

# Projekt Apo +65

## Skræddersyet tilgang:

*En ægtefælle i projektet udtaler: "Mentor har været opmærksom på borger – hvad han sagde, hvad han ville og kunne".*

*Borger udtaler: "ser mig som en person med de sværheder som følger af fald og hjerneblødning".*

Borgere er ikke ens og har ikke brug for det samme. Derfor er det en god idé at tilrettelægge et forløb individuelt til borgeren, så det passer til den enkelte. Populært kan man sige: Bordet skal ikke dækkes ens til alle borgere – bordet skal dækkes specielt til den enkelte borger.

Hvorfor det? Fordi borgerne således oplever sig set, hørt og anerkendt. De oplever sig mere motiveret, fordi du, som terapeut taler ind i, hvad der interesserer dem, deres ønsker, drømme og behov (Pallesen & Kristensen 2022)

Du kan også sige, at du som ergo- eller fysioterapeut arbejder ud fra en personcentreret anskuelse med respekt for borgerens livsverden og egen forståelse af sig selv.

Respekt for borgerens egen forståelse af sig selv eller det du også kan kalde inde-fra-perspektiv hjælper borgeren med at bevare sin identitet. Når et menneske er udsat for sygdom, er det ofte bange for, at især andre begynder at opfatte dem anderledes, mindreværd eller uden værdi. Især stroke kan gøre, at borgeren er bekymret for, om andre har anderledes forventninger til dem end før sygdommen (ibid). Så for at højne borgerens selvagtelse eller tro på egen værdi og formåen, er det vigtigt at tale ind i borgerens egen beskrivelse af sig selv. Sin nuværende situation og ønsker for fremtiden. Således har du baggrund for at sætte identitetsbevarende aktiviteter i gang eller have identitetsbevarende samtaler, hvor man vender noget af det, som virkelig interesserer folk og som giver dem gnist i øjet (ibid).

Til at udforske borgerens livsverden eller inde-fra-perspektiv har vi i projekt apo+65 benyttet os af to redskaber:

## **Vigtighedsområder:**

Forfatterne: Bredland, Linge og Vik har i deres bog: Det handler om værdighed udviklet et fokus på folks vigtighedsområder (Bredland et al 2002)

I deres første udgave af bogen er der fokus på 6 vigtighedsområder – disse vigtighedsområder er dem vi har benyttet i vores kommunikation med borgerne.

Inddelingen er: Hjem, nære pårørende, fysisk aktivitet, venner, job og hobby.

Enten har vi talt ud fra disse eller også bedt borgeren krydse af på en skala, hvad der er vigtigst for dem og efterfølgende fået borgeren til at uddybe områderne yderligere.

I nogle tilfælde kan man også lave det med de pårørende og således sammenholde det. Således kan man derved bedre forstå nogle af de problemstillinger, der opstår – f.eks at man prioriterer rengøring i hjemmet forskelligt. Så kan man få en snak om, hvordan man løser det.

Et andet redskab vi har benyttet, er det ergoterapeutisk redskab **COPM**. (Ergoterapeutforeningen 2020)

Vi har udelukkende positive erfaringer med at benytte redskab til at finde borgerens betydningsfulde aktiviteter. Hvis du ikke er ergoterapeut, så tag et kursus i COPM eller få en erfaren ergoterapeut til at undervise dig i det. Du kan finde alle diverse skemaer til at printe ud på ergoterapeuternes hjemmeside etf.dk.

## Relationsskabelse

*En borger i projektet udtaler: "Jeg oplever, at jeg kan være ærlig med min mentor".*

*En anden udtaler: "det har haft stor psykisk betydning – vi har grinet sammen – og der har været plads til alvorlige snakke. Det har været trygt og godt".*

I dag ved vi, at op til 50 % af en rehabilitering afhænger af, at der er en god relation mellem borgeren og den sundhedsprofessionelle (Hall et al 2010).

Egentlig er det jo heller ikke så underligt, at det forholder sig sådan. Hvis først man har opnået troværdighed hos en anden, går alt andet langt lettere. Så der stilles altså krav til vores relationskompetence. Så hvordan oparbejder man en god relation?

### **Tag afsæt i borgerens behov:**

Det er godt altid på forhånd at have overvejet en egnet intervention til borgeren, men det er betydningsfuldt for at opnå et godt resultat at involvere borgeren f.x. ved at spørge dem, hvad der fylder for den enkelte på det tidspunkt man mødes og om der er noget specielt, de gerne arbejder med den dag.

Det er jo i virkeligheden personcentrering i sin fineste form.

Hvis borgeren ønsker at arbejde med noget, så er vedkommende jo meget motiveret og vil så kunne gøre fremskridt i sin rehabilitering. På den måde lægger arbejdsformen jo op til self-management – at kunne håndtere sit eget liv.

### **Livsverden kontra systemverden**

Vi har benyttet Habermas som teoretiker for at forstå, hvilke positioner, der er på spil i opbyggelse af en relation mellem en borger og en ergo- og fysioterapeut.

Habermas skelner mellem 2 sfærer: Systemverdenen og livsverdenen. Som fysio- og ergoterapeut tilhører vi systemverdenen, som repræsenterer både **markedet** med fokus på effektivitet og **staten** som er styret af love og regler (Pedersen 2010).

Over for dette står Livsverdenen som en repræsentant for **civilsamfundet**. Borgeren oplever og forstår situationen på sin helt egen måde, som har baggrund i vedkommendes opvækst, kulturelle og sociale baggrund, erfaring og hverdagsliv. Alt det tilsammen er det, vi kalder livsverden (Bengtsson 2006, Axelsen 2008).

Vi har brugt det således, som I også har hørt, har stor respekt for borgerens livsverden og vil gerne tage afsæt i den så godt som muligt. Men vi står også ved, at vi er underlagt et system, hvor ikke alt kan lade sig gøre. Vi arbejder under en ramme.

### **Vær autentisk**

I gamle dage skulle man optræde helt neutralt over for folk med en hjerneskade (de kunne ikke kapere andet) – I dag må borgeren rigtig gerne se, at der er et menneske bag ergo- eller fysioterapeuten.

Når man optræder autentisk, ligger der også en drivkraft og en intention bag ens udtalelser og handlinger, som smitter.

Kunsten er at være sig selv i sin professionel rolle. Ikke udbrede dig om sine private problemer – men udstråle, at du er et menneske, der står ved din faglighed og værdigrundlag og som derfor tillægger noget mere end noget andet. Så kan du være en god rollemodel.

Hvis man kan finde noget - og det kan man næsten altid – der kan forbinde dig og borgeren, kan det understøtte en relation: Det kan være en interesse, kendskab til børn i en bestemt alder, en fascination af bestemte film – you name it.

### **Kommunikation:**

*En familie i projektet siger: "den vigtigste opgave for en mentor er at være nærværende og have empati".*

God kommunikation medfører god relation.

Desværre er der undersøgelser der viser, at sundhedsprofessionelle har op mellem 65-80 % af taletiden i samspelet (Møller og Lerbech 2010).

God kommunikation er i virkeligheden at stræbe efter, at borgeren taler 80 % og du 20%.

Hvordan gør man så det? Vi er inspireret både af systemteorien (Jensen 2006) , den dialogiske samtale (Kristianse & Alrø 2006) og Eide og Eides model om aktiv lytning (Jørgensen 2012)

For det første er det hensigtsmæssigt at stille en masse åbne og reflekterende spørgsmål – undgå at være forudindtaget og fordomsfuld.

Gentag gerne nogle af borgerenes nøgleord og spørg, hvad de mener med det??

Du kommunikerer også uden ord – derfor er det vigtigt at være autentisk. Det er vigtigt at ens kropssprog og verbale sprog hænger sammen (Madsen 2002)

### **Vær stille og lyt:**

Stilhed giver rum og tid til at tænke (Alrø & Kristiansen 2006)

Vær nærværende med dit kropssprog og dermed også dit blik.

Mange terapeuter kan umiddelbart opleve det skræmmende, hvis de skal være helt stille!

Men der kommer næsten altid et godt resultat ud af det, idet borgeren ofte tager ordet på et tidspunkt.

Oftentimes vil det komme frem, som betyder mest for borgeren.

### **Mød følelser med følelser:**

Terapeuter griber ofte til at kommunikere om de faktuelle forhold, men der sker noget andet, når man benytter det affektive spor. Altså møder følelser med følelser.

Det at man blot sætter sig ned og bruger sin empati og prøver at sætte sig ind i borgerens følelser og forsøger at forstå, gør en forskel (Alrø & Kristiansen 2006, Sommerbech 2007).

Alle mennesker har et fundamentalt behov for at blive set, hørt og anerkendt.

Når man sidder over for et andet menneske, så prøv at mærke efter, hvordan det er at være lige der og på den måde åbne op og sanse det, der rør sig i borgeren.

Lad være at sige at du forstår, for det gør du ikke.

Sig hellere "Det må også være svært" – giv plads.

### **Samarbejde med pårørende:**

*En borger i projektet fortæller: "Mentor kan forklare for ægtefælle, hvordan det er at have det som mig, og guide i hvordan man kan hjælpe".*

*En ægtefælle fortæller: "Mentor kunne bløde op på samtalen, når borgeren afviste – når noget gjorde for ondt at tale om. Ofte har mentoren stillet spørgsmål, som vi har talt om alle 3".*

For os er pårørende den/de personer, der lider tab af nærhed til en person – forårsaget af tilskadekomst, sygdom eller død (Schwartz 2004).

Der er opstået et paradigmeskifte i måden at betragte pårørende på. For år tilbage arbejdede man oftest individualiseret med den enkelte borger. Med udgivelsen af de nye anbefalinger for tværsektorielle arbejde for voksen med erhvervet hjerneskade anbefaler Sundhedsstyrelsen (2020), at borger og pårørende betragtes som en enhed. Mange studier har de senere år også peget på det betydningsfulde i at inddrage borgeren og ikke kun som en person der kan aflaste, men at se den pårørende som også værende belastet af en nærtståendes sygdom, og derfor også har brug for at forstå og være en del af den forandringsproces som borgeren gennemgår. De færreste lever i alenehed. Borgerne bliver påvirket og påvirker også dem de lever med. Derfor er det hensigtsmæssigt altid at efterspørge de pårørendes holdninger til forskellige tiltag i rehabiliteringen.

Undersøgelser har vist, at det kan være svært for sundhedsprofessionelle at tage initiativ til at spørge de pårørende om de ønsker at være en del af rehabiliteringen (Navne og Wiuff 2011).

Derfor har vi konsekvent i projektet spurgt de pårørende, om de ønsker at være en del af rehabiliteringen. Selvfølgelig har vi accepteret, hvis de ikke ønsker det, men i givet fald de gerne vil

deltage i rehabilitering, har vi afklaret, hvordan de ønsker at være det. Nogle ønsker blot at være orienterede om, hvad der foregår (mål og plan) eller få indsigt i sygdommen konsekvenser og hvordan de kan forholde sig til det. Andre vil gerne minde borgeren om opgaver, andre vil gerne medvirke til at komme med løsninger og andre igen vil gerne være aktiv i en træning eller overtage en træning.

### **Tal åbent:**

I starten af projektet havde vi svært ved at lade borger og pårørende vende emner i åbenhed, fordi vi havde en oplevelse af, at ingen måtte blive kede af det. Som tiden er gået, har vi fundet ud af, at der er noget meget helende i at få ord sagt højt uden at der nødvendigvis altid skal komme en løsning ud af det. Som regel bliver der åbnet op for yderligere kommunikation.

Pårørende er ifølge Hvidbogen (Maribo et al 2022) i risiko for at udvikle en række fysiske og psykiske symptomer. Men der er faktisk belæg for, at **samarbejdet og en åben kommunikation** mellem de pårørende og de sundhedsprofessionelle har en positiv betydning for pårørendes evne til at finde en **strategi til at komme videre i livet** (Sundhedsstyrelsen 2011).

### **Netværkskortet:**

Vi har haft gode erfaringer med at benytte netværkskort, så borgeren visuelt har kunnet se, hvorledes deres netværk så ud. Nogle borgere har gennem det fundet frem til, at nogle familiemedlemmer eventuelt skulle tættere på dem, venner skulle skifte placering eller gamle venskaber måske skulle forsøges genoptaget. Der er kommet god kommunikation ud af det. (Bakmann et al 2019, Bystrup et al 2022)

### **Transfer af træning:**

I den kommunale rehabilitering er det en væsentlig opgave at sikre overførsel af det lærte til eget hjem og støtte til at borgeren kommer godt i gang med det sociale og kulturelle liv.

I en travl hverdag kan det ligge lige for at tænke, at en borger selv kan overføre trænede aktiviteter til den virkelige kontekst. Desværre viser virkeligheden noget andet. Helt oplagt er det, at hvis man ikke får de trænede funktioner som fx trappetræning overført til netop den trappe, som borgeren skal færdes på, så kan det godt være, at borgeren aldrig kommer til at gå på trapper hjemme hos sig selv, men kun kan gå på trapper i træningssalen.

Får borgeren kun lært trappegang på egen trappe, så opnås der ikke fortrolighed med at kunne gå de mange forskellige trappetyper borgeren kan møde i sit sociale liv.

Ergo må vi som terapeuter anvende strategier, der øger compliance og overførsel. Og i eksemplet med overførsel af trappetræning fra træningsmiljøet til hjemme- og det civile miljø vil strategien være "spredt" træning, hvor trappetræning i den kommunale miljø kan trænes bredt (hovedtrappe, kældertrappe, brandtrappe) og i forskellige kontekster i hjemmemiljøet (hjemmets trapper, hvis muligt

naboens eller trapper ude parker, offentlige bygninger). Hvis du vil lære mere om denne type af transfer kan du læse mere herom i bogen *Bevægelse- en grundbog*.

I dette projekt har vi imidlertid gået skridtet videre og haft særligt fokus på, at borgerne får overført nytrænede aktiviteter til sociale kontekster. Hanne Pallesen viste i sin phd fra 2011, at 5 år efter borgerens skade lever de fleste et liv med færre sociale relationer end før skaden. Derfor er det vigtigt at få overført træningsaktiviteter til især sociale sammenhænge, da færre sociale relationer kan medføre øget risiko for depression og ensomhed.

Derfor har vi deltaget sammen med en borger i en frimærkeklub, været på arbejde i en genbrugsbutik, været i teatret med en borger og meget mere.

En borger udtaler: "Jeg føler, at jeg har fået støtte til at finde min vej".

## Aktiv refleksion

*En borger i projektet udtaler: "Mentor støtter mig i at finde svarene, mentor har hjulpet mig ved at stille spørgsmål".*

*En anden udtaler: "Mentor har en viden og en forståelse for mine udfordringer efter at have haft apopleksi".*

Vi er i projektet blevet meget inspireret af Fiona Jones beskrivelse af self-mangement.

(Lennon et al 2013, Jones et al 2016, Jones et al 2017).

Det er vigtigt, at borgere med stroke oplever, at de stadig har værdi og at de kan håndtere deres eget liv igen.

Borgerne der har deltaget i projekt Apo65+ fortæller samstemmende i en interviewundersøgelse, at den støtte, de har fået, har gjort, at de her 1 år efter deres stroke føler at de er fortrolige med sig selv igen.

I den proces har vi særdeleshed efterspurgt borgernes egne løsninger ved fx at spørge: Hvad har virket for dig tidligere i dit liv, og hvad tror du, der kan fungere nu?

Det kunne meget vel være et spørgsmål en borger kunne reflektere over til næste gang, vi sås. På samme tid har vi opfordret borgeren til at prøve små aktiviteter af hjemme – Altså så de har udforsket på egen hånd. Så de kunne få deres egne erfaringer i en for dem ny og anderledes hverdag som borger, der har haft en stroke.

Vi har ofte spurgt: "Hvad er det næste bedste skridt" og vi har gerne forstørret de succeser, borgeren har haft, for at give dem mod på at udfordre sig selv. En borger som vi trænede med har levet en stor del af sin tid i Musikhuset. Første mål var at kunne gå med rollator inde – dernæst færdes med den ude. Til slut finde en rute, som han sikkert kunne gå til Musikhuset. Hver gang han opnåede noget nyt skrev han det i logbogen.

Der er selvfølgelig flere forhold, der har betydning for at de er nået dette niveau. Men vi mener, at det, at vi som terapeuter har givet dem mulighed for at reflektere over egne oplevelser og erfaringer har

betydning for, at borgerne forstår deres muligheder og eventuelle også begrænsninger og har tiltro til egen formåen.

### **Gerne et eksempel:**

Vi har været inspireret af en didaktisk refleksions model i Kissow og Pallesens bog: Mennesket i bevægelse – krop, læring, aktivitet og deltagelse (Kissov&Pallesen 2016). Vi har dog brugt den ret så frit og fleksibel alt efter situationen.

*Så vi har gennem det opfordre borgeren til aktiv refleksion og ageren støttet borgerne med apopleksi i at få øje på, at de stadig har en række muligheder i deres liv: Fordi det*

*du selv kan gøre – fordi du er i stand til at håndtere dit eget liv – måske med en lille smule støtte – det er hvad selfmanagement handler om. Og vi har erfaret at selfmanagement er en vigtig del af kommunal genoptræning.*