod, tjener som eksempel på rehabiliteringsforsøg, hvor manglende borgerinddragelse medvirkede til begrænset udbytte eller mindre heldige rehabiliteringsforsøg. 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 rehabiliteringsforsøg 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 rehabiliteringsforsøg, 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 rehabiliteringsforsøget, hvor alle kender det fælles mål og deres ansvar i processen er afgørende for et godt rehabiliteringsforsøg. Ligeledes er deres kundskaber vedrørende borgerens problemer, evner til at kommunikere med borgeren samt andre involverede og enighed med borgeren om mål med rehabiliteringen afgørende for et godt rehabiliteringsforsøg. 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 rehabiliteringsforsøget. 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**


- Ved at nedbryde et langsigtedt 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**


- Udgangspunktet for forløbet er kvindens ønsker i forhold til, hvad hun gerne vil møstre 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 sejr undervejs, der også er motiverende for at fortsætte træningen.

Praksisfortællinger: ’Worst case’

**Fredericia Idrætsdaghøjskole**


- 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.

**Vejlefjord Neurocenter**


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

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

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 hjælpmidler kan medvirke til, at nogle borgere kan blive mere aktive og selvstyrende i deres rehabilitering i samarbejde med de professionelle.


**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**


---

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


Velvalgte og velovervejede hjælpermidler 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 hjælpermidler kasseres indenfor det første år (Scherer et al 2005). Artiklen påpeger, at der derfor er behov for nøje at afdække behov for hjælpermidler 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. Artikel 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


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 (Huset Mandag Morgen 2007). 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, idrætsforening.


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


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

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).

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 potentielle 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:

1) Intelligente træningsredskaber

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

3) Udvikling af virtuelle og sociale netværk

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


6) Kategorier for/differentiering af borgernes individuelle behov

INNOVATIONSSPOR

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

Samarbejdsmodeller og –relationer

Mobilisering af private og civile aktører

Udvikling af virtuelle og sociale netværk

Redskaber til styrkelse af borgers aktive deltagelse i dagligdagen

Praksisafdækning
Del 2:

Oplæg til innovationsspor
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 udgangspunkt 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.


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 behandler synspunkt også er relevante.
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. Tilfredsheds målinger, spørgeskaundersøgelser, 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.

**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 førtispensioneret for 5 år siden pga. lændesmerter 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.

By Frits Ahlefeldt
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 valg. 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.


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 formindlingsmåden i samme grad som med det faglige indhold?

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

Innovationsspor 2

Samarbejdsmodeller og -relationer

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 samarbejdsfaglige og tværfaglige netværk blandt rehabiliteringsenheder med henblik på at effektivisere og kvalitets sikre 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 incitamentsstrukturer 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 præcisører ventetider, garantier og brugerens eget medansvar kan være medvirkende til at skabe sammenhæng i et behandlingsforløb (Huset Mandag Morgen 2007).

---


---

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, medarbejdere 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 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
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.
Interviewene med de professionelle viser, at støtte fra borgerens personlige netværk har betydning for rehabiliteringsforløbet. I hverdagsrehabiliteringen i Fredericia Kommune er ægtesælven 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.


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.


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.

### Innovationsspør 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?
Innovationsspor 5

Redskaber til styrkelse af borgerens aktive deltagelse i dagligdagen

Kan vi udvikle intelligente træningsredskaber, der gør borgeren aktiv og selvstyre 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?


Intelligente træningsredskaber
Litteraturen viser, at intelligente træningsredskaber kan medvirke til at nogle borgere kan blive mere aktive og selvstyre 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
**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 kasserer indenfor det første år.*