



Håndbog om rehabilitering på ældreområdet

- Viden, metoder og
inspiration til praksis



Indhold

1. Introduktion	3
2. Pejlemærker for rehabilitering	7
3. Hvorfor arbejde med rehabilitering på ældreområdet?	8
4. Hvad vil det sige at arbejde personcentreret med rehabilitering på ældreområdet?	18
5. Hvordan skaber I den bedste rehabiliteringsproces fra start til hverdagen efter?	36
• Den indledende fase	
• Den målrettede fase	
• Den evaluerende fase	
6. Hvordan kan I lede og organisere rehabiliteringsindsatser på ældreområdet?	62
7. Hvordan kan I udvikle og styrke jeres rehabiliteringsindsatser?	82
8. Litteraturliste	94
9. Slutnoter	98

1. Introduktion

Rehabilitering på ældreområdet er mere aktuelt end nogensinde før. Der bliver flere og flere ældre, og vi lever længere og med flere kroniske sygdomme. Det kan betyde, at vores funktionsevne bliver nedsat, hvilket kan føre til begrænsninger i vores hverdagsliv. Rehabilitering er en vej til, at flest muligt ældre har et meningsfyldt liv med størst mulig livskvalitet.

Der er sket meget inden for rehabilitering på ældreområdet, siden Sundhedsstyrelsen udgav den første håndbog om emnet i 2016. Kommunerne har høstet mange værdifulde erfaringer med at implementere lovgivningen på området. De har afprøvet forskellige organiseringer, tilgange og visitationsmodeller, og i dag ser vi en større diversitet på tværs af kommunernes rehabiliteringsindsatser end dengang, hvor lovgivningen blev indført.

Samtidig er der kommet større enighed om, hvad vi forstår ved selve begrebet rehabilitering, og i 2022 udgav Rehabiliteringsforum Danmark "Hvidbog om rehabilitering"¹, som bl.a. gav en klar definition af rehabiliteringsbegrebet.

Hvad er målet med håndbogen?

Med denne håndbog ønsker Sundhedsstyrelsen at bygge videre på de erfaringer, som kommunerne har gjort i de seneste år og målrette viden om rehabilitering til fremtidens ældrepleje. Håndbogen baserer sig på de mange erfaringer fra praksis og inddrager den nye viden og forståelse af rehabilitering.

Formålet med håndbogen er at understøtte ledere, faglige tovholdere og konsulenter, der arbejder med rehabilitering på ældreområdet, i deres arbejde med at:

- Sætte faglig retning
- Udvikle kvalitet
- Sikre rammerne for det gode tværfaglige samarbejde på rehabiliteringsområdet
- Sikre fælles ansvarlighed i rehabiliteringen
- Understøtte, at fagpersonalet har de rette kompetencer til at arbejde med rehabilitering i praksis.

Læs mere

Håndbogen indgår i rækken af Sundhedsstyrelsens praksisnære håndbøger om ældreområdet.

Find dem på www.sst.dk

Hvem er håndbogen til?

Håndbogen henvender sig primært til ledere, faglige tovholdere og konsulenter. Det er jer, der kan være med til at brede viden, metoder og inspiration ud blandt fagpersonalet, og vores håb er, at håndbogens mange eksempler kan bruges på fx teammøder til at sætte gang i fælles drøftelser og faglig refleksion blandt fagpersonalet.

Håndbogen er også relevant for alle andre, der arbejder med rehabilitering på ældreområdet, og den kan inddrages i grund- og efteruddannelser af de medarbejdergrupper, der arbejder med rehabilitering af ældre.

Personcentreret tilgang

Håndbogen har som noget nyt et stærkt fokus på personcentreret rehabilitering. At rehabilitering er personcentreret betyder, at:

- Borgeren ses som en ligeværdig samarbejdspartner i hele sit rehabiliteringsforløb – og ikke kun i målsætningsfasen
- Det er borgerens egne behov, ønsker og håb, der er omdrejningspunktet for rehabiliteringsprocessen.

Ambitionen med håndbogen er at formidle den nyeste faglige viden om rehabilitering på en måde, så den kan bruges i praksis – også i en travl hverdag.

Rigtig god læselyst.

Hvad bygger håndbogen på?

Håndbogen er baseret på en større vidensindsamling, der blev foretaget som en del af projektet "Virksom rehabilitering for ældre" (2020-2023) i Sundhedsstyrelsen. I projektet blev der bl.a. gennemført workshops, netværksmøder og interviews med ledere og medarbejdere fra ældreplejen i hele landet for at afdække behov, udfordringer og potentialer i rehabiliteringsindsatsen. Da projektet begyndte, nedsatte Sundhedsstyrelsen en følgegruppe med faglige eksperter på området. Gruppen har deltaget i fire møder, hvor de har givet råd og sparring til projektets aktiviteter, herunder udviklingen af denne håndbog. Blandt følgegruppens medlemmer er praktikere fra flere kommuner, repræsentanter for flere faglige selskaber, interesseorganisationer og videnscentre samt videnspersoner inden for rehabilitering på ældreområdet.

Denne håndbog bygger desuden på rapporter, analyser og forskning om rehabilitering, som er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen og en række andre organisationer. Særligt "Hvidbog om rehabilitering", som blev udgivet af Rehabiliteringsforum Danmark i 2022, har været en vigtig kilde.

Det endelige indhold er tillige kommenteret og kvalitetssikret af repræsentanter fra en række kommuner samt en uddannelsesinstitution.

Baggrunden

I 2015 blev kommunerne forpligtet til at tilbyde et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb til borgere med nedsat funktionsevne, hvis man i kommunen vurderede, at rehabiliteringsforløbet kunne forbedre personens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp. Det skete som følge af indførelsen af § 83 a i serviceloven.

Forinden havde flere kommuner gjort sig erfaringer med at tilbyde hverdagsrehabilitering til ældre borgere, der modtog pleje. Men med indførelsen af § 83 a blev rehabilitering en obligatorisk og integreret del af ældreomsorgen i Danmark.

For at understøtte kommunernes arbejde med at tilrettelægge rehabiliteringsforløb efter den nye paragraf udgav Sundhedsstyrelsen i 2016 "Håndbog i rehabiliteringsforløb på ældreområdet – efter lov om social service".²

Derudover har Sundhedsstyrelsen gennem en årrække samarbejdet med landets kommuner om at udvikle faglige rammer, redskaber og metoder til rehabilitering af ældre borgere. Undervejs har Sundhedsstyrelsen faciliteret netværk og udveksling af erfaringer og inspiration på tværs af kommunerne samt løbende samlet op på ny viden og erfaringer, bl.a. i en række evalueringer af indsatser.

Læs mere om Sundhedsstyrelsens arbejde med rehabilitering under temaet "Rehabilitering" på www.sst.dk

2. Pejlemærker for rehabilitering på ældreområdet



Tag udgangspunkt i den enkelte ældre borgers perspektiv og hele livssituation



Husk, at rehabilitering er en ligeværdig samarbejdsproces mellem borgeren, fagpersonalet og eventuelle pårørende



Tilrettelæg rehabiliteringen, så borgeren får en så meningsfuld hverdag som muligt



Hav fokus på hverdagen, efter rehabiliteringen er afsluttet, så gevinsterne varer ved



Skab rammer for det gode tværfaglige samarbejde



Understøt, at fagpersonalet har de rette kompetencer



Hav løbende fokus på at forbedre jeres indsats

3. Hvorfor arbejde med rehabilitering på ældreområdet?

Mange ældre klarer hverdagen selv og lever et meningsfuldt og selvstændigt liv. Men når der sker forandringer i tilværelsen, kan alle mennesker risikere at få nedsat deres funktionsevne. Forandringerne kan opstå pludseligt eller over længere tid, og de kan være af både helbredsmæssig og social karakter. De kan fx skyldes sygdom, et fald eller tabet af en partner. Nogle gange vil den ændrede livssituation være midlertidig, og andre gange vil den være varig.

De begrænsninger, som ældre oplever i deres funktionsevne, kan være komplekse og kan skyldes både fysiske, psykiske, kognitive og sociale faktorer. Begrænsningerne kan have store konsekvenser for den enkelte ældre, og for nogle kan de betyde, at det kan være svært at leve det liv, de gerne vil. Måske kan de fx ikke længere indgå i de aktiviteter og fællesskaber, som giver mening og værdi for dem.

Stort potentiale

Som befolkningsgruppe er ældre særligt begrænsede i deres funktionsevne. Fx viser undersøgelser, at:

- Andelen, som svarer, at de "føler sig friske nok til at gøre, hvad de har lyst til", falder med stigende alder³
- Det fysiske funktionsniveau for mennesker over 65 falder med stigende alder⁴
- Kroniske sygdomme er mere udbredte i den ældre del af befolkningen.⁵

Der er et stort potentiale forbundet med rehabilitering på ældreområdet, fordi rehabilitering netop handler om at muliggøre, at mennesker med nedsat funktionsevne kan leve meningsfulde hverdagsliv. Med sit fokus på funktionsevne adskiller rehabilitering sig fra behandling, hvor målet er at fjerne symptomer eller at forlænge livet.

Definition: Hvad er rehabilitering?

Rehabilitering er målrettet personer, som oplever eller er i risiko for at opleve begrænsninger i deres fysiske, psykiske, kognitive og/eller sociale funktionsevne og dermed i hverdagslivet. Formålet med rehabilitering er at muliggøre et meningsfuldt liv med bedst mulig aktivitet og deltagelse, mestring og livskvalitet. Rehabilitering er en samarbejdsproces mellem en person, pårørende, professionelle og andre relevante parter. Rehabiliteringsindsatser er målrettede, sammenhængende og vidensbaserede med udgangspunkt i personens perspektiver og hele livssituation.

Kilde: Rehabiliteringsforum Danmark: "Hvidbog om rehabilitering", 2022.

Gennem rehabilitering kan fagpersonalet være med til at skabe betingelserne for at:

- **Muliggøre et meningsfuldt liv**

Rehabilitering kan bidrage til at muliggøre et meningsfuldt liv for borgere, der har fået nedsat funktionsevne. Et meningsfyldt liv kan være forskelligt fra person til person, ligesom det kan ændre sig over tid, hvad der opleves som meningsfuldt. Men uanset menneskers forskelligheder har alle et behov for en tilværelse, som er sammenhængende, meningsfuld og har et formål.⁶ Det er i den forbindelse vigtigt at understrege, at selvhjælpenhed ikke er et mål i sig selv, når det gælder rehabilitering. For nogen kan selvhjælpenhed sagtens være et mål på vejen til et mere meningsfyldt liv og en højere livskvalitet, men det behøver ikke at være det.

- **Fremme aktivitet og deltagelse**

Rehabilitering kan fremme, at borgeren får et liv med så megen aktivitet og deltagelse, som den enkelte ønsker. Aktivitet betegner borgerens udførelse af opgaver eller handlinger. Det kan fx være at spise, at gå ved egen hjælp eller tage et bad. Deltagelse handler om borgerens mulighed for at involvere sig aktivt i fællesskaber med andre både i og uden for hjemmet. Det kan fx handle om at drikke kaffe med sin nabo, være sammen med sine børnebørn eller være frivillig i en genbrugsbutik. Hvor aktivitet er noget, den enkelte i princippet kan udføre uden kontakt med andre mennesker, handler deltagelse om borgerens relation til sin sociale omverden.

- **Øge mestring**

Rehabilitering kan støtte borgeren i at mestre sin tilværelse, efter der er sket en ændring i vedkommendes funktionsevne. Mestring handler om, hvordan borgeren møder de udfordringer og situationer, som kan opstå, når funktionsevnen bliver nedsat. Det kan fx være de strategier, borgeren bruger for at tilpasse sig og håndtere hverdagen efter en blodprop, et hoftebrud eller tabet af sin partner. Det er ikke kun borgerens evne til at håndtere og tilpasse sig situationer i sit hverdagsliv, der er en del af mestringen, men også evnen til at kunne søge hjælp og støtte hos pårørende og fagpersonalet, når der er situationer, som borgeren ikke mestrer alene.

- **Styrke livskvalitet**

Rehabilitering kan bidrage til at styrke borgerens oplevelse af livskvalitet. I denne håndbog forstås livskvalitet som noget subjektivt. Det vil sige, at det er den enkelte ældre borgers egen oplevelse af at leve et godt liv, som er i fokus. Det kan variere fra person til person, hvordan forskellige områder af tilværelsen vægter i forhold til oplevelsen af livskvalitet, og det kan også ændre sig gennem livet. For nogle er det fx vigtigt for deres oplevelse af livskvalitet, at de kan klare sig selv i hverdagen uden hjælp, mens det for andre betyder mindre. For nogle giver det livskvalitet at omgive sig med mange mennesker, mens andre foretrækker at omgås få, nære relationer. Det er vigtigt at huske, at man godt kan have en god livskvalitet, selvom man har en nedsat funktionsevne, men hvis det forhindrer én i at gøre det, man gerne vil, er der risiko for, at det går ud over livskvaliteten.



Hvordan vurderes funktionsevne?

Når man arbejder med rehabilitering, er det vigtigt at se på den enkeltes funktionsevne, frem for fx diagnoser, fordi en diagnose i sig selv ikke siger noget om, hvordan en person fungerer i hverdagen.

For at forstå et menneskes funktionsevne skal man på samme tid have fokus på:

- Kroppens funktioner og anatomi
- Aktiviteter
- Deltagelse

Funktionsevne skal ikke forstås isoleret som en egenskab ved personen.

En persons nedsatte funktionsevne skal derimod altid ses i forhold:

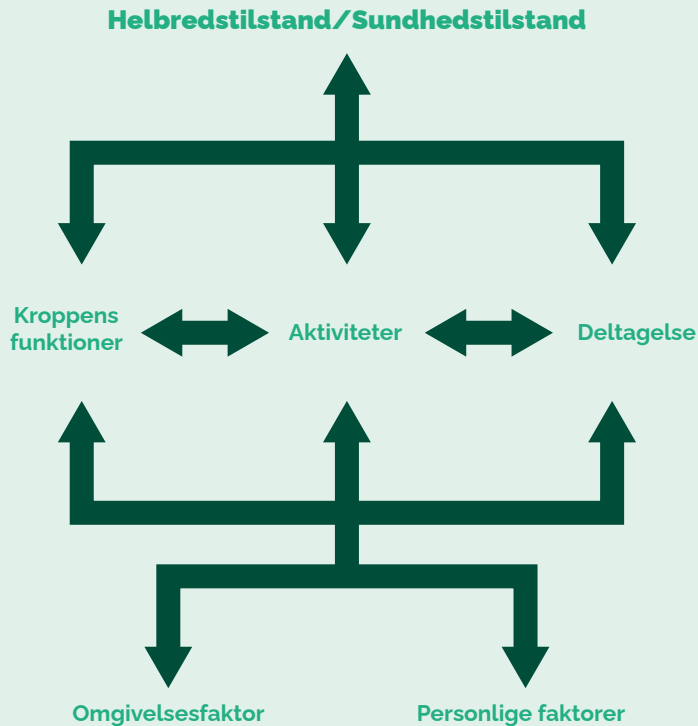
- **Personens omgivelser:** Hvad omgiver personen - fysisk, socialt og kulturelt?
- **Personlige faktorer:** Hvilke egenskaber, livserfaring og mestringsevne har netop denne person?



Tip: Brug ICF-modellen til at reflektere over, om jeres team har en fælles forståelse af funktionsevne, og om I kommer omkring alle dimensioner i jeres daglige arbejde og dokumentation.

Kilde: Sundhedsstyrelsen: "ICF- International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand", 2003 og MarselisborgCentret og CFK- Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland: "ICF og ICF-CY - en dansk vejledning til brug i praksis, version 2", 2013.

ICF-modellen



International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) er WHO's internationale klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand. Modellen viser, at en persons funktionsevne er bestemt af et komplekst og dynamisk samspil mellem kroppens funktioner og anatomi, aktiviteter og deltagelse, omgivelsesfaktorer og personlige faktorer.

Borgerens eget perspektiv er helt centralt i enhver vurdering af funktionsevne, og derfor er det også i høj grad borgeren egne svar, som gør det muligt for fagpersonen at vurdere de forskellige ICF-dimensioner og dermed borgerens funktionsevne.

I praksis kan ICF-modellen bl.a. bruges som:

- Fælles forståelsesramme og sprog på tværs af faggrænser og sektorer
- En metode til at analysere egen praksis og faglig refleksion.

Hvilke ældre kan have gavn af rehabilitering?

Alle ældre mennesker, der oplever begrænsninger i deres hverdagsliv, kan have gavn af rehabilitering. Hvad enten det handler om begrænsninger i hverdagen, der skyldes ændringer i den fysiske, psykiske, kognitive eller sociale funktionsevne. Rehabilitering kan være relevant både for borgere, som ikke tidligere har modtaget hjælp og støtte fra kommunen, og for borgere, som allerede modtager hjælp og støtte og dermed er kendte af fx hjemmeplejen. Rehabilitering er dog ikke kun relevant, når borgeren allerede har en nedsat funktion, men kan også bruges til at forebygge, at en funktionsevnenedsættelse opstår eller udvikler sig.

Opdag ældre i risiko

Det er vigtigt, at fagpersonalet er opmærksomme på tidligt at opspore ældre, der oplever begrænsninger i hverdagen eller er i risiko for at få nedsat funktionsevne.⁷ På den måde kan rehabilitering blive en forebyggende indsats. Det kan fx være medarbejdere i hjemmeplejen, forebyggelseskonsulenten eller den praktiserende læge, som vurderer, at en borger oplever begrænsninger i hverdagen eller er i risiko for at komme til det.



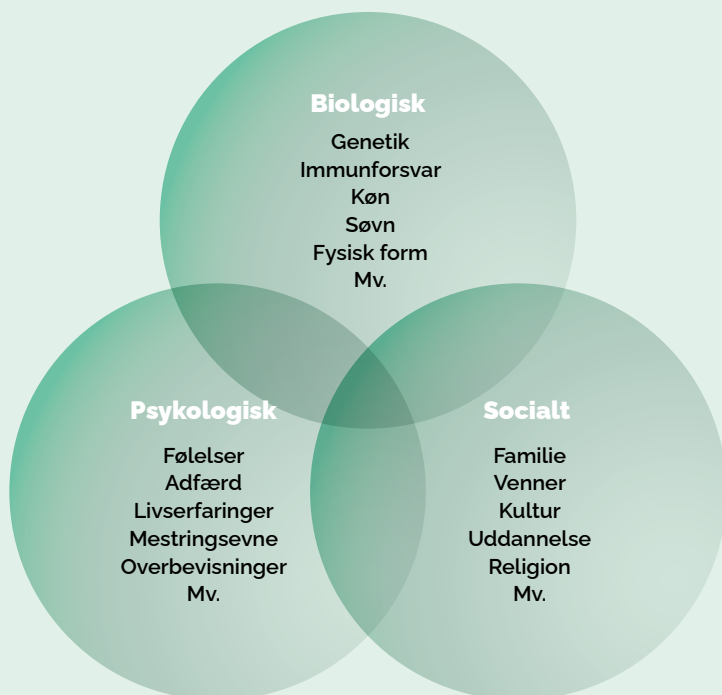
Hvem er i særlig risiko for nedsat funktionsevne?

- Ældre, der har mistet samlever/ægtefælle
- Ældre, der udskrives fra sygehus
- Ældre, der er ensomme eller socialt isolerede
- Ældre mænd, der lever alene
- Ældre med kort uddannelse og/eller kort erhvervs erfaring
- Ældre med alvorligt syg samlever/ægtefælle
- Ældre med ikke-vestlig baggrund
- Ældre med svær sygdom
- Ældre med flere samtidige sygdomme
- Ældre, der bruger mange forskellige lægemidler samtidigt
- Ældre med forringet ernæringstilstand
- Ældre, der er faldet
- Ældre med sanse- eller høretab
- Ældre med medicin- eller alkoholmisbrug
- Ældre, der er på førtidspension
- Ældre, der hyppigt frekventerer egen læge
- Pårørende til ældre, der er flyttet på plejehjem
- Ældre, der afslutter rehabiliteringsforløb

Kilde: Sundhedsstyrelsen: "Opsporing af ældre i særlig risiko for nedsat funktionsevne: En guide til kommuner vedrørende forebyggende hjemmebesøg", 2017.

Den biopsykosociale model

Rehabilitering baseres på en helhedsorienteret tilgang, hvor man ser sygdom og sundhed som en kombination af biologiske, psykologiske og sociale faktorer, der spiller sammen og påvirker hinanden. Tilgangen, som også afspejles i ICF-modellen, kan illustreres i den biopsykosociale model.



Se helheden

Ifølge modellen giver det ikke mening at se isoleret på hverken det biologiske, det psykologiske eller det sociale, når man skal forstå ændringer i funktionsevnen. De kan fx være forårsaget af en gigtsygdom (det biologiske), men hvorvidt og hvordan den påvirker funktionsevnen for den enkelte, kan fx afhænge af, om vedkommende har et godt netværk af venner og familie, som kan støtte og aflaste i hverdagen (socialt) og af vedkommendes mestringsevne (psykologisk).

Brug modellen

Ved at bruge den biopsykosociale model som udgangspunkt for arbejdet med rehabilitering, kan I sikre, at alle relevante aspekter af borgerens helbredstilstand bliver inddraget, og fagpersonalet kan bruge modellen, når de skal analysere og beskrive borgerens ressourcer og begrænsninger.

4. Hvad vil det sige at arbejde personcentreret med rehabilitering på ældreområdet?

At arbejde personcentreret betyder, at man altid tager udgangspunkt i den enkelte ældres behov, håb, ressourcer og hele livssituation. Den personcentrerede tilgang indebærer, at rehabiliteringen er noget, der skabes i et samarbejde *med* borgeren, frem for at være noget, der gives *til* borgeren.⁸

Tilpas efter den enkelte

Alle mennesker er unikke. Vi har personlige livserfaringer og forskellige ressourcer, værdier og holdninger. Derfor vil det, der udgør et meningsfyldt liv, være forskelligt fra person til person og kan også ændre sig over tid. Den vellykkede rehabiliteringsproces tager derfor altid udgangspunkt i en forståelse for og anerkendelse af, at mennesker ikke er ens. Én borger har én type behov og ønsker, mens en anden har andre, ligesom hver enkelt borger har forskellige ressourcer og forudsætninger for at indgå i rehabiliteringsprocessen. Derfor bør rehabiliteringsprocesser altid være individuelt tilrettelagt.

Rehabilitering er en samarbejdsproces

Ligeværdighed er et nøgleord i den personcentrerede rehabilitering. Der er tale om en samarbejdsproces mellem den ældre, pårørende og fagpersonalet sammen med eventuelle andre relevante parter. I det samarbejde betragtes alle bidrag som lige vigtige.

Roller og ansvar i samarbejdet

- 1. Borgeren:** Borgeren er ekspert i sit eget liv og i, hvad der for ham eller hende er et godt hverdagsliv. Borgeren har ansvar for at deltage aktivt i rehabiliteringsprocessen.
- 2. Fagpersoner:** Fagpersoner er eksperter i metoder, redskaber, systematik, koordinering, løsninger mv. Fagpersonerne har ansvar for at facilitere rehabiliteringsprocessen. Det vil fx sige, at det er fagpersonen, som skal skabe rammerne, koordinere og sørge for, at der bliver truffet beslutninger om mål og indsatser og fulgt op på dem undervejs.
- 3. Pårørende:** De pårørende har ofte et godt kendskab til borgerens hverdagsliv og kan bidrage med denne viden i samarbejdet. De pårørende kan være vigtige medspillere i rehabiliteringsprocessen og en støtte for borgeren i rehabiliteringen.

Kilder: Rehabiliteringsforum Danmark: "Hvidbog om rehabilitering", 2022, Sundhedsstyrelsen: "Håndbog i rehabilitering på ældreområdet", 2016, Dansk Sundhedsinstitut: "Opgavefordeling mellem borgere, pårørende og fagpersoner i rehabilitering", 2011, og Sundhedsstyrelsen: "Det gode samarbejde med pårørende i ældreplejen", 2023.

Forskellige forudsætninger

Selvom den ældre borger skal ses som en samarbejdspartner, er det vigtigt at være bevidst om, at borgere har forskellige forudsætninger for at indgå i samarbejdet, og nogle kan deltage mere aktivt end andre.

Evnen til at indgå i samarbejdet kan afhænge af:

- Typen af funktionsnedsættelse
- Kognitionsevne
- Evnen til at kommunikere
- Sundhedskompetence⁹
- Oplevelsen af sammenhæng og mening med samarbejdet
- Relationen til den specifikke fagperson.

Nogle ældre kan i den første tid efter udskrivelse fra sygehus opleve at være overvældede og konfuse, hvilket fx kan gøre det svært at rumme ny information og indgå i samarbejdet om målsætning. I de tilfælde kan det være en god idé at starte langsomt op, fx ved at fokusere på at opbygge en god relation til borgeren under første besøg.¹⁰ Andre borgere har måske modtaget hjemmepleje i en længere periode, og for dem kan det være svært at omstille sig til at skulle indgå i en ny type proces og samarbejde med fagpersonalet fra kommunen.



Husk

Relationen mellem fagperson og borger er ligeværdig i rehabilitering. De bidrager hver især med noget forskelligt. Fagpersonen har mere faglig viden, men borgeren er til gengæld ekspert i eget liv. Begges bidrag er uundværlige.

Ældre med demens

I arbejdet med rehabilitering på ældreområdet vil fagpersonalet møde borgere, der lever med forskellige grader af kognitive funktionsnedsættelser, fx på grund af en demenssygdom. Ældre med en demenssygdom kan også have gavn af et rehabiliteringsforløb. Gennem rehabilitering kan fagpersonalet understøtte den ældres livskvalitet, identitet og meningsfulde hverdag.¹¹ Studier viser også, at rehabilitering af mennesker med demens værdsættes af de pårørende, som selv kan opleve at få større indflydelse på deres livssituation og handlemuligheder.¹²

Borgere med demens kan have svært ved at give udtryk for egne behov, og det kan udfordre deres evne til at indgå i et samarbejde med fagpersonalet.

Derfor er det vigtigt, at fagpersonalet:

- Er opmærksomme på at tilpasse deres kommunikation efter modtageren
- Har øje for nonverbale signaler fra borgeren
- Tager afsæt i den personcentrerede omsorg.

I samarbejdet med ældre borgere, der har kognitive funktionsnedsættelser eller har svært ved at kommunikere, kan det være en stor hjælp for fagpersonalet at inddrage pårørende, som har kendskab til borgerens præferencer, vaner og livshistorie.



Samarbejde med ældre med demens

Få viden og inspiration til samarbejde og kommunikation med borgere med demens i Sundhedsstyrelsens demenshåndbog "Personcentreret omsorg i praksis".

Find håndbogen samt viden, inspiration og redskaber til samarbejdet med ældre med demens ved at søge på "personcentreret omsorg i praksis" på www.sst.dk/vaerdighed.

Vigtige relationelle og kommunikative kompetencer

Relationen og kommunikationen mellem fagpersonalet og borgeren er helt central i den personcentrerede rehabilitering, og det stiller høje krav til fagpersonalet.

Fagpersonalet skal være i stand til:

- At skabe relationer til mange forskellige mennesker
- At skabe tryghed og tillid i relationen
- At skabe betingelserne for, at borgeren frit kan udtrykke sine ønsker, behov og følelser.

Tilpas efter borgeren og situationen

Relationelle kompetencer handler om at kunne tilpasse sin tilgang og kommunikation efter den enkelte borger og den enkelte situation. Derfor er det vigtigt, at fagpersonalet hele tiden observerer og analyserer, hvad der er behov for i den konkrete situation.³³

Fx er det vigtigt at være opmærksom på, at det kan være første gang, at borgeren deltager i en rehabiliteringsproces og modtager en indsats fra ældreplejen. For nogle vil rehabilitering være et helt ukendt begreb, og de kan være i tvivl om, hvad begrebet indebærer, og hvad formålet med rehabiliteringen er.³⁴ Derfor er det fagpersonalets ansvar at informere og guide borgeren og eventuelle pårørende undervejs i processen.

Fagpersonalet skal i løbet af rehabiliteringsprocessen kunne veksle mellem at:

- Facilitere
- Lytte
- Guide
- Støtte
- Motivere
- Informere
- Identificere behov sammen med borgeren
- Udvikle, konkretisere og teste løsninger sammen med borgeren.



Forstå borgerens perspektiv

Det er vigtigt, at fagpersonen ikke overfører sin egen idé om det gode hverdagsliv til borgere, der indgår i en rehabiliteringsproces. I stedet for at arbejde ud fra egne normer, værdier og antagelser om, hvad målet med rehabiliteringen bør være, bør fagpersonen stræbe efter at få indblik i borgerens perspektiv. Hvordan ser virkeligheden ud fra denne borgers ståsted? Det kræver, at fagpersonen møder hver eneste borger med åbenhed, nysgerrighed og en grundlæggende respekt for forskelligheder.

Gennem dialog kan fagpersonen blive klogere på borgeren ved at stille åbne spørgsmål som:

- Hvad er vigtigt for dig?
- Hvordan ser en meningsfuld hverdag ud for dig?
- Hvad er dine ønsker og håb på kortere og længere sigt?
- Hvad kan du nu, som du fortsat gerne vil kunne?



Perspektivskifte

Perspektivskifte er en konkret metode til at sætte sig i borgernes sted og forstå deres adfærd og behov. Fagpersonalet kan fx bruge perspektivskifte som refleksionsøvelse i forbindelse med tværfaglige møder.

Perspektivskifte hjælper til at afdække:

- Hvad er vigtigt for borgeren?
- Hvad prøver borgeren at fortælle os?
- Hvad vil borgeren selv sige om situationen?
- Hvordan har borgeren det lige nu?

Find redskabet ved at søge "perspektivskifte" på www.sst.dk/vaerdighed.

Afstem forventninger

Borgerens ønsker, håb og drømme er altid udgangspunktet, men gennem en dialog mellem den ældre og fagpersonen skal de oversættes til mere konkrete mål, som er realistiske inden for de givne rammer. Både i forhold til borgerens ressourcer, lovgivningen og de organisatoriske rammer, som fagpersonalet arbejder inden for. En del af samarbejdet består derfor også i, at der foregår en løbende forventningsafstemning mellem borgeren og fagpersonalet.

Fagpersonalet kan understøtte det ligeværdige samarbejde om rehabilitering ved at:

- Møde hver eneste borger med åbenhed, nysgerrighed og respekt
- Lytte til og anerkende borgerens perspektiver, ønsker og bekymringer
- Se borgeren som en ekspert i egne erfaringer med værdifuld viden om sit liv, sine ønsker og håb
- Være opmærksom på ikke at overføre egne normer og idealer for det gode hverdagsliv til borgeren
- Afstemme forventninger med borgeren løbende i rehabiliteringsprocessen
- Tilpasse kommunikationen og tilgangen efter den enkelte borger.

Inddrag de pårørende

Selvom der altid skal tages udgangspunkt i den enkelte ældre borgers perspektiv, er det vigtigt, at fagpersonalet inddrager de pårørende i samarbejdet. De pårørende vil ofte have et indgående kendskab til borgerens hverdag, ressourcer, værdier og behov, og de kan bidrage med vigtig viden, omsorg og støtte i forbindelse med rehabiliteringsprocessen.

Det er dog afgørende, at fagpersonalet er opmærksomme på, at det også kan være krævende både fysisk, psykisk og socialt at være pårørende til et menneske, der har en funktionsnedsættelse og indgår i en rehabiliteringsproces. Fx kan en ægtefælle opleve, at hjemmet bliver en arbejdsplads for medarbejdere fra kommunen, som kommer for at udføre rehabiliterings- og plejeopgaver.¹⁵ Omvendt kan det være en kilde til optimisme hos de pårørende, når rehabiliteringsprocessens små skridt lykkes.

Hvem er pårørende?

Betegnelsen "pårørende" kan omfatte både partner, børn eller anden nær familie, men også naboer, venner eller andet netværk kan regnes som pårørende. Det afgørende er, hvem borgeren opfatter og udpeger som sine pårørende. Pårørende kan desuden defineres som de mennesker, hvis liv bliver påvirket af, at de hjælper og støtter en nærtstående.

Kilde: Sundhedsstyrelsen: "Håndbog om det gode samarbejde med pårørende i ældreplejen", 2023.

Gensidig tillid i samarbejdet med de pårørende

I samarbejdet med de pårørende kan der opstå dilemmaer og konflikter. Det kan fx være, hvis borgeren og de pårørende har forskellige ønsker og behov. Mange uoverensstemmelser kan forebygges eller dæmpes, hvis fagpersonalet er tolerante i deres tilgang og tydelige i deres kommunikation.

Den vigtigste forebyggelse af konflikter består i at opbygge tillid og en stærk relation til de pårørende fra det første møde. Hvis der opstår konflikter, er det vigtigt, at fagpersonen taler om det, der er svært, med kollegaer og ledelse for at nå frem til årsager og mulige løsninger.



Husk

Pårørende har forskellige ressourcer, og der kan være behov for, at fagpersonalet støtter de pårørende i at indgå i samarbejdet omkring rehabiliteringen.

Find viden og inspiration til pårørendesamarbejdet

Sundhedsstyrelsen praksishåndbog "Håndbog om det gode samarbejde med pårørende i ældreplejen" indeholder metoder og redskaber, der kan styrke samarbejdet med pårørende.

Find håndbogen samt viden, inspiration og redskaber til samarbejdet med pårørende på: www.sst.dk/paarørende

Når tilværelsen forandres

Det kan ændre livet fuldstændigt at få nedsat sin funktionsevne, og situationen kan vække svære følelser, som fx vrede, angst og tristhed. Nogle borgere kan skamme sig over, at de ikke kan det samme som før, og at de har brug for hjælp for at få hverdagen til at hænge sammen.

Når funktionsevnen begrænses, kan det påvirke den ældres:

- **Identitet.** Hvem er jeg nu? Hvem er jeg, når jeg ikke kan det, jeg kunne engang? Hvem er jeg uden min ægtefælle?
- **Eksistentielle overvejelser.** Hvad er meningen med livet? Hvad skal jeg nu tro og håbe på? Hvad er mine værdier i den nye situation?
- **Sociale liv.** Hvad er min rolle i fællesskabet i min nye situation? Hvor går jeg hen, når jeg ikke længere kan være en del af mine vante fællesskaber? Hvorfor føler jeg mig pludselig ensom?

Det er altid individuelt, hvordan nedsat funktionsevne opleves af den ældre.

Eksempel

Tab af identitet

Jan på 72 år er pensioneret håndværker. Han har altid sat en ære i at træde til, når venner og familie havde brug for hjælp til en håndværksmæssig opgave. Efter han har fået amputeret sit underben på grund af åreforkalkning, kan han ikke længere gå til hænde som før, og han kæmper med en følelse af, at han ikke længere er den samme kompetente og hjælpsomme mand, han ellers altid har opfattet sig selv som.

Fagpersonalet kan i fællesskab drøfte:

- Hvordan ville I bedst kunne hjælpe Jan med at forlige sig med den nye situation?
- Hvordan kan I bedst afdække, hvilke aktiviteter Jan finder meningsfulde i sin nye situation?
- Hvordan kan I bedst hjælpe Jan til at genskabe en positiv identitet? Er der fx aktiviteter/interesser fra hans liv, som det er muligt at genoptage?
- Hvordan kan I hjælpe Jan til at gennemføre de hverdagsaktiviteter, som han finder meningsfulde?
- Hvilke omgivelser (fysiske rammer, pårørende etc.) kan bedst understøtte Jan i at genskabe en positiv identitet?

Afhængig af omstændighederne

Hvordan den enkelte borger bliver påvirket af sin funktionsnedsættelse, kan afhænge af forskellige faktorer. Det kan fx afhænge af:

- Sker nedsættelsen af funktionsevne gradvist eller pludseligt?
- Er der risiko for, at funktionsevnenedsættelsen er varig, eller vil der være mulighed for at forbedre eller genvinde den nedsatte funktionsevne?
- Påvirker funktionsevnenedsættelsen muligheden for at gennemføre aktiviteter, som har særlig værdi for borgeren, fx at læse, lave håndarbejde, gå ture i naturen eller at deltage i sociale sammenhænge?
- Hvilke personlige livsbetingelser og ressourcer har borgeren? Fx kan omgivelser, personlighed, livsfase, livshistorie og troen på egne evner påvirke, hvilken betydning funktionsnedsættelsen får i borgerens liv.

Mestring af den ændrede livssituation

Ældre kan reagere meget forskelligt på de forandringer, som en nedsættelse i funktionsevnen fører med sig. Mestring handler om, hvordan borgeren håndterer forandringerne og tilpasser sig en ny livssituation. Begrebet dækker over de strategier og fremgangsmåder, som borgeren benytter i denne proces.

Typiske mestringsstrategier kan fx være:

- **Problemfokuserede.** Den ældre forsøger aktivt at handle på de problemer, der er forbundet med tab af funktionsevne, fx ved at søge information, gennemtænke løsningsmuligheder og opsøge fagpersonalet for at få hjælp til at løse problemet
- **Følelsesfokuserede.** Den ældre regulerer de svære følelser, der er forbundet med problemerne, fx ved at ændre, acceptere eller undgå følelserne.¹⁶

Den samme borger kan godt benytte flere mestringsstrategier, ligesom strategierne kan ændre sig over tid og fra situation til situation.¹⁷ Mestringen af den ændrede livssituation kan vare i en afgrænset periode eller resten af livet.

Bygger på erfaringer og værdier

Borgerens mestring kan være påvirket af både personlige og sociale faktorer.¹⁸ Mestringsevnen kan være præget af:

- **Tidligere livserfaringer.** Hvis borgeren fx tidligere har overkommet kriser, eller hvis borgeren ikke har været vant til at reflektere over sine egne følelser og reaktioner.
- **Normer, værdier og holdninger.** Hvis borgeren fx oplever det som skamfuldt at modtage hjælp fra andre eller har den opfattelse, at nedsat funktion er en nødvendig konsekvens af alderdom, og at rehabilitering derfor er nyttesløst.¹⁹

Understøt borgerens mestring

Fagpersonalet kan med fordel arbejde med at understøtte og udvikle borgerens mestring, fordi mestring har betydning for, hvordan borgeren begriber, håndterer og handler i forskellige situationer. Dermed kan mestringen få betydning for:

- Borgerens funktionsevne²⁰
- Resultatet af rehabiliteringsprocessen²¹
- Hvorvidt gevinsterne af rehabiliteringen bevares, efter at rehabiliteringsprocessen er afsluttet.²²

Hvad kan fagpersonalet gøre for at understøtte borgerens mestring?

- Støtte op om troen på muligheden for et meningsfuldt liv ved at hjælpe borgeren med at få øje på potentialer og ressourcer
- Tage udgangspunkt i, hvor borgeren er i sin mestringsproces. Det er en udviklingsproces, som kan ændre sig over tid
- Invitere til, at borgeren kan dele det, der er svært
- Arbejde med delmål, hvis det er svært for borgeren at overskue høje målsætninger og store fremskridt
- Dyrke håbet, selv når borgeren har svært ved at mestre situationen.

Fokus på hverdagen

Rehabilitering kan ikke adskilles fra hverdagslivet. Selvom man ofte taler om, at målet med rehabilitering er at "vende tilbage til" hverdagslivet, fortsætter hverdagslivet, mens borgeren er i rehabilitering. Det er vigtigt for fagpersonalet at huske på, at hverdagslivet ikke sættes på pause – heller ikke når de går ud ad døren – for borgeren er i det hele tiden.²³

Hverdagsliv er forskellige

Hverdagsliv er forskellige. De afspejler den, man er, og det liv, man har levet, og er præget af forskellige personlige præferencer, vaner og aktiviteter.²⁴ For fagpersonalet er det vigtigt at være opmærksomme på, at der kan være stor variation i, hvad forskellige ældre borgere forbinder med et godt hverdagsliv.

Besvær i dagligdagen

En funktionsnedsættelse gør ofte hverdagen besværlig. Pludselig kan der opstå udfordringer med alt fra at gå i bad, lave mad og købe ind til at dyrke en hobby eller mødes med venner. Nedsat funktionsevne kan medføre en oplevelse af ikke at kunne genkende sit hverdagsliv. Måske er det nødvendigt at lære at bevæge sig eller gøre ting på nye måder, men over tid kan der udvikles nye rutiner, som gør, at hverdagen bliver lige så forudsigelig som før.²⁵

Skab sammenhæng

Megen rehabilitering foregår i dag i borgerens eget hjem helt tæt på den ældres vanlige livsførelse. Det kan være en fordel, fordi rehabiliteringen dermed foregår i den dagligdag og i de konkrete omgivelser, hvor resultaterne af rehabiliteringen skal virke – også på længere sigt. Det kan styrke den vigtige sammenhæng mellem rehabiliteringsindsatserne og det liv, borgeren lever.²⁶ Et godt kendskab til borgerens hverdagsliv kan både gøre det nemmere for fagpersonalet at forstå de begrænsninger, borgeren oplever, og at udvikle og teste løsninger i samarbejde med borgeren.²⁷



Eksempler

Mangfoldige hverdagsliv

Johnny på 74 år er enlig og har aldrig været gift. Gennem mange år har han hver dag været gæst på den lokale bodega, som han kalder "Kontoret". Han nyder samværet med de andre besøgende, som han efterhånden har kendt i mange år, og han kan godt lide den uhøjtidelige jargon, de har imellem sig. Det betyder også noget for ham, at han ved, at de andre lægger mærke til det, hvis han ikke kommer en dag. Samværet med de andre på "Kontoret" motiverer ham til at komme ud ad døren hver dag.

Azra er 68 år og bor i en lejlighed med sin mand. For hende er en god hverdag at være omgivet af sine børn, svigerbørn og børnebørn. Hun kan godt lide at hygge om dem, der kommer på besøg, og tilbringer ofte mange timer i køkkenet med at tilberede mad og snacks. Hun taler hver dag i telefon med sine familiemedlemmer i Tyrkiet og følger med i deres hverdagsliv på trods af den store geografiske afstand.

Gerda på 90 år er enke og bor i et lille rækkehus. Hun har det meste af sit liv gået hjemme og passet hjem og børn. Da hun var yngre, tog hun også ud og arbejdede som kogekone til fester. Hun holder af at ordne sit hjem, og hun sætter en ære i selv at klare rengøring, madlavning og andre huslige pligter. Hver torsdag får hun besøg af sin besøgsven, og det glæder hun sig altid til. De drikker kaffe og får vendt verdenssituationen.

Hans på 85 år og Marie på 82 år har boet sammen på deres gård, siden de blev gift. Gården er Hans' fødehjem. Ægteparrets ene søn driver nu markerne og bor på en stor gård i nærheden. Hans har passet gården med dyr og marker hele sit liv og oplevet landbrugets udvikling. Nu slår han græs på den store græsslåmaskine, som han kan sidde på, og det nyder han. Marie har altid hjulpet til med arbejdet i markerne og arbejdet på en systue, når der var tid til det. Nu bruger Marie flere dage om ugen i det lokale seniorhus. Hun har altid kunnet lide at være sammen med andre mennesker.

Fagpersonalet kan i fællesskab drøfte:

- Hvad kendetegner et godt hverdagsliv for jer personligt?
- Har I mødt borgere, som havde en meget anderledes opfattelse af, hvad der var et godt hverdagsliv end jeres egen? Kom gerne med eksempler.
- Hvordan har I forholdt jer og handlet i de situationer, hvor borgerens idé om et godt hverdagsliv afveg meget fra jeres egen opfattelse af et godt hverdagsliv?
- Hvad kan I som fagpersonale gøre for at få et grundigt kendskab til, hvad den enkelte borger forbinder med et godt hverdagsliv?

5. Hvordan skaber I gode rehabiliteringsprocesser fra start til hverdagen efter?

Der findes ikke én opskrift på den eksemplariske rehabiliteringsproces, men helt generelt er den gode rehabiliteringsproces kendetegnet ved at være forståelig, meningsfuld og betydningsfuld for borgeren.²⁸

Det kendetegner den gode rehabiliteringsproces:

- Tager udgangspunkt i den enkelte borgers værdier, ønsker og håb
- Bygger på tværfagligt samarbejde, der skaber sammenhæng i rehabiliteringsprocessen – set med borgerens øjne
- Kræver koordinering og samarbejde mellem faggrupper og sektorer.

Model for rehabilitering på ældreområdet

En rehabiliteringsproces er sjældent lineær. Den kan bedst anskues som en cyklisk proces, som består af:

- En indledende fase
- En målrettet fase
- En evaluerende fase.

Faserne vil ofte være flydende og afhænger af den enkelte borger. Selvom processen kan beskrives som cyklisk, går den i praksis ofte frem og tilbage, fordi der under både målsætning og indsatser kan vise sig yderligere behov, som skal afdækkes, ligesom mål og delmål kan ændre sig undervejs. Især i længerevarende forløb kan rehabiliteringsprocessen også anskues som en spiral, hvor løbende opfølgninger fører til nye, tilpassede mål og indsatser.



Hverdagslivet

Indledende fase

Personen i rehabilitering

Evaluerende fase

Målrettet fase

Hverdagslivet

Hverdagslivet

Indledende fase

Formålet med den indledende fase er, at fagpersoner sammen med borgeren udreder borgerens behov og i tæt samarbejde med borgeren formulerer mål for rehabiliteringsprocessen:

- Udpeg en ansvarlig
- Foretag en tværfaglig udredning
- Samarbejd med borgeren om målsætning

Målrettet fase

Formålet med den målrettede fase er at iværksætte og afprøve indsatser, som skal muliggøre, at borgeren når sine mål, og at borgeren og fagpersoner sammen evaluerer og justerer indsatserne løbende:

- Iværksæt målrettede indsatser
- Evaluér og justér løbende

Evaluerende fase

Formålet med den evaluerende fase er, at fagpersoner sammen med borgeren foretager en vurdering af, om borgeren har opnået sine mål med rehabiliteringsprocessen:

- Foretag en evaluering af, i hvilken grad borgeren har opnået sine mål
- Vurdér om borgeren kan afslutte sin rehabiliteringsproces eller have gavn af en ny proces
- Hav fokus på den gode afslutning og hverdagslivet efter rehabiliteringen

Hverdagslivet



Husk

Det er vigtigt at være opmærksom på, at alle faser skal tilrettelægges efter den ældres hverdagsliv- og rutiner, som eksisterer uafhængigt af den faglige rehabiliteringsproces. Samtidig skal der også tages højde for de omgivelser, fx pårørende, som er en del af den ældres liv.

Vejen ind i rehabilitering

Der kan være flere veje ind i en rehabiliteringsproces. Som oftest vil det være pårørende eller den ældre borger selv, som henvender sig til kommunen med et ønske om hjælp i hverdagen.

Det kan også være en henvendelse fra:

- En medarbejder, som allerede har kontakt med den ældre via forebyggende indsatser, hjemmepleje, plejebolig eller sygepleje
- Hospitalet – i forbindelse med udskrivelse
- Praktiserende læge, som vurderer, at den ældre kan have et behov for rehabilitering.

Den indledende fase

Foretag en indledende helhedsvurdering

På baggrund af henvendelsen vurderer kommunen, om det er relevant at igangsætte en rehabiliteringsproces. Dette sker gennem en faglig helhedsvurdering, som afdækker, om borgeren kan have gavn af rehabilitering. Vurderingen skal afgøre, om en målrettet rehabiliteringsproces kan hjælpe borgeren til enten at bevare, genvinde eller udvikle sin samlede funktionsevne og dermed opnå et mere meningsfuldt liv med en højere livskvalitet.²⁹ Vurderingen foretages typisk i borgerens eget hjem, fordi det giver den bedste forståelse af borgerens samlede funktionsevne, ressourcer og hele livssituation. Hvilken fagperson, der foretager vurderingen, og hvor denne person organisatorisk er placeret, kan variere og afhænger af den lokale organisering, kompetencer og ressourcer.

I nogle tilfælde vil der være potentiale for, at borgeren, som resultat af rehabiliteringen, kan leve et mere selvstændigt liv med ingen eller mindre behov for hjælp i hverdagen. Mange ældre vil dog have gavn af rehabilitering – også selvom deres hjælpebehov ikke umiddelbart nedsættes, fordi indsatsen på længere sigt kan forebygge yderligere tab af funktionsevne og behov for yderligere hjælp.

Forebyg

Rehabilitering kan med fordel tilbydes med et forebyggende sigte hos borgere, der vurderes at:

- Være i risiko for et stærkt dalende funktionsniveau
- Ville kunne undgå yderligere tab af funktionsevne som resultat af rehabiliteringsprocessen.

Udpeg en ansvarlig

Når det vurderes, at borgeren kan have gavn af en rehabiliteringsproces, bliver der udpeget en fagperson, fx fysioterapeut, sygeplejerske, ergoterapeut eller social- og sundhedsassistent, som skal være ansvarlig for processen. Denne koordinerende funktion kaldes i nogle kommuner for forløbsansvarlig. Hvem der skal være den ansvarlige, besluttet på baggrund af helhedsvurderingen og jeres organisering. Det er vigtigt, at den fagperson, som foretager helhedsvurderingen, fra begyndelsen har fokus på at afdække den ældres motivation og ønsker og husker at kommunikere begge dele klart videre til den, der er udpeget som ansvarlig for rehabiliteringsprocessen.

Foretag en tværfaglig udredning

Den ansvarlige for rehabiliteringsprocessen står for at foretage en udredning af borgerens samlede hjælpe- og rehabiliteringsbehov i samarbejde med borgeren, pårørende og relevant fagpersonale.

Det er vigtigt, at den ansvarlige har et helhedsorienteret blik på borgerens livssituation i den indledende fase af rehabiliteringsprocessen. En henvendelse fra en borger om konkret hjælp i dagligdagen kan sagtens handle om helt andre problematikker, fx ensomhed, og det er vigtigt at få afdækket alle årsager og perspektiver i udredningen.

Eksempel

Tværfaglig udredning

En kvinde henvender sig angående sin moster, Kirsten på 79 år, som, hun mener, har behov for praktisk hjælp i hverdagen.

Den pårørende fortæller, at mosteren ikke længere kan varetage forskellige hverdagsaktiviteter. Hun har tilsyneladende svært ved at bevæge sig omkring i hjemmet, og niecen fortæller, hvordan hun for nylig besøgte mosteren og blev chokeret over at opleve, hvor beskidt der var i hjemmet.

Da fagpersonen, hun taler med, spørger mere ind til situationen, kommer det frem, at mosteren heller ikke spiser så meget, som hun plejer, og at hun desuden ikke deltager i sociale aktiviteter i samme grad som før. Hun har ikke tidligere haft behov for hjælp i hverdagen og har haft en velfungerende hverdag sammen med sin mand, som hun mistede for et halvt år siden.

I forbindelse med en indledende helhedsvurdering af Kirsten, konkluderes det, at Kirstens funktionsevne på kort tid er blevet væsentligt nedsat. Hun kan derfor have gavn af et rehabiliteringsforløb.

Der bliver tilknyttet en fysioterapeut som forløbsansvarlig, som sætter gang i en tværfaglig udredning af Kirstens samlede rehabiliterings- og hjælpebehov.

Fagpersonalet kan i fællesskab drøfte:

- Hvilke fagpersoner vurderer I vil være relevante at inddrage i den tværfaglige udredning – og hvorfor?
- Hvordan fremmer I, at udredningen tager højde for hele Kirstens livssituation?
- Hvad vil I gøre for at sikre, at udredningen tager udgangspunkt i Kirstens perspektiv?
- Hvordan kan fagpersonalet benytte den biopsykosociale model til at udrede Kirstens rehabiliterings- og hjælpebehov? Og hvad vurderer I, at personalet får øje på, når de anvender modellen i forbindelse med Kirstens udredning?
- Hvad tror I, at fokus kunne ende med at være i Kirstens rehabiliteringsproces?

I den tværfaglige udredning skal den ansvarlige for rehabiliteringsprocessen sørge for at:

- Undersøge og understøtte borgerens målsætninger for rehabilitering
- Foretage en helhedsorienteret udredning, som omfatter både fysiske, psykiske, kognitive og sociale aspekter
- Inddrage relevante faggrupper i udredningen
- Skabe et ligeværdigt og målrettet samarbejde mellem borger, pårørende og fagpersonalet.

Hvilke faggrupper kan være relevante at inddrage i udredningen?

Afhængigt af borgerens udfordringer kan følgende faggrupper inddrages:

- Social- og sundhedshjælper
- Social- og sundhedsassistent
- Sygeplejerske
- Ergoterapeut
- Fysioterapeut
- Praktiserende læge
- Ernæringskonsulent
- Aktivitetsmedarbejder
- Demenskonsulent.

Afdæk den ældres motivation, ønsker og håb

Den ansvarlige for rehabiliteringsprocessen skal allerede i den indledende fase afdække:

- Hvordan opfatter borgeren sin egen livssituation?
- Hvordan oplever borgeren selv behovet for rehabilitering?
- Hvilke håb og forventninger har borgeren til udbyttet af rehabiliteringsprocessen?
- Er det klart for borgeren, hvordan rehabiliteringen forløber, og hvad det indebærer?



Relevante redskaber

Der findes en række validerede redskaber og værktøjer til at afdække funktionsevneniveau og rehabiliteringsbehov. Flere af dem kan også anvendes til at monitorere og måle virkningen af rehabiliteringsindsatserne.

Blandt de standardiserede redskaber, som benyttes i kommunerne, er:

- ADL-taxonomi
- COPM
- Barthel
- Eq5d.³⁹

Hvis I bruger værktøjer, der er udviklet i egen organisation, er det vigtigt, at måleredskaberne har validitet (at I måler det, I reelt ønsker at måle og dermed får gyldige data) og reliabilitet (at redskabet giver de samme resultater, hver gang det bruges, og dermed giver pålidelige data).

Samarbejd om målsætning og planlægning

Det er centralt for rehabiliteringsprocessen at arbejde målrettet. Målsætningen for rehabiliteringsprocessen bør foregå i et samarbejde mellem borgeren og den forløbsansvarlige. Ofte vil det også give god mening at inddrage de pårørende.

Målene bør koncentrere sig om den hverdag, som borgeren ønsker. Derfor har den forløbsansvarlige en vigtig opgave i at afdække borgerens ønsker og værdier, så de kan danne grundlag for planlægningen af rehabiliteringsprocessen. Selvom fagpersonen besidder den faglige viden, er det vigtigt at huske, at borgeren er ekspert i eget liv. Det er altså borgerens mål, håb og ønsker, der er retningsgivende.

Hvorfor er det vigtigt at sætte mål i rehabilitering?

- Målene sikrer fælles retning for rehabiliteringsprocessen
- Målsætningen kan øge borgerens selvbestemmelse og ejerskab til processen
- Målene kan være med til at motivere borgeren og gøre rehabiliteringen meningsfuld for ham eller hende
- Målene gør det tydeligt, hvad sammenhængen er mellem dele af processen
- Målene gør det muligt at følge udvikling og evaluere rehabiliteringsprocessen

Støtte til mål og forventninger

Nogle borgere kan have svært ved at formulere mål, mens andre sagtens kan sætte ord på, hvad de ønsker at opnå. I den forbindelse er det vigtigt, at fagpersonen yder den nødvendige støtte til borgeren og er lydhør overfor alle mål – store som små. Det er fagpersonens ansvar at sørge for, at borgeren i videst muligt omfang deltager i målsætningen. Inden rehabiliteringsprocessen går i gang, skal borgeren og fagpersonalet desuden afstemme forventninger om rehabiliteringen. Fagpersonalet har en opgave i at sikre borgerens motivation og samtidig afstemme, hvad der vil kunne lade sig gøre inden for de givne ressource- og lovgivningsmæssige rammer og vilkår.

Husk



Et besøg i den ældres eget hjem kan give en god fornemmelse af borgerens livssituation og hverdag. I den indledende fase er det vigtigt at få et godt indblik i borgerens hverdagsliv af flere grunde: Dels er det i hverdagen, at begrænsningerne i funktionsevnen kommer til udtryk og mærkes af borgeren. Dels vil rehabiliteringen stille imod netop at (gen)skabe en meningsfuld hverdag for borgeren.

Eksempel

Målsætning

En ergoterapeut besøger for anden gang 69-årige Sven, der for nylig er kommet hjem efter en indlæggelse på sygehuset. Sven har været indlagt med en blodprop i hjernen. Da ergoterapeuten besøgte Sven første gang, gav han udtryk for, at han bare gerne ville tilbage til "normalen" så hurtigt som muligt, og Sven takkede ja til at deltage i en rehabiliteringsproces. Formålet med andet møde er, at ergoterapeuten i samarbejde med Sven skal aftale, hvilke mål han gerne vil støttes i at opnå.

Sven modtager hjælp til at tage sin medicin, tilberede sin mad og gøre rent i hjemmet, men ellers klarer han sig selv. Han bor alene og har ikke familie i nærheden. Før han blev syg, plejede han at besøge sin datter og sit barnebarn i den anden ende af landet tre-fire gange om året.

Over for ergoterapeuten giver Sven udtryk for, at han har det "fint", men han fortæller også, at han af og til føler sig svimmel, og ergoterapeuten observerer, at han leder efter ordene og nogle gange svarer på noget andet end det, hun har spurgt ham om.

I løbet af deres samtale fortæller Sven, at hans største ønske er at komme til at køre bil igen. Han bliver ved med at vende tilbage til ønsket om at køre bil. Ergoterapeuten vurderer ikke, at det er realistisk, at han kommer til at køre bil inden for nær fremtid, hvis overhovedet igen. Hun siger derfor til ham, at det ud fra en faglig vurdering ikke er et realistisk mål, og at de bliver nødt til at finde et andet mål, hvis rehabiliteringen skal lykkes.

Sven reagerer med vrede. Han siger, at hvis ikke han kan komme til at køre bil igen, er der ikke noget ved livet. Så hvis ikke ergoterapeuten kan hjælpe ham med det, ser han ingen grund til at indgå i et rehabiliteringsforløb.

Fagpersonalet kan i fællesskab drøfte:

- Hvad, tror I, der gik galt i ergoterapeutens samtale med Sven om rehabiliteringsmål?
- Hvordan tror I, at Sven oplever situationen?
- Hvad kunne ergoterapeuten have gjort anderledes i samtalen om mål, så hun i højere grad havde taget afsæt i Svens ønsker, håb og drømme?
- Hvordan kan ergoterapeuten handle i situationen, hvor Sven er blevet vred?
- Har I prøvet at stå i en lignende situation, og hvad gjorde I dengang?
- Hvilke kommunikative og relationelle metoder vil I anvende i samarbejde med Sven? Hvorfor?

Mål på kort og længere sigt

Når der skal sættes mål for rehabiliteringsprocessen, er det en god ide at skelne mellem langsigtede mål og kortsigtede delmål, der skal lede til, at det langsigtede mål kan opnås. Det langsigtede mål vil ofte være det, der er væsentligt for den ældre, og det som han eller hun er motiveret for at forfølge. Derfor kan det være en god ide at starte samtalen om målsætning med det. Når det langsigtede mål er sat, kan fagpersonen hjælpe med at bryde det ned i mindre, kortsigtede mål.

Mål kan have fokus på:

- **Udvikling.** Hvad vil du gerne opnå?
- **Aktiviteter.** Hvad vil du gerne kunne gøre igen?
- **Vedligeholdelse.** Hvad vil du gerne blive ved med at kunne gøre?

Fokusér på ønsker og håb

Nogle borgere kan have svært ved at sætte mål. Derfor kan målsætningsarbejdet med fordel fokusere på ønsker og håb. Derefter er det fagpersonens opgave at oversætte ønsker og håb til konkrete mål.

Mål for rehabilitering skal:

- Altid tage udgangspunkt i borgerens egne ønsker og håb
- Kunne formuleres i jeg-form
- Være dynamiske, dvs. at de kan justeres undervejs.



SMART mål

SMART-mål kan være et redskab til at opstille konkrete og tydelige mål i samarbejde med borgeren. Et SMART-mål er:

- **Specifikt:** Hvad er det helt konkret, der er målet?
- **Målbart:** Hvordan ved vi, at målet er nået?
- **Accepteret:** Er målet meningsfyldt for alle parter?
- **Realistisk:** Er det muligt at nå målet med den afsatte tid og ressourcer?
- **Tidsbestemt:** Hvornår skal målet være nået?

Kilde: Defactum: SMARTE mål. www.defactum.dk/om-DEFACTUM/kerneyieldelser/forbedringsarbejde/metodekatalog/planlagning-og-malstyring/smar-te-mal.

Eksempel

Meningsfulde aktiviteter

Jytte er 76 år og får i forbindelse med et styrt på sin cykel flere kompliserede brud på sin ene arm. Indtil da har hun klaret sig selv og haft en hverdag med megen fysisk og social aktivitet. Da hun bliver udskrevet fra sygehuset og kommer hjem i sin egen bolig, har hun brug for hjælp til bad, indkøb, tilberedning af mad og rengøring. Hun starter rehabilitering i den kommunale ældrepleje.

Det går godt, og hendes funktionsevne bliver dag for dag bedre. Efter noget tid siger Jytte hjælpen til bad, indkøb og madlavning fra.

Den forløbsansvarlige vurderer, at Jytte også snart kan varetage rengøringen igen, ligesom hun gjorde, inden hun kom til skade. Men Jytte er glad for at få hjælp til rengøringen. Hun oplever, at hun bliver hurtigere træt end tidligere, og at hun får smerter om aftenen, hvis hun bevæger sig meget i løbet af en dag. Hun er meget motiveret for at kunne passe sit frivillige arbejde i den lokale genbrugsbutik igen. Her har hun flere gode venner, og hun kan godt lide følelsen af at være noget for andre.

Fagpersonalet kan i fællesskab drøfte:

- Hvilke dilemmaer er der i dette eksempel?
- Hvilke overvejelser kan fagpersonalet gøre sig i forhold til dialog og forventningsafstemning?
- Hvordan kan fagpersonalet sammen med Jytte nå frem til, hvad målet for rehabiliteringen skal være?
- Hvordan kan fagpersonalet benytte den biopsykosociale model til at definere rehabiliteringsmål sammen med Jytte?

Læg en plan for rehabiliteringen

Det er vigtigt, at alle, der er involveret i rehabiliteringsprocessen, er enige om og kan tilgå de formulerede mål. Derfor kan målene med fordel samles i én fælles rehabiliterings- eller forløbsplan. På den måde kan alle faggrupper arbejde efter samme mål – uanset tidspunkt på døgnet. Fagpersonale vil typisk dokumentere rehabiliteringsplanen i deres omsorgssystem. Rehabiliteringsplanen er først og fremmest et samarbejdsredskab mellem borgeren og fagpersonalet, og planen bør genbesøges og justeres løbende efter behov.

Der findes skabeloner for rehabiliteringsplaner, hvor fagpersonalet bl.a. kan angive:

- Ansvarlig for forløbet
- Behovsvurdering
- Borgers ønsker og mål
- Plan for indsatser
- Opfølgning og evaluering.

Metode:

Den motiverende samtale

Den ældres motivation er afgørende for rehabiliteringsforløbet. I målsætningsarbejdet kan fagpersonalet med fordel gøre brug af Den motiverende samtale, der er en evidensbaseret samtaleteknik.

Målet med Den motiverende samtale er at styrke borgerens egen motivation til at foretage forandringer. Derfor er metoden god til at afdække og fastholde motivation i rehabiliteringsprocesser.

Gennem Den motiverende samtale er det bl.a. muligt at:

- Tage udgangspunkt i den enkeltes egne holdninger, overvejelser og præferencer
- Finde ressourcer til forandring hos den ældre selv
- Undgå konfrontation og modstand i samarbejdet om målsætning
- Vække tanker om, at forandring er mulig.

Kilde: Rosdahl, G.: "Den motiverende samtale i teori og praksis", 2013.

Den målrettede fase

Når den tværfaglige udredning er gennemført, begynder rehabiliteringsprocessens målrettede fase. I denne fase iværksættes de indsatser, som fagpersonalet vurderer, er relevante for at opnå borgerens mål. Eftersom rehabiliteringsindsatser tager udgangspunkt i den enkelte borgers behov, ressourcer og aftalte mål, vil de altid være individuelt tilrettelagte. De målrettede indsatser kan både handle om aktiviteter, som borgeren foretager sammen med fagpersonalet, og aktiviteter, som borgeren selv udfører imellem besøgene.

Indsatser i den målrettede fase kan fx bestå af:

- ADL-træning (træning i dagligdagens aktiviteter)
- Hjælpe midler og/eller tilpasning af omgivelser
- Indsatser mod ensomhed
- Indsatser, der fremmer deltagelse i det omgivende samfund
- Behandling af sygdom i samarbejde med den praktiserende læge
- Medicingennemgang
- Ernæringsindsats
- Fysisk træning, fx ved hjælp af en digital træningsteknologi
- Kontinenspleje
- Faldforebyggende indsatser
- Indsatser rettet mod kognitive funktionsnedsættelser som følge af demens
- Indsatser rettet mod skrøbelige/psykisk sårbare borgere.

Justér målene

Det er vigtigt, at arbejdet med de målrettede indsatser er dynamisk, og at der er en plan for, hvornår og hvordan de forskellige indsatser evalueres. Den viden, som opnås i løbet af rehabiliteringsprocessen, medtages i den løbende evaluering og bruges til at justere mål og plan undervejs. Evalueringen starter derfor allerede i den målrettede fase.

Indsatserne skal stemme overens med borgerens ønsker og behov, også selvom de ændrer sig undervejs. Derfor er det centralt, at der løbende er en dialog med den ældre omkring motivation, ønsker og behov, så personalet kan yde den rette hjælp og støtte



Husk

Det også er en succes, når det lykkes at opnå små mål undervejs i processen.



Gør indsatser synlige

Det er vigtigt, at mål og indsatser er synlige for både det involverede fagpersonale og for borgeren og de pårørende. Fx kan borgeren have en oversigt over mål og indsatser i hjemmet. Det kan være med til at styrke borgerens motivation og træning af hverdagsaktiviteter i de tidsrum, hvor der ikke er fagpersonale sammen med borgeren. Når mål og indsatser er synlige, bliver de også et mere oplagt samtaleemne for borger, fagpersonale og pårørende undervejs i processen.

Skab sammenhæng

Grundlaget for det tværfaglige arbejde med rehabilitering er, at borgeren oplever sammenhæng, mening og virkning i forhold til sit mål og den støtte, borgeren får. Tværfagligt samarbejde er en forudsætning for, at det kan lykkes, og her er særligt to ting vigtige:

- Det tværfaglige team koordinerer og deler viden om borgerens proces undervejs
- Alle involverede kender deres respektive rolle og ansvarsområde i rehabiliteringsindsatsen.

Funktioner, der kan styrke borgerens oplevelse af sammenhæng:

- Kontaktperson i hjemmepleje
- Ansvarlig for rehabiliteringsprocessen.

Eksempel

Når motivationen forsvinder

Lis er 82 år. Hun har KOL og diabetes og har igennem flere år modtaget hjælp til sin daglige insulinbehandling og til rengøring. Gennem de seneste måneder er hun blevet tiltagende svækket, og mange af hverdagens gøremål begynder at virke uoverskuelige for hende. Det er for eksempel en daglig kamp for hende at få købt ind og lavet mad. Hun er begyndt at bevæge sig så lidt som muligt for at "spare på kræfterne", og hun stopper med at gå til stolegymnastik på det lokale aktivitetscenter. Lis bliver derfor bevilget hjælp til indkøb og madlavning og starter samtidig op i rehabilitering.

I den indledende fase er den ansvarlige for rehabiliteringsprocessen og Lis i fællesskab blevet enige om, at målet for rehabiliteringen er, at hun skal kunne gå ned og handle igen. En af de målrettede indsatser i rehabiliteringen er, at Lis to gange om ugen sammen med en medarbejder fra hjemmeplejen træner ved hjælp af en træningsapp på en tablet. De aftaler også, at Lis mellem besøgene selv skal lave nogle træningsaktiviteter i hjemmet.

Otte uger inde i forløbet, er der stilstand, og det virker, som om Lis har mistet motivationen.

Lis' kontaktperson i hjemmeplejen fortæller til et tværfagligt rehabiliteringsmøde, at det er svært at motivere Lis til at træne, når de kommer på besøg. Lis siger ofte, at hun er for træt, eller at det er for koldt, og hun spørger hver dag, om ikke de kan vente med at træne til dagen efter. Kontaktpersonen har desuden på fornemmelsen, at Lis ikke får lavet de aftalte træningsaktiviteter mellem besøgene, og at hun i øvrigt bevæger sig meget lidt i løbet af dagen. Hun sidder altid i den samme lænestol, når medarbejderne fra hjemmeplejen kommer.

Den ansvarlige for rehabiliteringsprocessen og kontaktpersonen vælger at besøge Lis sammen. De spørger hende, hvordan det går med rehabiliteringsprocessen. Lis bliver ked af det og fortæller, at hun føler sig alene i hverdagen. Hun kan ikke se formålet med at kunne gå ned og handle selv, når hun alligevel skal lave mad og spise alene.

Fagpersonalet kan i fællesskab drøfte:

- Hvilke overvejelser kan den forløbsansvarlige og kontaktpersonen have i denne situation?
- Hvad kan næste skridt så være? Tag udgangspunkt i rehabiliteringsmodellen.
- Hvad kan den forløbsansvarlige og kontaktpersonen gøre for at finde frem til Lis' motivation, og hvilken betydning kan det have for målsætningen med rehabiliteringen?

Den evaluerende fase

Når den aftalte tidsramme for, hvornår rehabiliteringsindsatsen skal evalueres, er nået, skal der følges op på de mål, som borgeren og den forløbsansvarlige i fællesskab har sat for rehabiliteringen. Evalueringen kan føre til afslutning af rehabiliteringen, men i nogle tilfælde vil evalueringen vise, at der er behov for at justere eller aftale nye mål og indsatser.

Den ansvarlige for rehabiliteringsprocessen skal igen foretage en helhedsvurdering, svarende til vurderingen i den indledende fase. Fagpersonalet kan bruge de samme standardiserede måleredskaber som i den indledende fase. Det er dog vigtigt at huske på, at det er borgeren selv, der bedst kan vurdere betydningen og udbyttet af sin rehabiliteringsproces.

I mange tilfælde vil rehabiliteringen føre til, at borgeren får mindre behov for hjælp i hverdagen, men det er ikke altid tilfældet.



Husk

Før-undervejs-efter målinger kan være med til at styrke motivationen hos borgeren.

Hverdagen efter

Hvis evalueringen fører til en afslutning af rehabiliteringsforløbet, er det vigtigt, at der er fokus på borgerens hverdag efter afslutningen. Nogle borgere har opnået de mål, de havde sat sig, og kan vende tilbage til en hverdag, hvor de ikke skal bruge tid og energi på rehabiliteringen. Omvendt vil der være borgere, som oplever udfordringer, når de ikke længere får den samme støtte og vejledning som under rehabiliteringen. Det kan både gælde for borgere, der fra et fagligt perspektiv har haft et vellykket rehabiliteringsforløb, og for borgere, der har haft et mindre vellykket forløb. Nogle borgere kan opleve det som et tab af værdifuld social kontakt, at de ikke længere får regelmæssigt besøg af de fagpersoner, som de har opbygget en relation til.

Fokus på opfølgning

Trives borgeren ikke i sin hverdag efter rehabiliteringen, er der risiko for, at vedkommendes funktionsevne nedsættes igen. Skal gevinsterne af rehabiliteringen være ved, er det derfor en rigtig god idé at understøtte, at hverdagslivet efter forløbet fungerer bedst muligt og er meningsfuldt for borgeren.

Det kan man gøre på forskellige måder, fx gennem:

- **Brobygning til civilsamfund og andre parter:** Den forløbsansvarlige introducerer fx den ældre til tilbud fra kommunen eller civilsamfundet, der kan understøtte borgerens sociale og sundhedsmæssige trivsel. Hvis borgeren efter rehabiliteringen har behov for hjælp i hjemmet, kan den ansvarlige for rehabiliteringsprocessen sørge for at overlevere relevant viden om borgeren til hjemmeplejen.
- **Systematisk opfølgning efter en aftalt tidsperiode:** Nogle kommuner indgår en aftale med borgeren om et opfølgende besøg efter en bestemt periode, fx 12 uger. Opfølgning fremmer blandt andet, at de ældre, som oplever fald i funktionsevne efter endt forløb, får rettidig støtte. I nogle kommuner har man god erfaring med at gøre brug af en fast samtaleguide ved opfølgning, så man systematisk sikrer, at der bliver talt med borgeren om fysisk, social og mental trivsel.

Informér om mulig støtte

Nogle borgerne kan føle sig utrygge ved at skulle klare sig selv efter rehabiliteringsforløbet. Særligt hvis de ikke modtager anden hjælp eller støtte fra kommunen. Derfor kan fagpersonalet med fordel have en løbende dialog om afslutning og opfølgning, hvor de informerer om muligheden for at få støtte senere, hvis behovet skulle opstå.³¹ Det er vigtigt at inddrage eventuelle pårørende i denne dialog.

Eksempel

Hverdagen efter rehabiliteringsforløbet

En 85-årig kvinde, som hidtil har klaret sig selv i eget hjem, falder i badet og får en hoftenær fraktur. Efter hun er udskrevet fra sygehuset, bliver hun bevilget hjælp til bad og måltider og hjælp til at komme ind og ud af sengen.

Gennem rehabiliteringsprocessen vender hun hen over de næste måneder lige så stille tilbage til det funktionsniveau, hun havde, før hun faldt. Den ansvarlige for forløbet, en ergoterapeut, tager en snak med hende om at afslutte forløbet. Kvinden siger, at hun godt mener, hun kan klare sig selv. Ergoterapeuten fornemmer dog en vis utryghed hos kvinden og drøfter derfor planen med kvindens kontaktperson i hjemmeplejen. Kontaktpersonen deler ergoterapeutens tvivl, men fortæller, at kvinden rent fysisk godt kan klare at tage bad selvstændigt. De ender derfor med at aftale med kvinden, at de afslutter forløbet.

Halvanden måned efter afslutningen bliver ergoterapeuten ringet op af kvindens datter. Datteren fortæller, at hendes mor ikke trives i sin hverdag. Hun er meget trist og ked af det, og hun får ikke taget bad. Datteren giver udtryk for familiens bekymring for moderens trivsel.

Da ergoterapeuten derefter tager ud til kvinden og taler med hende, viser det sig, at kvinden efter afslutningen af forløbet har manglet den tryghed, der var forbundet med, at medarbejderne kom regelmæssigt i hendes hjem. Hun er bange for at falde, når hun går i bad, og undgår det derfor. I sin faglige refleksion vurderer ergoterapeuten, at kvinden måske har overvurderet sin egen mestring, og at hun – da de havde snakken om at afslutte forløbet – har svaret det, hun troede, ergoterapeuten gerne ville høre.

Fagpersonalet kan i fællesskab drøfte:

- Hvad tænker I om afslutningen på kvindens rehabiliteringsproces?
- Hvad kan fagpersonalet gøre nu for at hjælpe kvinden til at trives bedre i sin hverdag?
- Har I prøvet at stå i en lignende situation, og hvordan handlede I der?
- Hvad tænker I, er særlig vigtigt at være opmærksom på, når rehabiliteringsprocesser bliver afsluttet?



6. Hvordan kan I lede og organisere rehabiliteringsindsatser på ældreområdet?

Rehabilitering kræver en høj grad af tværfagligt samarbejde. Det stiller særlige krav til lederen, som skal understøtte samarbejdet på tværs af faggrupper, funktioner og sektorer. Også når det gælder organisering, er det tværfaglige samspil et omdrejningspunkt.

Ledelsen har ansvaret for, at alle arbejder ud fra samme forståelse af rehabiliteringsbegrebet og forstår nødvendigheden af at arbejde ud fra en rehabiliterende tilgang.

Ledelsen skal:

- Sætte faglig retning for det rehabiliterende arbejde
- Skabe de nødvendige rammer for, at medarbejderne kan lykkes med at gennemføre en tværfaglig og personcentreret indsats.

Husk faglig ledelse

En høj grad af faglig ledelse er særligt vigtig, når flere forskellige fagligheder skal arbejde sammen.³² Faglig ledelse handler om den måde, I arbejder på, og hvordan I fremmer den høje faglighed i dagligdagen, fx gennem fokus på kerneopgaven og opgavenær, faglig dialog. Faglig ledelse handler om at udvikle og aktivere medarbejdernes faglighed.³³

God faglig ledelse af rehabiliteringsprocesser kan:

- Sikre en fælles forståelse for arbejdet med rehabilitering
- Understøtte det tværfaglige samarbejde og aktivere de forskellige fagligheder i et fælles hele
- Være nærværende og tæt på løsningen af de daglige, målrettede indsatser
- Understøtte, at medarbejderne har de rette kompetencer, bl.a. ved at skabe rum for systematisk refleksion over praksis.

Sæt faglig retning

Det er ledelsens opgave at sikre, at det fælles formål – kerneopgaven – er tydeligt for alle, uanset faggruppe. De forskellige fagligheder, der er involveret i rehabiliteringsprocessen, kan have forskellige grader af kendskab til rehabilitering og formålet med at arbejde rehabiliterende. Det kræver desuden, at fagpersonalet har et fælles, fagligt sprog til at tale om rehabilitering, og det er lederens ansvar at fremme dette fælles sprog.



Husk

Afklar og tydeliggør et fælles formål, som fagpersonalet kender, forstår og har ejerskab til. Det fælles formål kan inspirere, motivere og guide den daglige praksis på tværs af fagligheder.

Understøt samarbejde på tværs af fagligheder

Når der arbejdes med personcentreret rehabilitering, er det helt centralt, at opgaverne tilrettelægges og bemandes ud fra den enkelte borgers livssituation og behov. Det stiller store krav til, at medarbejderne, som bidrager til rehabiliteringsprocessen, arbejder tværfagligt. Når medarbejdere formår at samarbejde tværfagligt i rehabilitering, foregår der en samtænkning af fagene, så gruppen samlet set bedst muligt kan tilgodese borgerens komplekse behov og ønsker i rehabiliteringsprocessen.

Krav til lederen

Den faglige leder fungerer som facilitator og mægler i det tværfaglige samarbejde. Alle har behov for at vide, hvilken forskel de i samarbejde med andre kan gøre for borgeren i rehabilitering, og hvorfor netop deres rolle og faglighed er vigtig. At lede det rehabiliterende arbejde, kræver fokus på roller og relationer blandt medarbejderne.

Alle fagligheder på banen

Som leder er det også vigtigt at være opmærksom på, at der naturligt kan opstå konflikter mellem interesser eller faglige perspektiver, også selvom man er enig om det overordnede formål. Når flere parter skal samarbejde om en fælles løsning, er det ikke ualmindeligt, at nogle fagligheder vil være mere dominerende end andre. Det er vigtigt, at alle medarbejdere oplever, at samarbejdet foregår på rimelige og saglige præmisser, som ikke favoriserer særlige faggrupper, og det er lederens opgave at sikre, at alle faglige perspektiver bliver tilgodeset i rehabiliteringsprocessen. Afhængigt af organisering og geografiske afstande kan nogle specialiserede og fåtallige faggrupper have sværere ved at være fysisk tilstede fx i forbindelse med de tværfaglige møder i lokale enheder, men her kan virtuelle møder være med til at sikre, at relevante fagligheder kommer på banen.

Faglig ledelse af tværfagligt arbejde

Som faglig leder kan du bl.a. styrke det tværfaglige samarbejde ved at skabe en kultur, hvor I:

- Er åbne og nysgerrige på hinandens fagligheder
- Giver plads til at lære af hinanden
- Har tillid til hinanden
- Giver tid til at samarbejdet kan udfolde sig
- Skaber rum og tid til refleksion og sparring.

Husk fagligheden

Selvom det personale, der indgår i rehabiliteringsprocessen, først og fremmest skal arbejde på tværs af faggrupper, er det vigtigt, at lederen også er opmærksom på at sikre, at de hver især får monofaglig sparring, så deres faglighed styrkes og udvikles. Det kan fx ske på fastlagte møder med fagfæller fra andre teams eller distrikter. Det vigtige er, at det monofaglige fællesskab ikke lukker sig om sig selv eller definerer sig i modsætning til andre faggrupper.³⁴ For at modvirke dette er det vigtigt, at lederen vedvarende italesætter, tydeliggør og anerkender, at løsningen af kerneopgaven afhænger af alle faglighedens bidrag.

Relationel koordinering

Relationel koordinering er en teori, som har vundet indpas i mange danske kommuner og regioner. Med relationel koordinering menes den måde, hvorpå gensidigt afhængige funktioner kommunikerer og samarbejder for at kunne løse en bestemt opgave sammen. Det kræver både gode relationer mellem medarbejderne, der skal arbejde efter et fælles mål, fælles viden og gensidig respekt og samtidig en indbyrdes kommunikation, der er hyppig, rettidig, præcis og har fokus på kerneopgaven.

Kilde: Væksthus for ledelse: "Relationel koordinering – ledelse af et effektivt samarbejde", 2016.



Aktiv lytning

Et godt samarbejde mellem fagligheder kræver, at fagpersonalet trænes i at lytte aktivt og nysgerrigt til hinanden. Der kan nemlig være mange forskellige forståelser på spil, når forskellige fagligheder arbejder sammen.

For at fremme forståelsen på tværs af fagligheder skal fagpersonalet trænes i at:

- Give sig god tid og tillade pauser
- Være mere optaget af, hvad den anden siger – end hvad man selv skal svare
- Anspore den anden til at fortsætte, hvis vedkommende går i stå
- Lytte særligt efter de ord og vendinger, der bliver brugt meget, og bruge den andens egne ord og måder at sige tingene på i løbet af samtalen
- Stille uddybende spørgsmål som: "Kan du fortælle lidt mere om det?" eller "Det lyder spændende, kan du sige lidt mere?"

Find et konkret redskab til at fremme aktiv lytning ved at søge på "At strække sine ører" på www.sst.dk/vaerdighed



Skab stabilitet med lejrin

Når du arbejder stabilt med lejrin kan du skabe afslapning og komfort og dermed søvnkvalitet, trykkløstning, elgrænsning og ro. Du kan også understøtte borgerens respiration og sikre et godt fysisk



FERIEPLANER AFTEEN

PROCEDEUR OG INFO AFTEEN

kontinenspleje
brugervejledning

Sæt de forskellige fagligheder i spil

Forskellige fagligheder lægger mærke til forskellige ting i mødet med borgeren. Derfor skal lederen invitere til, at alle deler deres viden, på fx teammøder, og give alle en oplevelse af, at deres bidrag er værdifuldt. Det er samtidigt vigtigt, at lederen er opmærksom på, at nogle medarbejdere ikke er klar over, at de har værdifuld viden om den ældre, som kun de kender til, fordi de fx møder borgeren hver dag.

Lederen kan få alle fagligheder på banen ved at:

- Gøre brug af stærk mødeledelse
- Være inkluderende og anerkendende i sin kommunikation
- Skabe et trygt rum, hvor det er i orden at være usikker
- Kommunikere, at alle er sammen om et fælles formål – nemlig at borgere-ns rehabiliteringsproces bliver så vellykket som muligt
- Facilitere et fælles fagligt sprog, fx ved at anvende de samme begreber, redskaber og metoder.

Den gode mødeleder

På tværfaglige møder er det bl.a. mødelederens opgave, at:

- Gøre formål, spilleregler og roller tydelige
- Styre tiden
- Skabe fremdrift
- Sikre, at dialogen holder fokus
- Være anerkendende i sin kommunikation
- Inddrage alle deltagere – også dem, der eventuelt deltager virtuelt
- Stille åbne spørgsmål
- Afbryde venligt, men bestemt, når der er behov
- Hjælpe meget talende deltagere til at nå frem til deres pointer hurtigt
- Afslutte og opsummere, så det er klart, hvilke handlinger der skal iværksættes.

Kilde: Fremfærd Ældre: "Det Tværfaglige Rehabiliteringsmøde – en model, der virker!", 2018.

Eksempel

Det tværfaglige samarbejde

En leder af et hjemmeplejedistrikt oplever, at det tværfaglige samarbejde om rehabilitering ikke rigtigt fungerer. I forbindelse med de tværfaglige rehabiliteringsmøder er der ofte en lidt dårlig stemning. Særligt er der ofte uenigheder mellem en bestemt terapeut og en bestemt sygeplejerske, og deres diskussioner fylder meget på møderne. De er begge meget engagerede, fagligt dygtige og gode til at formulere sig.

På dagens tværfaglige møde er terapeuten og sygeplejersken uenige om en kompleks borgersag. Borgeren, Keld, har diabetes, taber sig, får ikke taget sin medicin, og sygeplejersken har observeret, at han ikke har fået et bad længe. Keld har desuden nedsat fysisk funktionsevne. Deres diskussion handler ikke så meget om, hvorvidt rehabilitering er relevant for Keld, men mere om prioriteringen af indsatserne. De er enige om, at det vil være for meget for Keld, hvis han på samme tid skal starte op i et behandlingsforløb, modtage genoptræning og indgå i en rehabiliteringsproces. Sygeplejersken mener – ud fra hendes faglighed – at det er behandlingen, der skal prioriteres, før en evt. rehabilitering kan komme på tale, hvorimod terapeuten argumenterer for, at rehabiliteringen ikke skal vente eller nedprioriteres.

På mødet deltager også den social- og sundhedshjælper, som er Kelds faste kontaktperson i hjemmeplejen. Hendes rolle på mødet er at dele den viden, hun har fra hverdagsobservationer hos Keld. Men til mødet er hun tilbageholdende med at byde ind med sin viden, og når hun bliver spurgt direkte, svarer hun kortfattet. Lederen ved fra andre sammenhænge, at social- og sundhedshjælperen er rigtig god til at observere og analysere, hvordan det går hos borgerne, og det ærgrer hende, at hun ikke kommer mere på banen.

Fagpersonalet kan i fællesskab drøfte:

- Hvad handler spændingerne i det tværfaglige samarbejde om i dette eksempel?
- Hvorfor tror I, at social- og sundhedshjælperen ikke kommer mere på banen og deler ud af sin viden om Keld?
- Hvad kan medarbejderne gøre for at skabe et bedre tværfagligt samarbejde?
- Hvad kan lederen gøre for at fremme det tværfaglige samarbejde i teamet?
- Hvordan drøfter I de tværfaglige rehabiliteringsindsatser i praksis? Hvad virker godt?
- Hvilke forslag har I til at forbedre den tværfaglige praksis på jeres arbejdsplads?

Skab struktur

Styrk det tværfaglige samarbejde med en god struktur. Det kan fx være i form af:

- Tydelige beskrivelser af roller og arbejdsgange
- Faste tværfaglige møder om borgernes rehabiliteringsprocesser og mål.

Hold fokus

Det kan være en god ide at drøfte det tværfaglige samarbejde ud fra en konkret borger og mål. Det øger fokus på kerneopgaven, hvilket fremmer den faglige argumentation frem for personlige holdninger, der ikke er fagligt begrundede.



Metode:

Det tværfaglige rehabiliteringsmøde

Det tværfaglige rehabiliteringsmøde er en velafprøvet metode til at sikre struktur, sammenhæng og kvalitet i det tværfaglige samarbejde omkring rehabiliteringsprocessen. På det tværfaglige rehabiliteringsmøde samles de forskellige fagpersoner, som er involveret i rehabiliteringsprocessen, for at drøfte borgerforløb i fællesskab. Mødet varer typisk én time, og formålet er at koordinere de faglige indsatser i forhold til borgerens mål, så fagpersonalet opnår en mere helhedsorienteret indsats.

Det tværfaglige rehabiliteringsmøde kan:

- Sikre systematik og styrke kvaliteten i jeres rehabiliteringsindsats
- Strukturere det tværfaglige samarbejde omkring borgerforløb
- Koordinere de faglige indsatser i et borgerforløb
- Få mest muligt ud af de forskellige faglige perspektiver og synergien imellem dem
- Fastholde fokus på borgerens mål undervejs i et forløb
- Skabe et sammenhængende forløb for borgeren.

Flere fordele

Systematisk brug af det tværfaglige rehabiliteringsmøde har flere gevinster for rehabiliteringsindsatsen, fx:

- Skabe rammer for fælles faglig brainstorm, koordinering og problemløsning
- Styrke de faglige og personlige relationer mellem de fagprofessionelle
- Understøtte et fælles sprog for rehabilitering
- Fremme ejerskab for opgaven og opgaveløsningen på tværs af de involverede fagligheder
- Styrke den gensidige faglige respekt.

Forskellige former

Nogle holder korte og hyppige møder, fx daglige tværfaglige triageringsmøder, mens det for andre giver bedre mening med længere møder lidt mindre ofte. Overvej, hvilken mødeform der giver bedst mening i den enkelte situation. Det vigtigste er, at mødeformen er systematisk, så det er muligt at følge udviklingen i hver enkelt borgers rehabiliteringsproces.

Kilder: Fremfærd Ældre: "Det tværfaglige rehabiliteringsmøde – en model, der virker!", 2018, og Sundhedsstyrelsen: "Status på rehabiliteringsforløb efter § 83 a. Resultater fra en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse", 2022.

TIP:

I nogle kommuner har man gode erfaringer med at afholde de tværfaglige rehabiliteringsmøder helt eller delvist virtuelt. I en travl hverdag kan det gøre det nemmere at mødes – også på tværs af geografiske afstande.

Nærværende ledelse

Det er vigtigt, at den faglige leder er til stede i hverdagen og tæt på det daglige arbejde med rehabilitering. På den måde kan lederen holde sig orienteret om den faglige kvalitet og bidrage med feedback, sparring og vejledning. Det kan fx være, hvis en medarbejder oplever et udfordrende samarbejde med en kollega eller pårørende.

Tæt på hverdagen

Lederen skal ikke have svar på alle udfordringer, men være tæt nok på praksis til at kunne stille de rigtige spørgsmål, så personalet gennem fælles faglig refleksion kan nå frem til årsager og løsninger. Ved at være tæt på praksis, fx ved at deltage i relevante møder, har lederen mulighed for at sætte fokus på det personcentrerede arbejde med rehabilitering i forhold til konkrete situationer og dilemmaer fra fagpersonalets hverdag.



Sådan fremmer I den faglige sparring

En god samtalepartner i en faglig diskussion veksler ofte mellem rollen som hhv. ekspert og katalysator ved både at give svar og spørge, men balancen kan være svær. Rådgivningsmodellen hjælper ledere og fagprofessionelle til at fremme den faglige sparring.

Find modellen ved at søge på "rådgivningsmodellen" på www.sst.dk/vaerdighed

Understøt medarbejdernes kompetencer

At arbejde med rehabilitering kræver forskellige typer af kompetencer:

- Monofaglige kompetencer
- Tværfaglige kompetencer
- Relations- og kommunikationskompetencer.

En rehabiliteringsproces kræver, at fagpersonalet kontinuerligt vurderer, hvad behovet er nu, og hvilke fremtidige behov der eventuelt kan opstå: Er den rigtige faglighed til stede, eller er der behov for andre fagligheder? For at kunne lave denne vurdering er det afgørende, at fagpersonalet, udover at have indgående kendskab til deres egen faglighed, også har den nødvendige viden om andre faggruppers muligheder og kompetencer og formår at gøre brug af den viden.

Skab rum for hverdagens læring

Læring sker ikke kun på kurser og uddannelse. Den skabes i høj grad også i hverdagens praksis. Den faglige leder kan understøtte, at medarbejderne udvikler både deres mono- og tværfaglige kompetencer gennem det løbende tværfaglige samarbejde på faste møder med systematisk refleksion over praksis, hvor medarbejderen får indsigt i, hvordan egen og andres fagligheder kan indgå i konkrete borgerforløb. Derfor kan det tværfaglige rehabiliteringsmøde fx ses som en central del af kompetenceudviklingen.

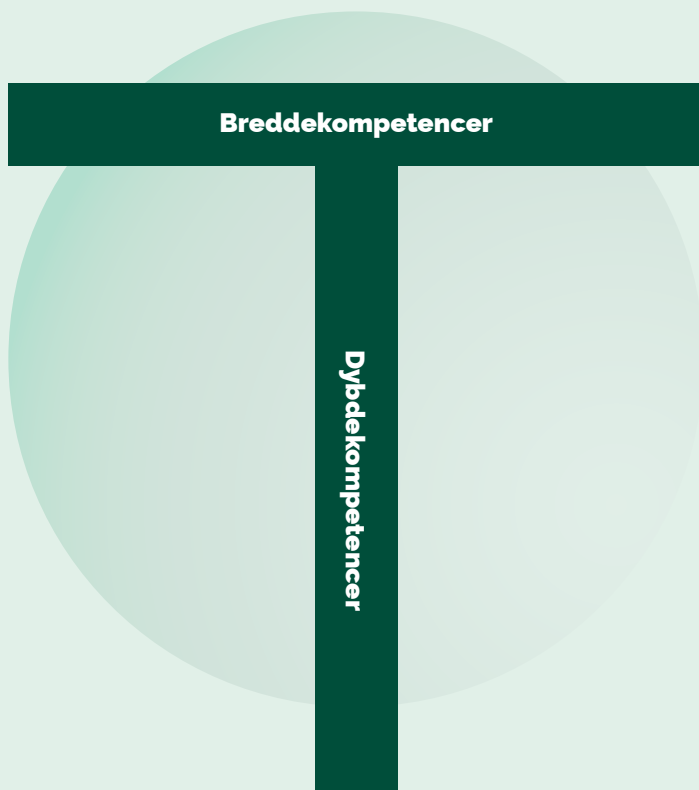
Skab gode betingelser for systematisk læring i praksis:

- På møder, fx det tværfaglige rehabiliteringsmøde
- I refleksionsfora, fx netværk eller erfagrunder
- Gennem sidemandsoplæring, fx ved at kollegaer inden for eller på tværs af fagligheder tager sammen på borgerbesøg.



Specialist og generalist

Samspillet mellem de monofaglige, professionsrettede kompetencer og de tværprofessionelle kompetencer kan beskrives som T-kompetencer. T-kompetencer betyder, at hver enkelt fagperson har specialistkompetencer inden for eget kerneområde (dybdekompetencer) og samtidig har tværgående generalistkompetencer på de andres områder (breddekompetencer). Overordnet foregår medarbejdernes daglige arbejde med rehabilitering i et gensidigt afhængigt samspil mellem de to typer af kompetencer.



Eksempel

T-kompetencer i praksis

John er 66 år og i gang med en rehabiliteringsproces, hvor han arbejder henimod selv at kunne gå på toilettet. Ergoterapeuten Ali er ansvarlig for hans rehabiliteringsproces. En af de målrettede indsatser i rehabiliteringen er, at hjemmeplejen skal støtte John i at gå fra stuen ud til toilettet og at sætte sig og rejse sig fra toilettet med støtte fra en rollator.

Hanne er social- og sundhedsassistent og Johns kontaktperson i hjemmeplejen. Hun oplever, at John er meget motiveret for selv at kunne gå på toilettet. Hen over sommeren bemærker hun dog, at der ikke rigtig sker nogen fremgang. John bliver mere og mere usikker på benene, og en dag er han lige ved at falde, da de er på vej ud på toilettet. Hun og John plejer altid at have en hyggelig snak, når hun er der, men John virker oftere diffus og svarer ikke altid, når hun taler til ham. Hanne har orienteret om Johns tilstand ved et tværfagligt rehabiliteringsmøde. På mødet deltager også ergoterapeuten Ali og sygeplejersken Lone. Efter mødet drøfter Hanne, Ali og Lone Johns trivsel og døgnrytme samt mulige årsager til Johns tilbagegang. De bliver opmærksomme på, at John oftere og oftere ikke skal på toilettet, når Hanne kommer, og væskeskemaerne indikerer, at John ikke får drukket nok i løbet af dagen. De taler med John om at huske at drikke, og gør det lettere for ham ved at sætte en kande på bordet. De aftaler også, at John hver dag får et skærmbesøg fra hjemmeplejen via sin tablet, så han bliver mindet om at drikke. I takt med at John indtager mere væske, bliver han mindre svimmel.

Fagpersonalet kan i fællesskab drøfte:

- Hvornår bruger ergoterapeuten sine professionsrettede kompetencer, og hvornår bruger han sine tværprofessionelle kompetencer?
- Hvornår bruger social- og sundhedsassistenten sine professionsrettede kompetencer, og hvornår bruger hun sine tværprofessionelle kompetencer?
- Hvilke T-kompetencer benytter I hos jer? Tag gerne et eksempel fra praksis og drøft, hvordan I anvender jeres T-kompetencer.
- Hvad gør I allerede for at styrke fagpersonalets T-kompetencer hos jer – og kan I gøre endnu mere?



Husk

Relations- og kommunikationskompetencer er en forudsætning for at lykkes i arbejdet med rehabilitering. Det relationelle arbejde er en faglighed i sig selv, som kan læres, trænes og styrkes.

Det skal medarbejderen kunne

Fagpersonale, der arbejder med rehabilitering, skal:

- Lytte til borgerens perspektiver, ønsker og bekymringer
- Guide og støtte, når borgeren er sårbar
- Informere, så borgeren forstår budskabet
- Reflektere sammen med borgeren
- Støtte borgeren i at forstå forskellige problemstillinger, muligheder, alternativer og eventuelle løsninger
- Være helhedsorienteret i sin tilgang, så borgerens livssituation, forudsætninger, netværk, tidligere erfaringer og ressourcer ses sammen med de udfordringer, som borgeren oplever som følge af funktionsnedsættelsen
- Tilrettelægge forløbet, så borgerens egne erfaringer inddrages
- Samarbejde med pårørende.

Skab tryghed

Medarbejdere på ældreområdet møder borgere og pårørende i meget sårbare situationer, og de kan ikke undgå at komme i situationer, hvor de skal håndtere kriser, eksistentielle spørgsmål og sorg.³⁵ Derfor er det vigtigt, at den faglige leder går forrest med henblik på at fremme en kultur båret af en stærk psykologisk tryghed. Der skal være plads til spørgsmål, tvivl og faglige refleksioner på fx møder. Når fagpersonalet i fællesskab reflekterer over det relationelle arbejde, kan de bruge hinanden aktivt til at løse problemer.

Forskellige organiseringer

På tværs af kommuner og private leverandører findes der flere forskellige former for organisering inden for rehabilitering på ældreområdet, og erfaringerne er, at der er styrker og svagheder ved alle organiseringsformer.

Spørgeskemaundersøgelse fra 2022: Sådan organiserer kommunerne deres rehabiliteringsindsats

Kommunerne afgør selv, hvordan de vælger at organisere deres rehabiliteringsindsats. Undersøgelser viser, at der er stor variation i, hvordan hver enkelt kommune organiserer sig. En spørgeskemaundersøgelse til kommunerne fra 2022 giver et billede af de mest udbredte organisationsformer:

Eksempler på organiseringsformer, hvor koordinering og udførelse af § 83 a-forløb er samlet:

- Dedikeret rehabiliteringsteam
- Hjemmepleje med ekstra ressourcer
- Træningsenhed.

Eksempler på organisationsformer, hvor koordinering og udførelse af § 83 a-forløb er adskilt:

- Koordinering i visitationen og udførelse i hjemmeplejen
- Koordinering i visitationen og udførelse i dedikeret rehabiliteringsteam.

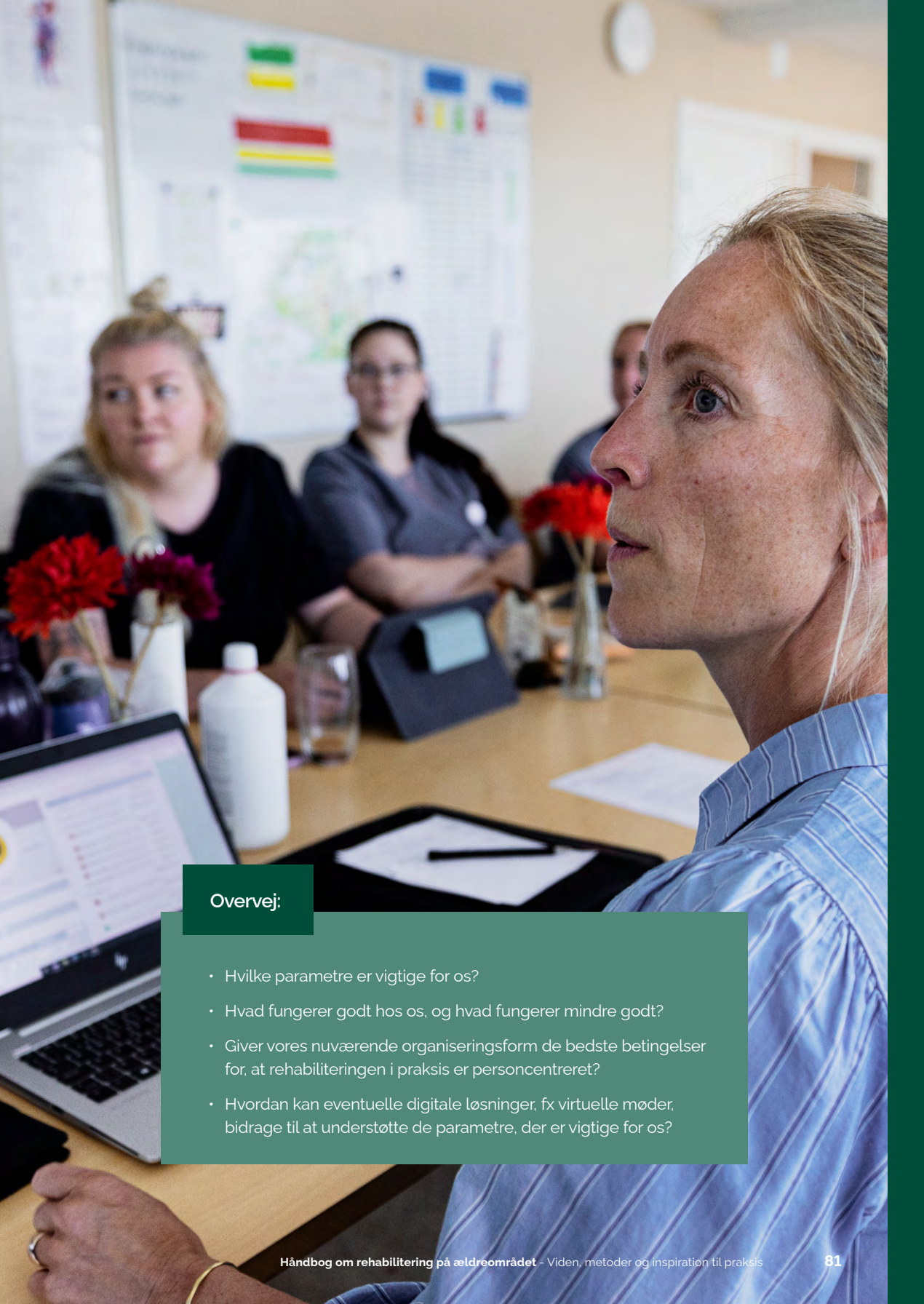
Blandt de adspurgte kommuner svarer 82 procent, at en privat leverandør kan varetage dele af rehabiliteringsforløbet, mens 6 procent angiver, at en privat leverandør kan varetage hele rehabiliteringsforløbet.

Kilde: Sundhedsstyrelsen: "Status på rehabiliteringsforløb efter paragraf 83 a", 2022.

Organisering af rehabilitering i praksis

De forskellige organiseringsformer kan bl.a. sammenlignes ud fra følgende parametre:

- **Sammenhæng i rehabiliteringsindsatser på borgerniveau:** Hvilke betingelser skaber organiseringen for, at borgerne oplever sammenhæng i deres forløb – det kan fx være ift.:
 - medarbejderkontinuitet
 - at alle involverede fagpersoner arbejder mod de samme mål gennem de samme tiltag
 - at indsatsen kobles til aktiviteter i borgernes hverdag.
- **Inddragelse af borgere og pårørende:** Hvilke betingelser skaber organiseringen for, at borgere og pårørende oplever at blive inddraget som ligeværdige samarbejdspartnere undervejs i rehabiliteringsprocessen?
- **Dialog mellem de medarbejdere, der koordinerer, og de medarbejdere, der udfører rehabiliteringen:** Hvilke betingelser skaber organiseringen for dialogen mellem den koordinerende (fx visitator) og den udførende funktion (fx medarbejdere i hjemmeplejen eller rehabiliteringsteam), hvis disse er organisatorisk adskilt?
- **Det tværfaglige samarbejde:** Hvilke betingelser skaber organiseringen for det tværfaglige samarbejde? Det kan fx være mellem terapeuter, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter og -hjælpere.
- **Monofaglig sparring:** Hvilke betingelser skaber organiseringen for den monofaglige sparring? Større fysiske afstande kan fx have en betydning for den løbende og ad hoc faglige sparring.
- **Faglig ledelse:** Hvilke betingelser skaber organiseringen for den faglige ledelse? Større fysiske afstande mellem den faglige leder og dennes medarbejdere kan have en betydning for lederens mulighed for at være nærværende og tæt på den daglige praksis.



Overvej:

- Hvilke parametre er vigtige for os?
- Hvad fungerer godt hos os, og hvad fungerer mindre godt?
- Giver vores nuværende organiseringsform de bedste betingelser for, at rehabiliteringen i praksis er personcentreret?
- Hvordan kan eventuelle digitale løsninger, fx virtuelle møder, bidrage til at understøtte de parametre, der er vigtige for os?

7. Hvordan kan I udvikle og styrke jeres rehabiliteringsindsatser?

Et kontinuerligt arbejde med at monitorere og udvikle kvaliteten af rehabiliteringen er med til at sikre, at indsatserne gavner borgeren bedst muligt. Systematisk kvalitetsarbejde kan skabe relevant og anvendelig viden, der kan omsættes i praksis, og som bidrager til at gøre rehabiliteringen vidensbaseret.³⁶

Overordnet er der tre trin i alt kvalitetsarbejde:

1. At opstille mål for, hvad man ønsker at opnå
2. At iværksætte tiltag for at opnå forbedringen
3. At vurdere graden af målopfyldelse – dvs. hvorvidt man har nået de mål, man har opstillet.

Inden for rehabilitering er det derfor både relevant at arbejde med kvalitet på individniveau og på indsatsniveau. Det betyder, at man kan opstille mål for såvel den individuelle rehabiliteringsproces og for den samlede rehabiliteringsindsats i en enhed, et distrikt, hos en privat leverandør eller i en kommune.

Kvalitetsarbejde på flere niveauer

Kvalitet på ældreområdet kan anskues på flere niveauer:

- **Borgerrettet kvalitet:** Hvordan vurderer og oplever borgeren rehabiliteringen? Er borgeren tilfreds med rehabiliteringen?
- **Faglig kvalitet:** Hvordan vurderer fagpersonalet den faglige kvalitet i rehabiliteringen?
- **Organisatorisk kvalitet:** Hvordan er den administrative/økonomiske vurdering af sammenhænge i borgerforløb, samarbejdsrelationer, tilrettelæggelse og ressourcebrug mv.?

En samlet vurdering af kvaliteten af en rehabiliteringsindsats omfatter alle tre niveauer. I praksis er disse tre forskellige perspektiver på kvalitet som regel tæt forbundne.



Mål og tiltag i kvalitetsarbejdet

Det er vigtigt, at de mål, man opstiller, giver mening på alle tre niveauer: For borgeren, rent fagligt og organisatorisk. Generelt vil de tiltag, man iværksætter inden for ét perspektiv, have konsekvenser inden for de andre perspektiver. For store ubalancer mellem målene kan medføre menings- og magtesløshed for både borgere og pårørende, medarbejdere og ledere.³⁷ Derfor er det vigtigt altid at overveje, hvilken betydning et givent tiltag kan få for de andre perspektiver.

En kvalitetskultur

Skal kvaliteten af rehabilitering på ældreområdet udvikles, er det vigtigt at have en systematisk lærings- og evalueringspraksis, hvor der løbende følges op på de forbedringstiltag, der bliver sat i gang.

Forbedringstiltag kan både fokusere på individuelle borgerforløb, men det kan også være på organisatorisk niveau og handle om fx det tværfaglige samarbejde eller systematikken i målsætningsarbejdet. I en kvalitetskultur kan de to niveauer dog ikke adskilles helt, for læring, der opstår i forbindelse med individuelle borgerforløb, kan bidrage til udviklingen af ny "best practice" og dermed indgå i forbedringen af kommunens samlede rehabiliteringsindsats.

En kvalitetskultur indebærer, at fagpersonalet:

- **Deler læring og viden**

Når fagpersonalet erfarer noget nyt, fx om konkrete borgere eller egen praksis, gør de denne viden fælles. Gennem en fælles faglig dialog kan fagpersonalet hjælpe hinanden med at analysere problemer og finde frem til løsninger. Ved at dele gode erfaringer med fx et konkret fagligt redskab eller en bestemt indsats hos en borger, bliver de fælles kompetencer styrket. Lederen har en vigtig opgave i at skabe rum til deling af læring og viden.

- **Bruger viden til at tilpasse indsatser og arbejdsgange**

Ny viden fra egen eller andres praksis, teori eller tilbagemeldinger fra borgere, giver anledning til faglig refleksion over, hvorvidt der er behov for at tilpasse indsatser eller arbejdsgange. Ny viden og læring skal altså omsættes og bruges aktivt for at få værdi.

- **Eksperimenterer og afprøver nye tiltag**

Det kan på forhånd være svært at vide, om et givent tiltag faktisk skaber den ønskede forbedring. Derfor er der ofte behov for at eksperimentere og afprøve forskellige tiltag. Det er vigtigt at være bevidste om målet med et givent tiltag og sikre, at afprøvningen foregår systematisk. Det gælder både, når det drejer sig om afprøvninger af tiltag i individuelle borgerforløb, og når det er afprøvninger af tiltag på et organisatorisk niveau.

- **Løbende følger op på virkningen af nye tiltag**

Det er afgørende løbende at vurdere virkningen af nye tiltag. Hvad virker godt, og hvad virker mindre godt? Hvad er borgerens oplevelse? Hvad lærer I undervejs? Et vigtigt element i den løbende opfølgning af virkningen er, at I har et fælles sprog for, hvad I følger op på, og hvad det er, I ønsker at opnå. En fælles forståelse af, hvad der i en given sammenhæng er en forbedring, muliggør, at I ikke bare kan konstatere, men også *vurdere* virkningen af nye tiltag.

- **Bruger data og dokumentation meningsfuldt og målrettet**

Dokumentation er en måde at fastholde viden på. Systematisk dokumentation kan hjælpe jer til at opdage huller eller mangler i indsatser og giver data, som kan bruges til at forbedre indsatser og arbejdsgange.

Systematisér indsamling af data

Systematisk dataindsamling er et grundlæggende og vigtigt redskab i kvalitetsudvikling. Data er i denne sammenhæng viden og information om praksis – der typisk registreres af fagpersonalet. Data om rehabiliteringsforløbene kan både give værdifuld viden om udviklingen i de enkelte borgerforløb og kan også kvalificere faglige indsatser ved at samle og bruge data på tværs af borgergrupper eller på tværs af kommuner. Data vil yderligere kunne anvendes på nationalt niveau til inspiration og viden om, hvordan andre kommuner løser rehabiliteringsopgaven.

I forbindelse med kvalitetsudvikling kan data benyttes til at:

- **Få øje på forbedringspotentiale.** Viser data fra borgerinddragelse fx, at en større andel af borgerne ikke føler sig inddraget i beslutninger om deres rehabiliteringsforløb, kan det bruges som afsæt for en forbedringsindsats.
- **Følge udviklingen over tid.** Ved systematisk at indsamle data er det muligt at følge med i, hvordan det fx går med borgertilfredsheden eller udviklingen i borgernes funktionsevne.
- **Evaluerer på udviklingen og graden af målopfyldelse.** Data, der er ensartet og systematisk indsamlet, gør det muligt at evaluere på, om kvalitetsudviklingstiltag også skaber de ønskede forbedringer.
- **Inspirere på tværs af kommuner.** Videndeling mellem kommuner på baggrund af data kan skabe fundamentet for kvalitetsudvikling i de enkelte kommuner.

Når man skal følge og evaluere kvalitetsudvikling, er det afgørende, at dataindsamlingen er *systematisk* og *ensartet*. Uden systematik risikerer man, at det vidensgrundlag, man handler på, bliver upålideligt.

Ikke en ekstraopgave

Dataindsamlingen bør foregå på de tidspunkter i rehabiliteringsprocessen, hvor det er fagligt meningsfuldt. Ved at integrere dataindsamlingen i allerede eksisterende arbejds gange og dialoger med borgerne bliver indsamlingen ikke en ekstraopgave.³⁸

Indikatorer for kvalitet

Det er vigtigt at fastsætte præcise indikatorer, så man ved, hvad man måler på, og måler på det samme over tid. En kvalitetsindikator er et indirekte mål, som siger noget om kvaliteten af det område, der måles. Man skelner typisk mellem tre former for indikatorer:

- **Strukturindikatorer:** Belyser de ressourcer, der er til rådighed. Det kan fx være de samlede udgifter, personalets kompetencer eller rammer og faciliteter, som fx digitale løsninger, teknologi og udstyr.
- **Procesindikatorer:** Belyser den indsats, borgeren modtager, og forløbets konkrete aktiviteter. Man kan fx måle på, hvorvidt der systematisk gennemføres tværfaglige rehabiliteringsmøder, eller om der systematisk tages udgangspunkt i borgernes mål og evalueres på målopfyldelsen.
- **Resultatindikatorer:** Belyser udfaldet af indsatsen. Resultatmål kan både måles fagligt (fx på funktionsevne, selvhjulpethed, hjælpebehov mv.) eller ved hjælp af data fra brugerinddragelse (hvordan oplever borgerne resultatet af deres rehabiliteringsproces?).³⁹

Når I udvikler kvalitetsindikatorer, kan I med fordel være opmærksomme på:

- Hvornår er det godt nok? I skal definere, i hvilken grad indikatoren skal være opfyldt, før I betragter det som tilfredsstillende.
- At afklare, om de nødvendige datapunkter er til stede, for at indikatoren kan måles. En indikator kan nemlig bygge på forskellige datapunkter, og skal man udvikle indikatorer, må man derfor kende til de datapunkter, som til sammen udgør den information, som indikatoren måler på.

Der kan være flere kilder til data, når det handler om rehabilitering på ældreområdet. I denne håndbog vil vi uddybe to af de mest centrale: Data fra dokumentation i omsorgssystemer og data fra borgere.



Husk

Data er først meningsfulde, når I analyserer, fortolker og omsætter dem til viden, der kan gøre jer klogere på jeres praksis og forbedre kvaliteten af den.

Data fra dokumentation i omsorgssystemer

Den løbende dokumentation af den daglige praksis har flere formål. Den er bl.a. en vigtig forudsætning for at:

- Det tværfaglige team arbejder med det samme mål gennem koordinerede indsatser
- Det er muligt løbende at følge udviklingen i borgerens rehabiliteringsproces
- Udvikle kvaliteten – ikke blot i den enkelte borgers rehabiliteringsproces, men også mere generelt i forhold til fx kommunens eller teamets rehabiliteringsindsats.

Borgerens funktionsevnetilstand før og efter et rehabiliteringsforløb er den mest anvendte indikator for kvaliteten af et rehabiliteringsforløb i kommunerne. Den næstmest udbredte indikator for kvalitet er borgerens målopfyldelse i forbindelse med et rehabiliteringsforløb.⁴⁹ Begge dele kan være vigtige kilder til at følge og udvikle den faglige og borgerrettede kvalitet, hvis informationer bliver systematisk og ensartet registreret i omsorgssystemet.

Eksempler på datapunkter:

- Visiteret tid/leveret tid
- Målopfyldelse, herunder overordnet mål og delmål
- Hvad borger afsluttes til
- Grad af selvhjulpethed
- Forløbslængde- og ansvarlig
- Ændring i funktionsevne
- Årsager til ikke-gennemført forløb
- Udgifter/tid anvendt af de forløbsansvarlige
- Borgeroplevelse af forløb.

Kilde: Rambøll for Sundhedsstyrelsen: Notat: "Opbygning af datamodeller for at understøtte det kommunale rehabiliteringsarbejde", 2021.

Audit som kilde til læring

Audit er en konkret metode til at fastholde en undersøgende og lærende tilgang til egen praksis. I auditforløb er formålet at lære af konkrete eksempler på en udvalgt praksis. Konkret foretager man audit ved, at en gruppe af fagpersoner systematisk gennemgår ét eller flere eksempler på den udvalgte praksis, for eksempel forløb, hændelser eller tværfaglige møder.⁴¹ Det er nødvendigt, at den udvalgte praksis er dokumenteret, fx i form af journalnotater, så deltagerne har et fælles materiale, de kan vurdere og lære af. Fagpersonalet kan ved hjælp af en audit fx undersøge:

- **Om borgerens ønsker, behov og håb er i fokus.**
Formår vi i tilstrækkelig grad at tage udgangspunkt i borgerens perspektiv?
- **Om koordineringen mellem faggrupper har fungeret.**
Fungerer samarbejdet godt nok?
- **Kvaliteten af tværfaglige møder.**
Hvad er god mødepraksis hos os? Og praktiserer vi det?

Eksempel:

Styrket kvalitet gennem brug af data fra omsorgssystem

En kommune følger systematisk borgernes funktionsevnetilstand før og efter et rehabiliteringsforløb. Når de sammenligner de forskellige distrikter, kan de se, at der samlet set er væsentlig forskel på, hvor store forbedringer, der sker i borgerens funktionsevne i forbindelse med rehabilitering, alt efter hvilket distrikt borgeren bor i. De beslutter sig for at undersøge, hvad årsagen til forskellene kan være og finder bl.a. ud af, at der er en skæv fordeling af terapeutfaglige ressourcer i distrikterne. En intern undersøgelse peger desuden på, at lederne i de distrikter, hvor de lykkes godt med rehabiliteringsindsatsen, prioriterer det tværfaglige samarbejde højt, bl.a. ved systematisk at skabe rum til faglig refleksion og drøftelser på tværs af fagligheder. Dette bliver derfor fokus for et kvalitetstiltag i de øvrige distrikter.

Data fra borgerinddragelse og borgerperspektiver

Når det handler om at udvikle kvaliteten af rehabiliteringen, er borgerinddragelse og fokus på borgerens perspektiv altafgørende.

Borgerperspektiver kan fx afdække, om borgerne oplever, at:

- Rehabiliteringsprocessen har en positiv effekt på deres hverdagsliv
- Der bliver taget udgangspunkt i deres behov undervejs i rehabiliteringsprocessen
- Rehabiliteringsprocessen er et samarbejde mellem dem og fagpersonalet
- Der er sammenhæng i deres rehabiliteringsforløb.

Viden om borgernes perspektiver kan indhentes gennem kvantitative metoder (fx en spørgeskemaundersøgelse) eller kvalitative metoder (fx interviews, fokusgruppeinterviews og observationer).

Redskaber til at afdække borgerperspektiv

Der findes en række standardiserede redskaber, som kan bruges til at opnå viden om borgernes perspektiv, fx i forhold til funktionsevne, aktivitetsproblematikker eller social trivsel:

- **COPM** (Canadian Occupational Performance Measure). Et standardiseret, men individualiseret redskab til at måle borgerens oplevelse af egne problemer i forbindelse med aktivitetsudøvelse over tid. COPM udføres som et semistruktureret interview, hvor borgeren selv identificerer aktivitetsproblematikker.
- **PSFS** (Patient Specifik Funktionel Skala). Et redskab, som bruges til at inddrage borgere i målsætning, opfølgning, justering og effektmåling af rehabiliteringsforløbet. Det kan samtidig anvendes som et effektmålingsredskab til at vurdere den borgeroplevede udvikling i funktionsevne.
- **UCLA ensomhedsskala**. Redskabet er udviklet til at screene for social isolation og ensomhed. Redskabet består af 20 spørgsmål, som afdækker borgernes følelse af ensomhed. Der findes flere forkortede versioner af UCLA. Den mest brugte version er måleredskabet The Three-Item Loneliness Scale (T-ILS), som indirekte måler borgeres oplevede følelse af ensomhed gennem tre spørgsmål.

Eksempel:

Styrket kvalitet gennem brug af data fra brugerinddragelse

I en kommune har ledelsen besluttet at styrke den personcentrerede rehabilitering. Derfor indfører de en praksis, hvor fagpersonalet ved afslutningen af alle rehabiliteringsprocesser beder borgeren besvare fem korte spørgsmål om deres oplevelse af og tilfredshed med samarbejdet om rehabiliteringsprocessen. Målet er at evaluere, om borgerne oplever rehabiliteringen som personcentreret. De spørger bl.a. borgeren, i hvilken grad han eller hun oplever:

- At rehabiliteringen har været en ligeværdig samarbejdsproces
- At der i målsætningen har været taget udgangspunkt i netop hans eller hendes ønsker og behov

De indsamlede data giver værdifuld viden på flere niveauer. På individ-niveau giver data viden om kvaliteten i den enkelte borgers rehabiliteringsproces, og når data fra hele kommunen indsamles, giver det indsigt i kvaliteten af rehabiliteringsindsatsen på tværs af organisationen.

Metode til at skabe forbedringer

PDSA er en enkel og meget anvendelig metode til arbejdet med forandrings- og forbedringsprocesser, så man når den kvalitet, der er sat som mål.

PDSA-cirklen illustrerer, at en forbedringsproces i teorien bliver ved og aldrig stopper. På den måde er modellen et godt redskab til at understøtte den systematiske lærings- og evalueringspraksis, der er central i en kvalitetskultur og relevant i forhold til at styrke kvaliteten af rehabiliteringsindsatsen. PDSA kan bruges både ved små og større forandringer.

Overvej

Når I vil udvikle og styrke kvaliteten af rehabiliteringsforløb:

Hvad ønsker vi at opnå?

Sæt klare mål for, hvilken del af jeres rehabiliteringsindsats eller -praksis I ønsker at udvikle og forbedre. Fokus for kvalitetsudviklingen kan fx være rehabiliteringen af en særlig målgruppe, særlige forløb eller særlige geografiske områder. Tag stilling til, hvor stor en forbedring I ønsker at opnå og inden for hvilken tidsramme.

Howdan ved vi, at en forandring er en forbedring?

Udvælg de indikatorer, som I kan bruge til at se, om en ændring af jeres praksis rent faktisk medfører en forbedring. Overvej, hvilke data der er nødvendige for at kunne følge og evaluere udviklingen af jeres rehabiliteringsindsats. Måske er de allerede tilgængelige, eller måske skal I udvide jeres systematiske dataindsamling.

Hvilke forandringer kan vi iværksætte for at skabe en forbedring?

Tag stilling til, hvilke tiltag I kan iværksætte for at nå jeres mål. Som regel kender man ikke svaret på forhånd, men kan arbejde ud fra en hypotese om, hvad der kan skabe den ønskede forbedring. Lad jer inspirere af viden fra forskning, "best practice" og tilbagemeldinger fra borgere og medarbejdere, når I bestemmer, hvilke tiltag I vil afprøve. Evaluér løbende, når I er gået i gang.

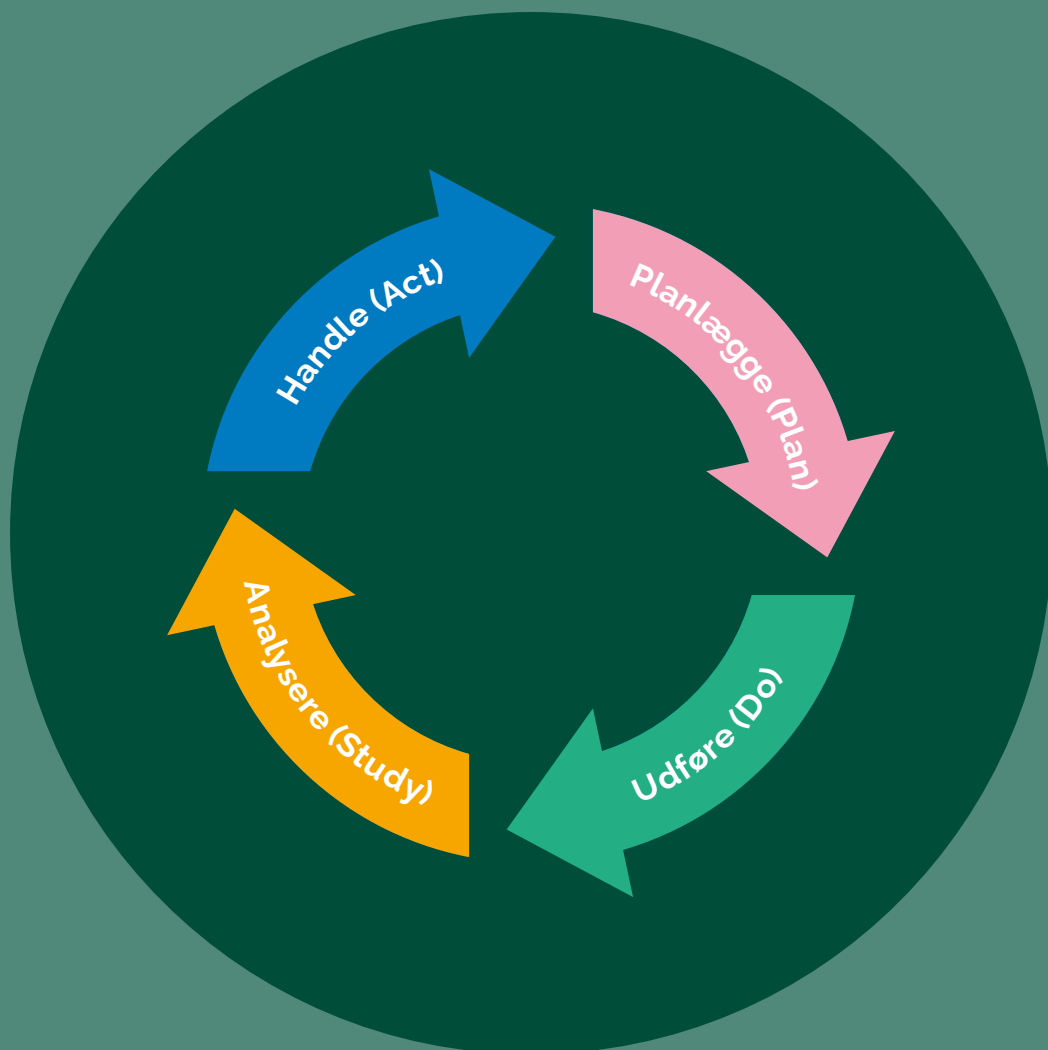
Når I har taget stilling til de tre spørgsmål, og målsætningen er klar for alle, kan I med fordel benytte PDSA-cirklen, som er en enkel metode til at skabe forbedringer i praksis gennem fire trin:

- 1 Plan / Planlægge:** Planlæg den forandring, der skal afprøves. Afklar, hvem der gør hvad, hvor og hvornår. Aftal også, hvornår tiltagene skal evalueres.
- 2 Do / Udføre:** Gennemfør afprøvningen. Notér undervejs, hvad der sker. Hvad går godt? Hvilke eventuelle problemer oplever I? Skab rutiner for indsamling af informationer.
- 3 Study / Analyser:** Undersøg resultatet. Hvad har vi lært af afprøvningen? Ledte forandringen til den ønskede forbedring? Saml alle oplysninger, og lav en konklusion.
- 4 Act / Handle:** Læg en plan på baggrund af den læring, I har opnået. Hvis afprøvningen har været en succes, kan I implementere forandringen. Hvis forandringen ikke virker efter hensigten, kan I opgive den og evt. forberede en anden afprøvning.

Kilde: Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren: "Kvalitetsguiden", 2022.

PDSA

En systematisk metode til forbedringer i praksis



8. Litteraturliste

Antropologerne for Videnscenter for værdig ældrepleje, Sundhedsstyrelsen (2022). Analyse af hjemlighed: Viden om hjemlighed hos ældre mennesker, der modtager hjemmepleje.

Borg, T. (2016). Kan teori om hverdagsliv udfordre ergoterapeuter? Ergoterapeuten, 1, 38-47.

Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren (2022). Kvalitetsguiden.

Dansk Sundhedsinstitut (2011). Opgavefordeling mellem borgere, pårørende og fagpersoner i rehabilitering.

Defactum: SMARTE mål. SMARTE mål - DEFACTUM - Social, sundhed og arbejds-marked. Citeret 31. oktober 2023.

Fremfærd Sundhed og Ældre (2022). God faglig ledelse i ældreplejen: Vilkår, kendetegn, eksempler.

Fremfærd Ældre (2018). Det Tværfaglige Rehabiliteringsmøde – en model, der virker!

Graff, M.J., Vernooij-Dassen, M.J., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W.H. & Olderikkert, M.G. (2007). Effects of community occupational therapy on quality of life, mood, and health status in dementia patients and their caregivers: a randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 62(9), 1002-9. Doi: 10.1093/gerona/62.9.1002. PMID: 17895439.

Hansen, E.B. (2015). Ældres deltagelse i hverdagsrehabilitering – muligheder og udfordringer. KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.

Isager, A.-M. K., Laugesen, C., Hansen, J. (2009). Om Audit – en metode til læring og kvalitetsudvikling i fagpraksis. Defactum.

Johansen, I., Klokkeud, M., Anke, A., Børke, J.B., Glott, T., Hauglie, U., Høyem, A., Klovning, A., Lande, K.A., Larsen, M., Nordvik, J.E., Wigers, S.H., Øyeflaten, I., Hagen, K.B., Kjekken, I. (2019). A quality indicator set for use in rehabilitation team care of people with rheumatic and musculoskeletal diseases; development and pilot testing. *BMC Health Serv Res.* Apr 29;19(1), 265. Doi: 10.1186/s12913-019-4091-4.

Johansson, A., Ernsth Bravell, M., Karlsson, A.B., Fristedt, S. (2021). Valuable aspects of home rehabilitation in Sweden: Experiences from older adults. *Health Sci Rep.*, 4:e249. Doi.org/10.1002/hsr2.249

Ledelseskommissionen (2018). Sæt borgerne først. Ledelse i den offentlige sektor med fokus på udvikling af driften. Anbefalinger fra Ledelseskommissionen.

Maribo, T., Ibsen, C., Thuesen J., Nielsen C.V., Johansen, J.S., Vind, A.B. (2022). Hvidbog om rehabilitering. Rehabiliteringsforum Danmark.

MarselisborgCentret og CFK- Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland: "ICF og ICF-CY - en dansk vejledning til brug i praksis, version 2", 2013.

Morris, J.H., Kayes, N., McCormack, B. (2022). Editorial: Person-Centred Rehabilitation – Theory, Practice, and Research. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*. 2022, juli 20:3, 980314. Doi: 10.3389/fresc.2022.980314. PMID: 36189058; PMCID: PMC9397690.

Rahja, M., Culph, J., Clemson, L., Day, S., & Laver, K. (2020). A second chance: Experiences and outcomes of people with dementia and their families participating in a dementia reablement program. *Brain Impairment*, 21(3), 274-285. Doi:10.1017/BrImp.2019.34.

Rambøll for Sundhedsstyrelsen (2021). Notat: Opbygning af datamodeller for at understøtte det kommunale rehabiliteringsarbejde.

Rosdahl, G. (2013). Den motiverende samtale i teori og praksis.

Scheffers-Barnhoorn, M.N., Sharma-Virk, M., van Balen, R., van Eijk, M., Achterberg, W.P. (2022). Coping strategies of older adults with a recent hip fracture within inpatient geriatric rehabilitation. *Aging & Mental Health*, 26:7, 1436-1443. Doi: 10.1080/13607863.2021.1891199.

Socialstyrelsen (2020). Håndbog i lovende praksis. Hæfte 6: Indsamling af dokumentation.

Social- og Boligstyrelsen (2020). Social- og Boligstyrelsens begrebsbase. <https://sbst.item.dk/?TermId=4564&SrcLang=da&TrgLang=en>. Citeret 11. maj 2023.

Sundhedsstyrelsen (2003). ICF - International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand.

Sundhedsstyrelsen (2016). Håndbog i rehabiliteringsforløb på ældreområdet efter lov om social service.

Sundhedsstyrelsen (2017). Opsporing af ældre i særlig risiko for nedsat funktionsevne. En guide til kommuner vedrørende forebyggende hjemmebesøg.

Sundhedsstyrelsen (2019). Faglig ledelse i praksis.

Sundhedsstyrelsen (2019). Ældres sundhed og trivsel. Ældreprofilen 2019 er baseret på sundheds- og sygelighedsundersøgelserne, de nationale sundhedsprofiler og udvalgte registre.

Sundhedsstyrelsen (2021). Inspirationsoplæg: Status på arbejdet med kvalitet og kompetencer, Ældretopmødet 2021.

Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhedsvidenskab, SDU (2021). Danskernes sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2021.

Sundhedsstyrelsen (2022). Status på rehabiliteringsforløb efter § 83 a: Resultater fra en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse.

Sundhedsstyrelsen (2023). Analyse af behov og udfordringer blandt ældre, der gennemgår rehabiliteringsforløb efter § 83 a.

Sundhedsstyrelsen (2023). Det gode samarbejde med pårørende i ældreplejen.

Sundhedsstyrelsen og Institut for Folkesundhedsvidenskab, Aarhus Universitet (2023). Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen – en vej til mere lighed.

Scheffers-Barnhoorn, M.N., Sharma-Virk, M., van Balen, R., van Eijk, M., Achterberg, W.P. (2022). Coping strategies of older adults with a recent hip fracture within inpatient geriatric rehabilitation. *Aging & Mental Health*, 26:7, 1436-1443. Doi: 10.1080/13607863.2021.1891199.

Thuesen, J., Swane, C. E. (2023). Hverdagsliv og rehabilitering. I: T. Maribo, C. Vinther Nielsen, B. M. Stamp, D. Sørensen (red.): Rehabilitering: en grundbog. København, Gads forlag.

Tracey A. R., Llave, K., Hoyt, M.A. (2023). Chronic illness and mental health. I: Friedman, H.S., Markey, C.H. (red.): *Encyclopedia of Mental Health (Third Edition)*, Academic Press, 392-402. ISBN 9780323914987, <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-91497-0.00018-7>.

VIVE (2023). "Uden relationer kommer vi ingen vegne." Relationsarbejde som grundvilkår og faglighed i ældreplejen. VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Voxted, S. (2016). Faglig ledelse i offentlige organisationer.

Væksthus for ledelse (2016). Relationel koordinering – ledelse af et effektivt samarbejde.



9. Slutnoter

1. Maribo, T., Ibsen, C., Thuesen J., Nielsen C.V., Johansen, J.S., Vind, A.B. (2022). Hvidbog om rehabilitering. Rehabiliteringsforum Danmark.
2. Sundhedsstyrelsen (2016). Håndbog i rehabiliteringsforløb på ældreområdet efter lov om social service.
3. Sundhedsstyrelsen (2019). Ældres sundhed og trivsel. Ældreprofilen 2019 er baseret på sundheds- og sygelighedsundersøgelserne, de nationale sundhedsprofiler og udvalgte registre.
4. Sundhedsstyrelsen (2019). Ældres sundhed og trivsel. Ældreprofilen 2019 er baseret på sundheds- og sygelighedsundersøgelserne, de nationale sundhedsprofiler og udvalgte registre.
5. Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhedsvidenskab, SDU (2021). Danskernes sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2021.
6. Maribo, T., Ibsen, C., Thuesen J., Nielsen C.V., Johansen, J.S., Vind, A.B. (2022). Hvidbog om rehabilitering. Rehabiliteringsforum Danmark.
7. Sundhedsstyrelsen (2017). Opsporing af ældre i særlig risiko for nedsat funktionsevne. En guide til kommuner vedrørende forebyggende hjemmebesøg.
8. Morris, J.H., Kayes, N., McCormack, B. (2022). Editorial: Person-Centred Rehabilitation – Theory, Practice, and Research. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*. 2022, juli 20:3, 980314. Doi: 10.3389/fresc.2022.980314. PMID: 36189058; PMCID: PMC9397690 og Maribo, T., Ibsen, C., Thuesen J., Nielsen C.V., Johansen, J.S., Vind, A.B. (2022) Hvidbog om rehabilitering. Rehabiliteringsforum Danmark.
9. Sundhedsstyrelsen og Institut for Folkesundhedsvidenskab, Aarhus Universitet (2023). Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen – en vej til mere lighed.
10. Sundhedsstyrelsen (2023). Analyse af behov og udfordringer blandt ældre, der gennemgår rehabiliteringsforløb efter § 83 a.
11. Sundhedsstyrelsen (2016). Håndbog i rehabiliteringsforløb på ældreområdet efter lov om social service.
12. Rahja, M., Culph, J., Clemson, L., Day, S., & Laver, K. (2020). A second chance: Experiences and outcomes of people with dementia and their families participating in a dementia reablement program. *Brain Impairment*, 21(3), 274-285. Doi:10.1017/BrImp.2019.34 og Graff, M.J., Vernooij-Dassen, M.J., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W.H. & Olderkert, M.G. (2007). Effects of community occupational therapy on quality of life, mood, and health status in

- dementia patients and their caregivers: a randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 62(9), 1002-9. Doi: 10.1093/gerona/62.9.1002. PMID: 17895439.
13. VIVE (2023): "Uden relationer kommer vi ingen vegne." Relationsarbejde som grundvilkår og faglighed i ældreplejen. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
 14. Sundhedsstyrelsen (2023). Analyse af behov og udfordringer blandt ældre, der gennemgår rehabiliteringsforløb efter § 83 a.
 15. Antropologerne for Videnscenter for værdig ældrepleje, Sundhedsstyrelsen (2022). Analyse af hjemlighed: Viden om hjemlighed hos ældre mennesker, der modtager hjemmepleje.
 16. Tracey A. R., Llave, K., Hoyt, M.A. (2023). Chronic illness and mental health. I: Editor(s): Friedman, H.S., Markey, C.H. (red.): *Encyclopedia of Mental Health (Third Edition)*, Academic Press, 392-402. ISBN 9780323914987, <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-91497-0.00018-7>.
 17. Scheffers-Barnhoorn, M.N., Sharma-Virk, M., van Balen, R., van Eijk, M., Achterberg, W.P. (2022). Coping strategies of older adults with a recent hip fracture within inpatient geriatric rehabilitation. *Aging & Mental Health*, 26:7, 1436-1443. Doi: 10.1080/13607863.2021.1891199.
 18. Social- og Boligstyrelsen (2020). Social- og Boligstyrelsens begrebsbase. Citeret 11. maj 2023. <https://sbst.item.dk/?TermId=4564&SrcLang=da&TrgLang=en>
 19. Hansen, E.B. (2015). Ældres deltagelse i hverdagsrehabilitering – muligheder og udfordringer. KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
 20. Maribo, T., Ibsen, C., Thuesen J., Nielsen C.V., Johansen, J.S., Vind, A.B. (2022). Hvidbog om rehabilitering. Rehabiliteringsforum Danmark.
 21. Scheffers-Barnhoorn, M.N., Sharma-Virk, M., van Balen, R., van Eijk, M., Achterberg, W.P. (2022). Coping strategies of older adults with a recent hip fracture within inpatient geriatric rehabilitation. *Aging & Mental Health*, 26:7, 1436-1443. Doi: 10.1080/13607863.2021.1891199.
 22. Sundhedsstyrelsen (2016). Håndbog i rehabiliteringsforløb på ældreområdet efter lov om social service.
 23. Thuesen, J., Swane, C. E. (2023). Hverdagsliv og rehabilitering. I: T. Maribo, C. Vinther Nielsen, B. M. Stamp, D. Sørensen (red.): *Rehabilitering: en grundbog*. København, Gads forlag.

24. Antropologerne for Videnscenter for værdig ældrepleje, Sundhedsstyrelsen (2022). Analyse af hjemlighed: Viden om hjemlighed hos ældre mennesker, der modtager hjemmepleje.
25. Thuesen, J., Swane, C. E. (2023). Hverdagsliv og rehabilitering. I: T. Maribo, C. Vinther Nielsen, B. M. Stamp, D. Sørensen (red.): Rehabilitering: en grundbog. København, Gads forlag.
26. Borg, T. (2016). Kan teori om hverdagsliv udfordre ergoterapeuter? *Ergoterapeuten*, 1, 38-47.
27. Johansson, A., Ernsth Bravell, M., Karlsson, A.B., Fristedt, S. (2021). Valuable aspects of home rehabilitation in Sweden: Experiences from older adults. *Health Sci Rep.*, 4:e249. <https://doi.org/10.1002/hsr2.249>
28. Maribo, T., Ibsen, C., Thuesen J., Nielsen C.V., Johansen, J.S., Vind, A.B. (2022). Hvidbog om rehabilitering. Rehabiliteringsforum Danmark.
29. Sundhedsstyrelsen (2016). Håndbog i rehabiliteringsforløb på ældreområdet efter lov om social service.
30. Sundhedsstyrelsen (2022). Status på rehabiliteringsforløb efter § 83 a.
31. Sundhedsstyrelsen (2023). Analyse af behov og udfordringer blandt ældre, der gennemgår rehabiliteringsforløb efter § 83 a.
32. Ledelseskommissionen (2018). Sæt borgerne først -Ledelse i den offentlige sektor med fokus på udvikling af driften - Anbefalinger fra Ledelseskommissionen. / Voxted, S, 2016. Faglig ledelse i offentlige organisationer.
33. Sundhedsstyrelsen (2019). Faglig ledelse i praksis.
34. Fremfærd Sundhed og Ældre (2022): God faglig ledelse i ældreplejen: Vilkår, kendetegn, eksempler.
35. VIVE (2023): "Uden relationer kommer vi ingen vegne." Relationsarbejde som grundvilkår og faglighed i ældreplejen. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
36. Maribo, T., Ibsen, C., Thuesen J., Nielsen C.V., Johansen, J.S., Vind, A.B. (2022). Hvidbog om rehabilitering. Rehabiliteringsforum Danmark.
37. Sundhedsstyrelsen (2021). Inspirationsoplæg: Status på arbejdet med kvalitet og kompetencer, Ældretopmødet 2021.
38. Socialstyrelsen (2020). Håndbog i lovende praksis. Hæfte 6: Indsamling af dokumentation.
39. Johansen, I., Klokkeud, M., Anke, A., Børke, J.B., Glott, T., Hauglie, U., Høyem, A., Klovning, A., Lande, K.A., Larsen, M., Nordvik, J.E., Wigers, S.H., Øyeflaten, I., Hagen, K.B., Kjekken, I. (2019): A quality

indicator set for use in rehabilitation team care of people with rheumatic and musculoskeletal diseases; development and pilot testing. *BMC Health Serv Res.* Apr 29;19(1), 265. Doi: 10.1186/s12913-019-4091-4.

40. Sundhedsstyrelsen (2022). Status på rehabiliteringsforløb efter § 83 a: Resultater fra en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse.
41. Isager, A.-M. K., Laugesen, C., Hansen, J. (2009). Om Audit – en metode til læring og kvalitetsudvikling i fagpraksis. Defactum.





Miljømærket tryksag
5041 0751

Håndbog om rehabilitering på ældreområdet - Viden, metoder og inspiration til praksis

© Sundhedsstyrelsen, 2023.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
www.sst.dk

ISBN: 978-87-7014-571-8 (elektronisk udgave)
ISBN: 978-87-7014-572-5 (trykt udgave)

Sprog: Dansk
Version: 1
Versionsdato: Juli 2023
Format: pdf

Design: Sundhedsstyrelsen
Foto: Joachim Rode for Sundhedsstyrelsen

Skriftlig bearbejdning:
Journalist Lene Terkelsen/
Terkelsen Journalistik & Kommunikation

Sundhed for alle ♥ + ●