



# REHABILITERING

- Beskrivelse af otte patienters konkrete forløb



DANSKE PATIENTER

### **Danske Patienter**

er paraplyorganisation for patientforeningerne i Danmark.

### **Danske Patienter**

arbejder for bedre patientvilkår i det danske sundhedsvæsen.

Medlemskredsen består p.t.

af følgende foreninger med til sammen 800.000 medlemmer:

- Astma-Allergi Forbundet
- Colitis-Crohn Foreningen
- Danmarks Lungeforening
- Dansk Epilepsiforening
- Dansk Fibromyalgi-Forening
- Diabetesforeningen
- Gigtforeningen
- Hjerteforeningen
- Kræftens Bekæmpelse
- Landsforeningen af Polio-, Trafik- og Ulykkesskadede
- Landsforeningen mod Spiseforstyrrelser og Selvskade
- Nyreforeningen
- Parkinsonforeningen
- Scleroseforeningen
- Sjældne Diagnoser



DANSKE PATIENTER

### **REHABILITERING**

- Beskrivelse af otte patienters konkrete forløb.

**September, 2010**

Kan downloades fra:

**[www.danskepatienter.dk](http://www.danskepatienter.dk)**

Eller rekvireres fra:

**Danske Patienter**

**Nørre Voldgade 90**

**1358 København K**

# REHABILITERING – BESKRIVELSE AF OTTE PATIENTERS KONKRETE FORLØB

## INDLEDNING

Det er ikke længere tilstrækkeligt, at sundhedsvæsenet kan tilbyde en hurtig behandling. En voksende andel af danskere lever i dag med en eller flere diagnoser og efterspørger derfor sideløbende rehabiliteringsindsatser, som giver muligheder for at leve et meningsfuldt og selvstændigt liv på trods af sygdom.

Rehabilitering er et af de væsentligste svar på patienters stigende behov for et sundhedsvæsen, der kan håndtere sygdom som del af den enkeltes livsforløb. Rehabilitering er ikke én ydelse, men rummer mange forskellige indsatser på tværs af specialer, sektorer, forvaltninger og faggrupper. Der er i dag alt for meget fokus på ansvarsplacering af opgaveløsningen, frem for et fælles fokus på at skabe sammenhængende indsatser ud fra patienters behov og ressourcer.

Der er solid dokumentation for, at rehabilitering øger patienttilfredsheden, forbedrer den samlede behandlingseffekt og dermed har en indbygget samfundsøkonomisk gevinst. Rehabilitering kræver både specialiserede kundskaber fra mange forskellige faggrupper og generelle kompetencer til at samarbejde med afsæt i den enkeltes behov og tilpasset den enkeltes ressourcer. For at kunne tilbyde rehabilitering af høj kvalitet også i de mindre kommuner, er det nødvendigt, at etablere samarbejder mellem kommunerne.

Danske Patienter vil med dette casekatalog tydeliggøre hvad rehabilitering er i praksis ved hjælp af beskrivelser af otte patienters konkrete rehabiliteringsforløb. For at illustrere bredden har vi udvalgt otte meget forskellige rehabiliteringsforløb, både gode og dårlige. I hver case beskrives patientens rehabiliteringsforløb og en boks i højre side opsummerer den erfaring eller inspiration det enkelte forløb kan give bidrage med. Vi håber, at casekataloget kan inspirere politikere og beslutningstagere i sundhedsvæsenet til at forstå rehabiliteringens betydning og nødvendighed som en vigtig del af sundhedsvæsenets samlede tilbud.

**GOD LÆSELYST**



TVÆRFAGLIGT REHABILITERINGSFORLØB	INSPIRATION OG ERFARING:
<p><b>Smerter, træthed og nedsat funktion præger hverdagen. Hvordan kan man klare de praktiske gøremål i familien samtidig med at passe job og have et socialt liv? Usikkerhed om fremtiden – truslen om tab af arbejde og forsørgelsesgrundlag, der følger med.</b></p>	<p>Et tværfagligt rehabiliterings forløb skal planlægges allerede ved diagnosticeringen på sygehuset.</p>
<p><b>KVINDE MED LEDDEGIGT</b>  Marianne 38 år, gift og mor til 2 børn. Sygeplejerske på sygehus. Marianne får efter længere tids ledsmerter konstateret leddegigt og er periodevis sygemeldt. Sygdommen behandles medicinsk på en reumatologisk afdeling.</p> <p>I forbindelse med diagnosticering af sygdommen, bliver Marianne vurderet af afdelingens tværfaglige reuma-team, dvs. læge, fysioterapeut, sygeplejerske, ergoterapeut, psykolog og socialrådgiver. De udarbejder i samarbejde med Marianne og hende mand en rehabiliteringsplan. Marianne skal fortsætte med at komme på sygehuset til kontrol og medicinsk behandling. Her gøres løbende status over rehabiliteringen, som foregår i primærsektoren.</p>	<p>Tidlig inddragelse af patientens arbejdssituation giver tryghed for patienten.</p> <p>Rehabiliteringsforløbet er tidsbegrænset, men det er vigtigt at huske, at sygdommen er livslang, og der fortløbende opstår nye rehabiliteringsbehov.</p>
<p><b>REHABILITERINGSFORLØBET</b></p>	<p><b>Stikord:</b></p>
<p>Hos lægen følges op med henvisning til træning under den vederlagsfri fysioterapi ordning. Desuden inddrages egen læge af kommunens beskæftigelsesafdeling, da Marianne er sygemeldt og tilbydes psykologsamtaler, som loven giver mulighed for.</p> <p>Den vederlagsfri fysioterapi foregår på hold sammen med andre gigtpatienter, men i perioder med opblussen af sygdommen, er det nødvendigt med individuel behandling. Træningen forgår fleksibelt, så den kan indpasses i forhold til Mariannes arbejdstider.</p> <p>Marianne får tilbudt ergoterapi, der bl.a. omhandler instruktion i ledbeskyttelse, håndtræning samt vejledning omkring hjælpemidler til hjemmet og arbejdspladsen. I rehabiliteringscentret tilbydes Marianne desuden et ryge-stopkursus, da rygning kan forværre leddegigten.</p> <p>Beskæftigelsescenteret tager initiativ til sammen med Marianne og hendes arbejdsgiver at udarbejde en arbejdsfastholdelsesplan, der afklarer hvilke funktioner Marianne kan varetage med sygdommen, behov for evt. ny arbejdspladsindretning samt muligheden for at få lavet en § 56 aftale, så arbejdspladsen kan få refunderet udgifter i forbindelse med evt. sygefravær. Desuden får Marianne og hendes arbejdsgiver en orientering om andre muligheder, såfremt Mariannes arbejdsevne reduceres yderligere pga. sygdommen.</p> <p>I løbet af rehabiliteringsforløbet oplever Marianne <i>at få styr på sit liv igen</i>. Fremtiden omkring arbejdssituation og økonomi afklares, de pårørende og Marianne får de nødvendige informationer om sygdommen og får indrettet både familieliv og fritidsliv derefter. Hjælpemidler og ugentlig træning betyder, at Marianne kan fungere både på jobbet og i rollen som mor og ægtefælle.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Tidligt afsæt for rehabiliteringsforløb.</b></li> <li>- <b>Sygdomsspecifik patientuddannelse.</b></li> <li>- <b>Inddragelse af pårørende.</b></li> </ul>

FORLØB MED VEJLEDER GIVER NY LIVSKVALITET	INSPIRATION OG ERFARING:
<p><b>En målrettet rehabiliteringsindsats i et forløb med vejleder hjælper en mand med sclerose til at komme nærmere sit mål om at kunne gå til fodbold- og håndboldkampe i lokalområdet.</b></p>	<p>Forløbet illustrerer den vigtige rolle vejlederen har som gennemgående kontaktperson.</p>
<p><b>MAND MED MULTIPLE SCLEROSE</b>  Ole har diagnosen Multipel Sclerose. Han er 47 år er gift og har to børn på 16 og 18 år. Ole har nogen tid forinden fået en rollator og et 3-hjulet el-køretøj. Han er usikker på brugen af disse hjælpemidler og er afhængig af hjælp fra familien, når han skal ud.</p>	<p>De forskellige faggrupper spiller hver især en vigtig rolle i processen mod opfyldelse af det overordnede mål.</p>
<p><b>REHABILITERINGSFORLØBET PÅ SCLEROSECENTER HASLEV</b></p>	
<p>Det er tredje gang Ole er i et rehabiliteringsforløb i Sclerosecenteret i Haslev. Ved opholdets start har Ole og hans kone en samtale med vejlederen, hvor Ole fortæller om sin hverdag, og om hvordan sygdommen påvirker ham. Ole har et ønske om at tage ud som tilskuer til sportsarrangementer i lokalområdet. Imidlertid er han usikker på at bruge de nye hjælpemidler og er derfor afhængig af ægtefællens eller børnenes hjælp til at komme af sted til arrangementerne. Ole beslutter i samarbejde med vejlederen, at det overordnede mål for det aktuelle rehabiliteringsforløb skal være, at Ole selv kan tage til fodbold- og håndboldkampe i lokalområdet. Ole aftaler delmål i samarbejde med fysioterapeut og ergoterapeut.</p>	<p>De pårørende inddrages både i starten af opholdet, hvor de kan have vigtig information og i slutningen af opholdet med henblik på, at de får viden, råd og vejledning om, hvordan de bedst kan støtte Ole efter udskrivelse.</p>
<p>I løbet af opholdet træner Ole målrettet sammen med fysioterapeuten og ergoterapeuten. Ole har sideløbende jævnlige møder med vejlederen, hvor de taler om, hvordan det går, og om der er noget, som skal justeres i forhold til Oles overordnede mål. Ole kan kontakte vejlederen efter behov. Under træningen med el-køretøjet i trafikken bliver man opmærksom på, at et sidespejl kan skabe større tryghed for Ole. Ergoterapeuten kontakter kommunen med henblik på bevilling af dette. Ole har et problem med hyppig vandladning. Han kan ikke benytte toiletterne ved det lokale idrætsanlæg, da de er placeret i kælderen. Denne væsentlige barriere for at komme til sportsarrangementer kommer frem i samtalerne med vejlederen. Ole prøver et uridom og finder ud af, at det er en god løsning på problemet. Ole tager efterhånden selv små ture i lokalområdet, men han er stadig usikker over for uforudsete ting i trafikken.</p>	<p><b>Stikord:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Forløb med vejleder.</b></li> <li>- <b>Tværfagligt samarbejde om at nå konkret mål.</b></li> <li>- <b>Inddragelse af pårørende.</b></li> </ul>
<p>Ole har gjort store fremskridt under opholdet og mener, at han med tiden kan nå frem til at tage af sted alene. Som løsning indtil da arbejdes der på at få etableret en ledsagerordning med en tidligere arbejdskollega. Vejlederen arrangerer en samtale med socialrådgiveren herom. Ole aftaler med vejlederen, at Oles ægtefælle og børn skal have råd og vejledning i, hvordan de bedst muligt kan støtte Ole i at komme mere ud alene. Samtalen går godt. Ole får aftalt med familien, hvordan de bedst kan støtte Ole efter udskrivelsen.</p>	

GENETABLERING AF FAMILIELIV OG PARFORHOLD	INSPIRATION OG ERFARING:
<p><b>Hvordan skal man håndtere familieliv med tre børn, når man er ramt af en kræftsygdom? Kan man vende tilbage til arbejdslivet? Og hvad med sexlivet, når man har fået stomi?</b></p>	<p>Karens rehabiliteringsforløb er præget af sammenhæng og inddragelse gennem hele forløbet. Dette er kvaliteter patienter generelt efterspørger.</p>
<p><b>YNGRE KVINDE MED TARMKRÆFT</b>  Karen er 36 år, gift og mor til tre mindre børn. Karen får tyktarmskræft og behandles med operation, kemoterapi og stråling.</p>	<p>Samlingen af forskellige tilbud i det kommunale sundhedscenter er med til at sikre koordinering og kontinuitet i Karens forløb.</p>
<p><b>REHABILITERINGSFORLØB</b>  Rehabiliteringen starter under indlæggelse med tilbud om kræftskole over 4 eftermiddage, hvor et tværfagligt team fortæller om bl.a. kost, psykologiske reaktioner og bivirkninger mv. Karen får endvidere tilbud om at snakke med sexolog og en fysioterapeut.</p> <p>Ved udskrivelse sammensættes et rehabiliteringsprogram i et samarbejde mellem Karen, en kontaktsygeplejerske fra sygehuset, sagsbehandler fra kommunen og Karens mand. Karen har i det efterfølgende forløb behov for en række indsatser for at blive rehabiliteret, som også omfatter Karens familie, der har været tæt involveret i hele forløbet. Sammen planlægges der familierådgivning, sexologisk rådgivning for Karen og hendes mand, vejledning ved en diætist for at afhjælpe diarre samt fysisk træning for at styrke kroppen generelt. Alle tilbuddene foregår i kommunens sundhedscenter.</p> <p>Karen er rent fysisk i bedring, men oplever at mere eksistentielle spørgsmål presser sig på, om hvordan hun skal komme videre med sit liv, og hun får derfor behov for at snakke med nogle i samme situation. Hun er sideløbende bekymret for familien, som hun oplever, har været presset under hendes sygdomsforløb. Specielt oplever hun, at manden har været presset af at skulle klare meget på hjemmefronten samtidig med at han skulle støtte hende.</p> <p>Karen får tilbud om et intensivt ophold på Rehabiliteringscentret Dallund. På Dallund deltager Karen i en række dialogbaserede møder med ligesindede og tværfagligt personale. Det både letter og afklarer Karen i forhold til hendes situation og ønsker for fremtiden. Bl.a. har hun behov for kontakt til egen læge, og hun vil gerne fortsætte med familierådgivning og fysisk træning i sundhedscentret.</p> <p>Ca. 2 måneder efter behandlingerne slutter, starter Karen på arbejdet, på deltid. Hun kommer fortsat i sundhedscentret, men er begyndt at vende sig mere mod de tilbud, der findes i det lokale fitness center. Hun følges tæt af egen læge både i forhold til at vende tilbage til arbejdet og i forhold til kosten og vægten. Hun har stadig tilbud om at kunne få ekstra hjælp fra psykolog og sexolog.</p>	<p>Opholdet på Dallund, væk fra familie og hverdag, gav Karen mulighed for at komme videre med sit liv efter kræftsygdommen.</p> <p><b>Stikord:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Sammenhængende forløb.</b></li> <li>- <b>Samlede tilbud.</b></li> <li>- <b>Ophold på specialcenter.</b></li> </ul>

FRA SENDELIGGENDE TIL AKTIV EFTER REHABILITERINGSFORLØB	INSPIRATION OG ERFARING:
<p><b>En tværfaglig rehabiliteringsindsats på et af sclerosecentrene resulterer i en betydelig forbedret livskvalitet for en kvinde, der tidligere var stort set immobil, og som havde både store fysiske, kognitive og psykiske vanskeligheder.</b></p>	<p>Bentes historie illustrerer vigtigheden af, at mennesker med kroniske sygdomme følges løbende, at den samlede situation bliver vurderet, og at der kommunikeres og samarbejdes på tværs af faggrupper og sektorer.</p>
<p><b>KVINDE MED MULTIPLE SCLEROSE</b></p> <p>Bente er 56 år og enke. Hun har ingen børn og bor alene i handicapvenlig lejlighed. I 2002 var Bente immobiliseret i en periode på grund af et ankelbrud. Siden da har hun stort set været sengeliggende, og i de seneste 3 år har hun kun været ude af sengen få timer om ugen. Den lange periode uden fysisk aktivitet har haft konsekvenser: Der er kontakture i hofte og knæ, svag muskulatur samt spidsfod, og Bente har mange smerter.</p>	<p>Forløbet på sclerosecenteret viser, at man ved en intensiv indsats over relativt kort tid kan genoprette en væsentlig del af et menneskes livskvalitet, velbefindende og funktionsevne.</p>
<p><b>REHABILITERINGSFORLØBET PÅ SCLEROSECENTER HASLEV</b></p>	<p>Forløbet illustrerer vigtigheden af, at der etableres den nødvendige tillid og tryk mellem patient og behandlere.</p>
<p>Der udpeges, som det første en vejleder, der skal stå for den løbende kontakt til Bente under opholdet. Vejlederen har desuden ansvar for at sikre det tværfaglige samarbejde. De formulerer i samarbejde de overordnede mål for opholdet.</p>	<p><b>Stikord:</b></p>
<p>Sammen med det tværfaglige team bliver en række helt konkrete delmål formuleret. Bente udarbejder i samarbejde med ergoterapeuten en liste over aktiviteter, som hun har lyst til at komme i gang med hjemme. For at understøtte arbejdet videre mod de opstillede mål, når Bente kommer hjem, bliver der afholdt et møde med en repræsentant fra hjemmeplejen. Hjemmeplejen er indstillet på at arbejde for at Bentes gode udvikling fortsætter og de støtter Bente i at få et mere aktivt liv.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Forløb med vejleder.</b></li> <li>- <b>Tværfagligt team.</b></li> <li>- <b>Hjælp med at skabe kontakt til fagpersoner, der skal sikre den gode udvikling efter udskrivelsen.</b></li> <li>- <b>Der indgås aftaler med hjemmeplejen.</b></li> </ul>
<p>I samarbejde med en socialrådgiver fra Sclerosecenteret bliver der søgt om, at Bente bliver visiteret til støttetimer efter lov om social service § 73. Formålet med støtten er at bevare og/eller forbedre Bentes psykiske, fysiske og sociale funktioner, med udgangspunkt i hendes behov og forudsætninger.</p>	
<p>Det individuelle forløb med fysioterapeuten lægger vægt på dæmpning af spasticiteten, mindsning af muskelstramning samt at få stimuleret kredsløbet. Sammen med ergoterapeuten bliver Bentes kørestol vurderet og egnet skriveredskab bliver afprøvet. I samråd med centerets økonomi udarbejdes en individuel kostplan, og Bente får hjælp til spisning, da hun har tendens til fejlsynkning.</p>	
<p>Centerets neurolog sætter Bente i medicinsk behandling for at dæmpe spasticiteten og smerterne samt med henblik på at mindske de depressive tendenser. Bente har samtaler med en psykolog under opholdet og skal efterfølgende fortsætte med dette i Scleroseforeningens regi. Bente oplever, at hendes fysiske velbefindende genetableres, og at hun stadig har muligheden for et indholdsrigt liv.</p>	

RYGOPERATION GJORDE ONDT VÆRRE, FORDI PERSONALET MANGLEDE ERFARING	INSPIRATION OG ERFARING:
<p><b>Hvad gør man, når et rehabiliteringsforløb går helt galt – hvad skal der til for at undgå, at patientens situation forværres yderligere, når det sundhedsfaglige personale ikke har erfaring med kroniske sygdomme?</b></p>	
<p><b>ÆLDRE MAND MED PARKINSONS SYGDOM</b>  Knud er 73 år, har haft Parkinsons sygdom i 22 år og altid været meget fysisk aktiv. Han blev i januar 2008 opereret i ryggen for en scoliose (en skævhed i rygsøjlen). Operationen var vellykket, men på grund af smerter kunne han kun komme op og få kortvarig træning en gang om dagen. Et reelt genoptræningsforløb kunne ikke komme i gang før efter ca. 3 ugers forløb.</p>	<p>Denne case viser et uhensigtsmæssigt forløb, hvor patienten venter alt for længe på et genoptræningstilbud, der er helt utilstrækkeligt, og som ikke tager hensyn til, at patienten har en kronisk sygdom, som influerer meget på genoptræningsbehovet efter rygoperationen.</p>
<p><b>REHABILITERINGSFORLØBET</b></p>	
<p>Efter udskrivning fra hospitalet bliver Knud overflyttet til det lokale genoptræningscenter i kommunen. Han kan ikke udskrives til hjemmet, fordi han har mistet sin gangfunktion efter de 3 ugers immobilisering på hospitalet.</p>	<p>For at få et mere hensigtsmæssigt rehabiliteringsforløb, bør man være opmærksom på følgende:</p> <p>Hospitalet skal udpege en kontaktperson, som kan støtte Knud i forbindelse med overflytning til den kommunale genoptræning.</p>
<p>På det kommunale center får han kun træning 2 x om ugen i maks. 10 minutter, da han er blevet overflyttet til en aflastningsplads – og ikke en kombineret aflastnings- og genoptræningsplads, som sygehuset har anbefalet. Resten af dagen sidder han i en kørestol. Efter ca. 3 uger beder han om at komme hjem, da han ikke oplever, at kommunens tilbud om genoptræning er intensivt nok.</p>	<p>Hospitalet skal udarbejde en specifik genoptræningsplan ved udskrivningen.</p>
<p>Knud bliver nu gennem kommunens fysioterapeut anbefalet varmtvandssvømning 5 gange om ugen samt fysioterapi 2 x om ugen. Svømningen stopper efter ca. 1 måned, idet man vurderer, at der ikke er tilstrækkeligt fremskridt og efter ca. 1½ måned tilbyder kommunen, at Knud kan få vedligeholdelsestræning.</p> <p>I oktober afslutter kommunen genoptræningsforløbet, da de ikke kan se nogen udvikling, mens hans egen vurdering er, at hans balance og styrke er blevet bedret, og han har en bedre almentilstand.</p> <p>Knud anker derfor afslaget på fortsat genoptræning til Det Sociale Nævn, som hjemviser sagen til kommunen.</p>	<p>Kommunen skal iværksætte et tværfagligt intensivt genoptræningsforløb lige efter udskrivningen fra hospitalet, hvor man både træner og tager hensyn til følgerne efter rygoperationen i kombination med Parkinsons sygdom.</p> <p><b>Stikord:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Manglende forståelse for kronisk sygdom.</b></li> <li>- <b>Ingen koordination.</b></li> <li>- <b>Ingen genoptræningsplan.</b></li> </ul>
<p>Herefter tilbyder kommunen i maj 2009, at Knud kan få 2 timers fysioterapi og 2 timers ergoterapi om ugen. Det går med træning i fysioterapien, hvor han får gangtræning, træning på trapper, balancetræning, mv., og Knud når langt om længe de mål, han har sat sig. Den ergoterapeutiske træning bliver stoppet efter knap 3 måneder med anbefaling af egentræning af fingermusklerne.</p>	



NÅR BEHANDLING OG REHABILITERING SMELTER SAMMEN	INSPIRATION OG ERFARING:
<p><b>Hvordan får man hverdagen til at hænge sammen, når man kæmper med overspisning? Hvordan finder man motivationen, når man efter mange års sygdom og flere behandlingsforsøg stadig får tilbagefald i stressede perioder? Hvordan ville den optimale behandling og rehabilitering se ud for personer med tidligere anoreksi og nu overspisning?</b></p>	<p>Positivt med et sammenhængende forløb, hvor behandling og rehabilitering varetages i samme psykiatriske regi.</p>
<p><b>UNG KVINDE MED OVERSPISNING OG TIDLIGERE ANOREKSI</b>          Louise er 20 år og bor alene. Hun har kæmpet med tvangsoverspisning i snart tre år og har i den forbindelse været indlagt tre gange på somatiske og psykiatriske afdelinger. Før sin tvangsoverspisning havde hun alvorlig anoreksi, hvor hun var indlagt på somatiske og børnepsykiatriske afdelinger. I dag modtager Louise psykoterapeutiske samtaler en gang ugentligt hos en specialuddannet sygeplejerske på et psykoterapeutisk afsnit i Odense, samt går til månedlig kontrol på et somatisk ambulatorium.</p>	<p>Brug for øget opmærksomhed i behandlingen og rehabiliteringen, omkring risikoen for at udvikle andre spiseforstyrrelser efter anoreksi.</p> <p>Det er vigtigt med fortsat psykoterapi med balance mellem spiserelaterede problematikker og de nye udfordringer, personen står over for, når spiseproblemerne kommer mere i baggrunden.</p>
<p><b>REHABILITERINGSFORLØBET</b></p>	<p><b>Stikord:</b></p>
<p>Louise går i dag til ugentlige psykoterapeutiske samtaler hos en specialiseret sygeplejerske, hvilket giver hende muligheden for at snakke åbent om, hvad der rører sig i hendes liv lige nu. Endvidere har Louise adgang til somatisk kontrol og diætistvejledning i det omfang, hun ønsker det. Louise vurderer det enormt positivt, at hun en enkelt gang fik mulighed for at blive indlagt i en kort periode på somatisk afdelings patienthotel for at få ro til at skrive eksamensopgave og forhindre ekstreme overspisninger relateret til den stressede situation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Behandling og rehabilitering i samme psykiatriske regi.</b></li> <li>- <b>Fokus på det hele menneske og ikke bare på sygdommen.</b></li> </ul>
<p>Den mest ønskværdige behandling for Louise ville i forhold til anoreksien have været, at der var blevet taget udgangspunkt i hende som person og ikke i spiseforstyrrelsen som det altdominerende. Endvidere ville det have været givtigt at være indlagt på et specialiseret afsnit for personer med spiseforstyrrelser. Stod det til Louise, skal man væk fra det straf/belønningssystem, som praktiseres på mange psykiatriske og somatiske afdelinger i behandling af anoreksi, ligesom hun mener, at behandlingen skal fortsætte længe efter, at personens målvægt er nået.</p>	
<p>Som rehabilitering ville hun ønske, at der var mulighed for at dele tanker og erfaringer med andre i lignende situationer, i form af gruppeterapi eller støttegrupper. Endvidere kunne hun godt tænke sig støtte til at opretholde motivationen i forhold til fysisk aktivitet. Dette eventuelt også sammen med andre i en lignende situation.</p>	
<p>I dag kæmper Louise stadig med overspisninger, især i pressede perioder. Louise mener dog samtidig, at hun er nået langt takket være egen styrke, drømmen om medicinstudiet, beslutningen om ikke at ville spilde sit liv på mad og vægt samt behandlingen, hvor hun har indset, at hun ikke behøver at være perfekt.</p>	

REHABILITERINGSFORLØBET MED FOKUS PÅ ANDET END SELVE SPISEFORSTYRRELSEN	INSPIRATION OG ERFARING:
<p><b>Hvordan håndterer man at være en ung mand med en spiseforstyrrelse, og hvordan opleves gruppeterapien, hvis alle andre er kvinder? Hvordan arbejder man med svære problematikker som lavt selvværd, følelsen af at fylde for meget og med at stå ved den person man er?</b></p>	<p>Der bør være opmærksomhed på de særlige problematikker, der er knyttet til det at være mand med en spiseforstyrrelse.</p>
<p><b>UNG MAND MED BULIMI</b>  Joakim er 20 år og har lidt af bulimi i de seneste fem år. Efter halvandet års ventetid har Joakim siden oktober 2009 været tilknyttet psykiatrien i Ålborg. Her har han gennemgået et ni-ugers langt psykoterapeutisk gruppeforløb med andre personer med spiseforstyrrelser og sideløbende været i fire ugers fysioterapi. I øjeblikket er han i gruppe-terapeutisk efterbehandling med fokus på andre aspekter af livet end lige netop spiseforstyrrelsen. Gennem hele forløbet har Joakim været tilknyttet en kostvejleder.</p>	<p>Det er gavnligt med fortsat efterbehandling i form af psykoterapi - enten i gruppe eller individuelt.</p> <p>Det er godt med kontinuerlig kontakt med diætist for at få støtte til at spise sundt og regelmæssigt.</p>
<p><b>REHABILITERINGSFORLØBET</b></p>	<p>Det ses ofte, at personer med bulimi grundet fysiske eller psykiske ledsage-symptomer har svært ved at fortsætte arbejde eller uddannelse. I sådanne tilfælde skal der være støtte til at vende tilbage til uddannelse eller arbejde.</p>
<p>Joakim startede for to måneder siden i et nyt psykoterapeutisk rehabiliterings- gruppeforløb. Mens fokus i behandlingen mest var på spisning og de herved relaterede følelser og tanker, er der i denne gruppe fri tale, forstået på den måde, at deltagerne selv skal komme på banen, hvilket Joakim vurderer som værende en positiv og udviklingsfremmende udfordring. Joakim synes allerede nu at fornemme en stor tilfredshed og tillid gruppedeltagerne imellem. Gruppen ledes af en psyko- og ergoterapeut samt en læge/psykoterapeut. Som det mest positive fremhæver Joakim muligheden for at spejle sig i andre i lignende situationer og få indsigt i de andre deltageres måder at håndtere forskellige problematikker på.</p> <p>Joakim har gennem hele sit sygdomsforløb haft meget svært ved at være en ung mand med en "kvindelidelse", da han har følt sig anderledes og mærkelig. Han kæmper således med problematikker knyttet til at være en mand med en spiseforstyrrelse. I øjeblikket forsøger han eksempelvis at finde sig til rette i den nye gruppe, som ligesom de andre grupper kun består af kvinder.</p>	<p><b>Stikord:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Sammenhængende forløb.</b></li> <li>- <b>Opmærksomhed på særlige patientgruppers behov.</b></li> <li>- <b>Fortsat støtte i rehabiliteringsfasen.</b></li> </ul>
<p>Et sammenhængende behandlings- og rehabiliteringsforløb skal være præget af tillid. Joakim vurderer, at hans behandlings- og rehabiliteringstilbud rummer alle muligheder for at arbejde med sig selv og herigennem blive helt fri for negative tanker omkring mad. Han er lykkelig for, at han fra starten er kommet i gruppeterapi. Deltagelsen i disse grupper har givet Joakim mod til at stå frem og fortælle om sin problematik og åbne sig i forhold til forskellige følelser og tanker, som ellers var begravet langt væk i skyld og skam. Endvidere har det givet ham selvtillid nok til at acceptere sig selv, som han er. Han vurderer det som positivt, at deltagerne er forskellige steder i deres proces, da han føler, han kan lære af dem, der er længere fremme. Han bruger det også til at tænke på, hvor rart det er at have gennemgået nogle af de svære problematikker, som dem, der lige er startet, stadig kæmper med. I dag er Joakim stort set fri for overspisninger og opkastninger. Der er stadig negative tanker omkring mad og krop, men han mærker, at de bliver mindre dag for dag.</p>	

REHABILITERINGSFORLØB PÅ REUMATOLOGISK AFD.	INSPIRATION OG ERFARING:
<p><b>Et rehabiliteringsforløb på en reumatologisk afdeling kan være det, der skal til for at hjælpe en smerteplaget leddegigtpatient videre i tilværelsen. Her lærte Karin blandt andet at håndtere smerterne, at skåne leddene og at sørge for at få den rigtige ernæring, som nogle af gevinsterne ved et tværfagligt rehabiliteringsforløb.</b></p>	<p>Tidlig kontakt til patientens hjemkommune sikrer, at oplysninger og anbefalinger ikke går tabt når patienten udskrives.</p>
<p><b>40-ÅRIG KVINDE MED SVÆR LEDDEGIGT</b>  Karin er 40 år, uddannet pædagog, fraskilt og har to hjemmeboende børn på hhv. 5 og 7 år. Karin har haft svær leddegigt de sidste to år. Karins læge beslutter at henvise Karin til et rehabiliteringsophold på Gråsten Gigthospital. Ikke mindst fordi Karin ikke har fået fuldt udbytte af den træning, hun får gennem kommunen, på grund af sygdomsaktiviteten i leddene.</p>	<p>En tværfaglig tilgang til patientens smerter sikrer, at patienten får det optimale ud af rehabiliteringen.</p> <p>Socialrådgiver inddrages tidligt i forløbet, så afklaring af arbejdssituationen bliver en del af den samlede rehabilitering.</p>
<p><b>REHABILITERINGSFORLØBET</b></p>	<p><b>Stikord:</b></p>
<p>Ved indlæggelse undersøges Karin af det tværfaglige team (læge, sygeplejerske, fysioterapeut og ergoterapeut), hun giver sin vurdering af sin egen situation og fortæller om sine ønsker og forventninger til indlæggelsesforløbet på Gigthospitalet. Efter en fælles vurdering og afvejning af de realistiske muligheder sættes et overordnet tværfagligt mål. De enkelte faggruppers indsats afstemmes og prioriteres, og der lægges en plan for forløbet, som justeres løbende.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Forløb på reumatologisk afd.</b></li> <li>- <b>Tværfaglig indgang til smerter.</b></li> <li>- <b>Tidlig fremadrettet kontakt til kommune og patientens egen læge.</b></li> <li>- <b>Patientinddragelse.</b></li> <li>- <b>Arbejdssituation inddrages.</b></li> </ul>
<p>På baggrund af sygdomsaktiviteten øges den medicinske behandling og den tværfaglige indsats med henblik på smertelindring. Her arbejdes med øgning af ledbevægelighed, senere gradueret styrke- og konditionstræning, herunder instruktion i ledbeskyttelse og afprøvning af hjælpemidler.</p>	
<p>Der gennemføres desuden samtaler med henblik på større sygdomsindsigt, mestringsstrategier i forhold til smerte og træthed, samt rådgivning om kost og ernæring ved diætist. Karin har sideløbende kontakt til socialrådgiveren på Gigthospitalet. Socialrådgiver og Karin bliver enige om, at socialrådgiver kontakter kommunen med henblik på at undersøge mulighederne for forlængelse af sygedagpengeperioden og det videre forløb i kommunen.</p>	
<p>Hen mod slutningen af indlæggelsen, begynder planlægningen af udskrivelse. Funktionsniveauet er forbedret under indlæggelse og det forventes at funktionsniveauet kan højnes yderligere, og der udarbejdes genoptræningsplan til genoptræning i kommunalt regi.</p>	
<p>Gigthospitalet sender anbefalinger om håndledsbandager til kommunen, og de udarbejder anbefalinger for hjælpemidler. Karin har behov for hjemmehjælp til rengøring mv. og derfor tager Gigthospitalets socialrådgiver kontakt til visitator i kommunen. Gigthospitalet sørger også for at Karins egen læge modtager et udskrivningsbrev.</p>	

## AFSLUTNING

Som det fremgår af de otte beskrivelser af meget forskellige rehabiliteringsforløb, er et velkoordineret og fuldt rehabiliteringsforløb en kæmpe gevinst for patienterne, som skal leve med en kronisk eller alvorlig sygdom.

Når vi som samfund tilbyder rehabilitering, undgår vi at forværre en i forvejen svær situation, vi giver mennesker livsglæde og livsmod tilbage, og vi sparer den trængte samfundsøkonomi for yderligere udgifter til genindlæggelser, behandling af følgesygdomme og ressourcekrævende omsorg og pleje.

Når parkinsonpatienten Knud ikke får den behandling og rehabilitering, han har brug for, ser vi tydeligt, at det går galt – Knud mister sin gangfunktion, fordi rehabiliteringen ikke igangsættes i tide, og må udskrives til kommunens plejehjem/genoptræningscenter, fordi han ikke kan klare sig i eget hjem.

Marianne oplever derimod, at hendes forløb med gigtsygdom tilrettelægges professionelt med et koordineret samarbejde mellem sygehus, kommune og egen læge – og der tages hånd om alle aspekter af Mariannes liv; samliv, familieliv, arbejdsliv. Efter rehabiliteringsforløbet oplever Marianne at have *fået sit liv* tilbage, og kan håndtere et liv med en kronisk sygdom.

Patienthistorierne, og de mange undersøgelser som underbygger dem, viser at det kan lade sig gøre at etablere meningsfulde, koordinerede rehabiliteringsforløb, der har patientens behov i centrum – så det er bare at komme i gang.