



SUNDHEDSSTYRELSEN

# Håndbog i Rehabiliteringsforløb på ældreområdet

efter lov om social service



# Håndbog i rehabiliteringsforløb på ældreområdet efter lov om social service

Håndbogen er del af et satspuljeprojekt, der har til formål at understøtte kommunernes arbejde med at gennemføre rehabiliteringsforløb på ældreområdet, så ældre borgere får mulighed for at genvinde funktionsevne, blive mere selvhjulpne og opnå tryk ved at leve et uafhængigt liv. Håndbogen bidrager med gode forslag til praksis, der indfrier de krav til rehabiliteringsforløb, der udspringer af § 83 a i Lov om social service. Samtidig præsenteres også en række forslag til tiltag, som kommunerne med fordel kan være opmærksomme på, når der planlægges rehabiliteringsforløb på ældreområdet.

Udover håndbogen består projektet af udvikling af en generisk model for rehabiliteringsforløb samt afprøvning og evaluering af modellen. Projektet var som udgangspunkt forankret i Socialstyrelsen, men blev med ressortomlægningen i juni 2015 forankret i Sundhedsstyrelsen.

Håndbogen er baseret på en indledningsvis litteratursøgning, der afdækkede den eksisterende viden om rehabiliteringsindsatser for ældre med nedsat funktionsevne. Litteratursøgningen blev på opdrag fra Socialstyrelsen gennemført af Institut for Folkesundhedsvidenskab på Københavns Universitet (KU) i samarbejde med KORA, Implement Consulting Group og Socialstyrelsen.

Litteratursøgningen er gennemført af videnskabelig assistent Kristine Böhm Nielsen og professor Henning Langberg, Institut for Folkesundhedsvidenskab, KU. Ni eksperter på rehabiliteringsområdet har bidraget til udvælgelsen af søgekriterier, indsamling af supplerede litteratur og kommenteret på materialet. Ekspertgruppen består af Birgitte Grønnegård Jepsen, Christine E. Swane, Eigill Boll Hansen, Hanne Kaae Kristensen, Hans Lund, Henning Langberg,

Jan Sau Johansen, Lis Puggard og Pia Kjellberg. Der er i 2016 gennemført en ny litteratursøgning med udgangspunkt i de tidligere søgekriterier. Begge litteratursøgninger er tilgængelige via Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Projektets kommunepanel består af repræsentanter fra Aalborg, Aarhus, Esbjerg, Faaborg-Midtfyn, Fredericia, Høje Taastrup, Jammerbugt, København, Odense, Odsherred, Randers og Skanderborg, der alle har deltaget engageret og bidraget med viden fra praksis.

Projektets følgegruppe har løbende bidraget med kritiske spørgsmål, konstruktive forslag og gode ideer. Gruppen består af medlemmer fra: Danske Fysioterapeuter, Danske Regioner, Dansk sygeplejeråd, Danske Ældreråd, Ergoterapeutforeningen, FOA, Kommunernes Landsforening, Landsforeningen SUFO, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Praktiserende Lægers Organisation, og Ældre Sagen.

Udarbejdelsen af håndbogen er sket i samarbejde mellem Socialstyrelsen og KORA. I de tilfælde hvor eksterne samarbejdspartnere har skrevet hele afsnit, er deres navn at finde som forfattere på afsnittet.

Før lancering af håndbogen har den været til kommentering hos Danske Fysioterapeuter, Danske Regioner, Dansk Sygeplejeråd, Danske Ældreråd, Ensomme Gamles Værn, Ergoterapeutforeningen, FOA, Kommunernes Landsforening, Landsforeningen SUFO, Marselisborg, MarselisborgCentret, Syddansk Universitet, Ålborg Universitetscenter, Palliativt Videncenter, Praktiserende Lægers Organisation, Slagelse Kommune, Syddjurs Kommune og Ældre Sagen.

---

## © Sundhedsstyrelsen, 2016

Du kan frit referere teksten i publikationen, hvis du tydeligt gør opmærksom på, at teksten kommer fra Sundhedsstyrelsen.

Det er ikke tilladt at genbruge billeder fra publikationen.

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S  
sundhedsstyrelsen.dk

### Emneord:

Rehabiliteringsforløb, rehabilitering, ældre, funktionsevne, forløbsansvarlig, visitation, udredning, målsætning, målrettede indsatser, motivation

### Sprog:

Dansk Version 1.0  
Versionsdato: 31.03.2016

### Udgivet af:

Sundhedsstyrelsen 31.03.2016

### Elektronisk ISBN:

978-87-7104-659-5

# Indhold

Klik dig frem til det ønskede kapitel

<b>Om håndbogen</b>	4
Beskriver grundlaget for håndbogen	
<b>1 Rehabiliteringsforløbet</b>	5
beskriver fem faser i et rehabiliteringsforløb	
<b>2 Implementering af rehabiliteringsforløb</b>	36
beskriver de nødvendige overvejelser ved implementering af rehabiliteringsindsatser	
<b>3 Centrale begreber og vidensgrundlag for rehabiliteringsforløb</b>	53
beskriver grundlaget for håndbogen	
<b>4 Redskaber til brug i rehabiliteringsforløb</b>	72
beskriver udvalgte redskaber, der kan anvendes i rehabiliteringsforløb	



# Om håndbogen

Sundhedsstyrelsen har som et led i projekt "Rehabilitering på ældreområdet" udarbejdet denne webbaserede håndbog i rehabiliteringsforløb på ældreområdet. Håndbogen indeholder aktuel viden om, hvad der skal til for at skabe rehabiliteringsforløb med positive effekter for den enkelte ældre, der samtidig udnytter de kommunale ressourcer bedst muligt.

Håndbogen er skrevet til dig, der fx er projektleder, ældrechef, konsulent, driftsleder, myndighedsperson eller forløbsansvarlig i en kommune og beskæftiger dig med at udvikle, planlægge og implementere rehabiliteringsindsatser særligt for ældre.

Formålet med håndbogen er at støtte kommunernes arbejde med rehabiliteringsforløb på ældreområdet. Herunder:

- at understøtte tilrettelæggelsen af rehabiliteringsforløb, så indsatsen bliver effektiv og kan bidrage til at udsætte eller mindske behovet for hjemmehjælp
- at bidrage til, at ældre i målgruppen for hjemmehjælp får mulighed for at udvikle eller genvinde deres samlede funktionsevne og herved i højere grad fremme deres tryghed, selvhjulpenhed, uafhængighed og livskvalitet.

Målgruppen for rehabiliteringsforløb i denne håndbog er afgrænset til borgere over 65 år, der er berettigede til et rehabiliteringsforløb efter § 83 a i Lov om social service. Håndbogens beskrivelser og forslag til god praksis tager afsæt i lov om social service (serviceloven). Indsatser, der følger af sundhedsloven, behandles ikke i denne håndbog, selv om der ganske ofte vil være snitflader og overlap mellem indsatser inden for serviceloven og sundhedsloven.

**Håndbogens indhold er forslag til god praksis. Den skal læses som faglig rådgivning, som kommunerne kan vælge at lade sig inspirere af, men ikke er forpligtet til at følge. I de tilfælde, hvor ordet "skal" benyttes i teksten, er handlingen foreskrevet af loven.**

**Håndbogen indeholder fire temaer:**

**1 Rehabiliteringsforløbet** beskriver fem faser i et rehabiliteringsforløb

**2 Implementering af rehabiliteringsforløb** beskriver de nødvendige overvejelser ved implementering af rehabiliteringsindsatser

**3 Centrale begreber og vidensgrundlag for rehabiliteringsforløb** beskriver grundlaget for håndbogen

**4 Redskaber til brug i rehabiliteringsforløb** beskriver udvalgte redskaber, der kan anvendes i rehabiliteringsforløb

---

#### Kilder:

1: MarselisborgCentret (2004): Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet – Rehabilitering i Danmark.

2: World Health Organization & The World Bank (2011): World report on disability.

## Lovgivning

Kommuner skal tilbyde rehabiliteringsforløb i henhold til servicelovens § 83 a:

"Kommunalbestyrelsen skal tilbyde et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb til personer med nedsat funktionsevne, hvis rehabiliteringsforløbet vurderes at kunne forbedre personens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp efter § 83, stk. 1. Vurderingen skal være individuel og konkret og tage udgangspunkt i modtagerens ressourcer og behov".



# Rehabiliteringsforløbet

## Introduktion

- 1.1 Inddel rehabiliteringsforløb i faser
- 1.2 Den ældres motivation er drivkraften for rehabiliteringsforløb

## Fase 1 - Visitation

- 1.3 Visitation er indgangen til et rehabiliteringsforløb
- 1.4 Helhedsvurdering danner baggrund for visitation
- 1.5 Myndighedspersoners kompetencer er vigtige
- 1.6 Det faglige skøn er afhængigt af konteksten

## Fase 2 - Udredning

- 1.7 Tværfaglig udredning
- 1.8 En forløbsansvarlig fagperson kan bidrage til velkoordinerede, effektive forløb
- 1.9 Helhedsorientering og tværfaglighed i udredning er vigtigt

- 1.10 Anvend standardiserede redskaber til vurdering og dokumentation

- 1.11 Inddrag pårørende i udredningen

## Fase 3 - Målsætning

- 1.12 Målsætning skal ske i samarbejde mellem den ældre og fagpersoner
- 1.13 Vigtigt at fagpersoner kan arbejde motiverende
- 1.14 Sæt kort- og langsigtede mål
- 1.15 Det er nødvendigt at sætte 'SMART' mål
- 1.16 Udarbejd en plan for rehabiliteringsforløbet

## Fase 4 - Målrettede indsatser

- 1.17 Målrettede indsatser
- 1.18 Vigtigt at mestringsstrategier udvikles i rehabiliteringsforløb
- 1.19 Helhedsorienterede indsatser
- 1.20 Behandling af underliggende sygdom i samarbejde med praktiserende læge

- 1.21 Medicingennemgang

- 1.22 Ernæringsindsatser

- 1.23 Fysisk træning

- 1.24 ADL-træning (træning i dagligdagens aktiviteter)

- 1.25 Hjælpemidler og/eller tilpasning af omgivelser

- 1.26 Indsatser rettet mod ensomhed

- 1.27 Indsatser rettet mod nedsat deltagelse i samfundslivet

- 1.28 Kontinenspleje

- 1.29 Faldforebyggelse

- 1.30 Indsatser rettet mod kognitive funktionsnedsættelser som følge af demens

- 1.31 Inddrag pårørende, netværk og civilsamfund i forløbet

- 1.32 Mål og indsatser skal justeres løbende

## Fase 5 - Afslutning

- 1.33 Afslutning

## 1.1 Inddel rehabiliteringsforløb i faser

Dette tema beskriver, hvordan I kan inddele rehabiliteringsforløb i forskellige faser for at skabe systematik i den kommunale rehabiliteringsindsats.

Ved at inddele forløbet i faser øger I muligheden for at koordinere mellem faggrupper og sektorer. I den beskrevne model findes fire faser:

1. Visitation
2. Udredning
3. Målsætning
4. Målrrettede indsatser og opfølgning
5. Afslutning og eventuelt revisitation

**Fase 1: Visitation.** I denne fase vurderer en myndighedsperson, om borgeren er i målgruppen for rehabiliteringsforløb efter § 83 a i Lov om social service. Hvis den ældre er i målgruppen, er det op til myndighedspersonen at vurdere hvilken faggruppe, der skal varetage funktionen som forløbsansvarlig.

**Fase 2: Udredning.** Her har den forløbsansvarlige ansvaret for i samarbejde med borgeren og eventuelt pårørende og/eller relevant fagpersonale

at foretage udredning af borgeren. Udredningen danner baggrund for målsætningsarbejdet i fase 3.

**Fase 3: Målsætning.** I denne fase samarbejder borgeren og den forløbsansvarlige om at sætte kort- og langsigtede mål for rehabiliteringsforløbet. Målene kan med fordel SMART-sikres og skal skrives ind i rehabiliteringsplanen.

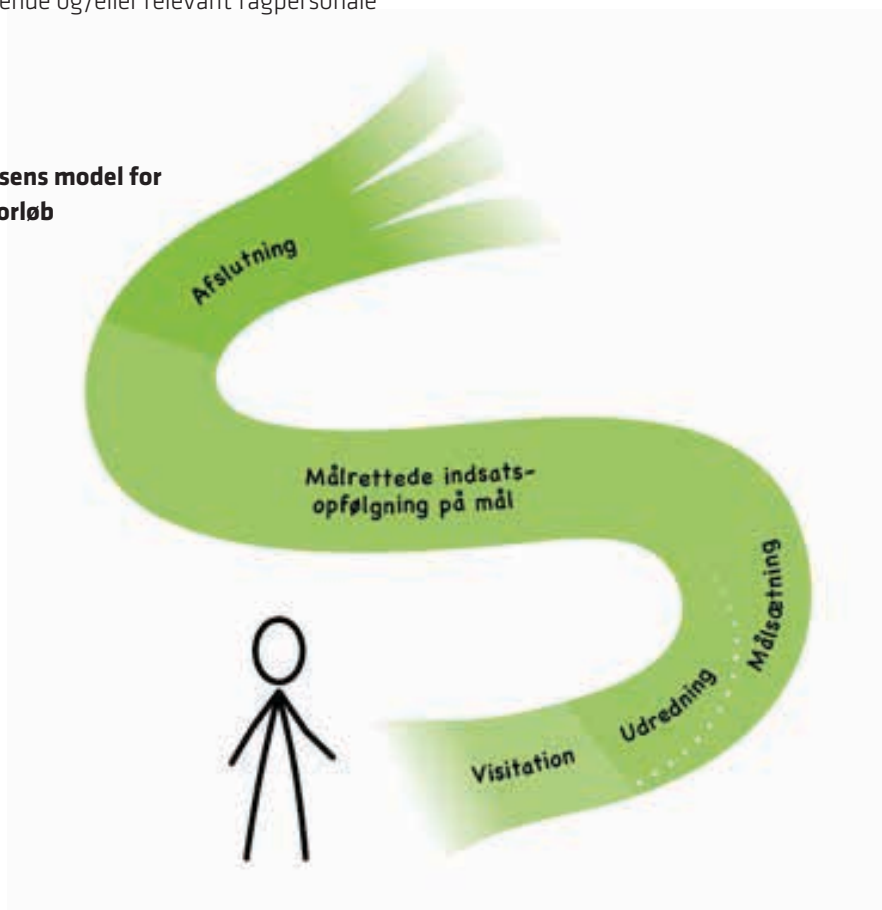
**Læs mere om SMARTe mål**

**Fase 4: Målrrettede indsatser og opfølgning.**

I denne fase samarbejder borger og relevante fagpersoner om de aftalte indsatser i rehabiliteringsforløbene. Den forløbsansvarlige koordinerer forløbet og er ansvarlig for løbende at følge op på mål og plan i samarbejde med borgeren.

**Fase 5: Afslutning.** I denne fase drøfter den forløbsansvarlige og den ældre, om målene for rehabiliteringsforløbet er nået. En myndighedsperson foretager en ny helhedsvurdering for at afgøre, om borgeren har behov for hjælp efter § 83, et nyt rehabiliteringsforløb eller begge dele. ▶

### Sundhedsstyrelsens model for rehabiliteringsforløb



### Tidsafgrænsede og koordinerede forløb

Ifølge servicelovens § 83 a skal rehabiliteringsforløb være korte og tidsafgrænsede. Det betyder, at du skal sætte en tidsramme for hvert enkelt forløb (typisk 8-12 uger). Tidsrammen afhænger af den ældres behov og ressourcer.

Der bør være tale om et intensivt og fokuseret forløb, som er overskueligt for den ældre. Rehabiliteringsforløbet skal tilrettelægges og udføres helhedsorienteret og tværfagligt. Der skal fastsættes individuelle mål for forløbet i samarbejde med den enkelte modtager af forløbet. De fastsatte mål og tidsrammen for rehabiliteringsforløbet skal indgå i en samlet beskrivelse af forløbet. Er der under rehabiliteringsforløbet behov for at ændre i målene, skal dette ske i samarbejde med den ældre.

Derudover er det vigtigt, at du arbejder systematisk med at formulere, dokumentere og løbende justere den ældres mål for forløbet og fx lader en forløbsansvarlig fagperson koordinere hvert enkelt forløb, så den ældre, fagpersoner og pårørende arbejder efter de samme mål.

#### Kilder

1: Lewin, G.; Alfonso, H. & Alan, J. (2013): Evidence for the long term cost effectiveness of home care reablement programs, Dove Press

2: You et al. (2012): "Effect of case management in community aged care on client and carer outcomes: a systematic review of randomized trials and comparative observational studies", BMC Health services research.

#### Forslag til god praksis

Inddel rehabiliteringsforløb i faser for at skabe systematik og genkendelighed.

Overvej følgende fire faser

1. Visitation
2. Udredning
3. Målsætning
4. Målrettede indsatser og opfølgning
5. Afslutning og eventuelt revisitation

Gør rehabiliteringsforløbet koordineret ved fx at have en forløbsansvarlig fagperson som koordinator for hvert enkelt forløb.

For at sikre en udredning af høj kvalitet er det en god ide at anvende validerede redskaber.

**Læs mere i afsnit om redskaber**

#### Viden

Et studie af det australske hjemmeplejeprogram, Home Independence Program (HIP), foreslår at benytte tidsafgrænsede, koordinerede rehabiliteringsforløb af maksimalt tre måneders varighed (1).

Studier indikerer, at case management har positive virkninger på målgruppen i forhold til at modtage de rette indsatser (2).

## 1.2 Den ældres motivation er drivkraften for rehabiliteringsforløb

Motivation er en afgørende faktor i rehabiliteringsforløb, og kommunen er forpligtet til at arbejde med at afdække og fremme den ældres motivation.

Fagpersoner kan hjælpe med at finde frem til, hvilke forandringer den ældre selv er motiveret for (1). Ikke alle har brug for lige meget hjælp fra fagpersoner.

Den ældres motivation for at indgå i et rehabiliteringsforløb fremmes, hvis den ældre føler sikkerhed for, at vedkommende får den nødvendige hjælp i forløbet. Han eller hun skal have hjælp og støtte til de opgaver, som de endnu ikke magter, også selvom aktiviteten er omdrejningspunkt for rehabiliteringsindsatsen. Hjælpen skal løbende tilpasses udviklingen i den ældres funktionsevne (jf. § 83 a).

For at fremme motivationen skal fagpersonerne fastsætte individuelle mål for hvert rehabiliteringsforløb i samarbejde med den ældre. Hvis indsatserne i rehabiliteringsforløbet er

givet på forhånd på baggrund af den ældres hjælpebehov, er den ældres motivation svær at fremkalde (2). Derfor er det vigtigt, at der er en tæt sammenhæng mellem den ældres motivation, og at målsætningen fastsættes i et ligeværdigt samarbejde mellem den ældre og fagpersoner.

**[Link til målsætning](#)**

---

### Kilder

1. Rosdahl, G. (2013): Den motiverende samtale i teori og praksis, Munksgaard, København

2. Københavns Universitet (2014): [http://www.ifsv.ku.dk/afdelinger/socialmedicin/rapporter/Hverdagsrehabilitering\\_-\\_forskningsprojekt\\_-\\_rapport\\_august\\_2014.pdf/](http://www.ifsv.ku.dk/afdelinger/socialmedicin/rapporter/Hverdagsrehabilitering_-_forskningsprojekt_-_rapport_august_2014.pdf/)

3. Socialstyrelsen (2013): Målgruppen for rehabilitering til hverdagens aktiviteter - Hvad karakteriserer målgruppen, og hvad der motiverer til rehabilitering <http://shop.socialstyrelsen.dk/products/malgruppen-for-rehabilitering-til-hverdagens-aktiviteter-hvad-karakteriserer-malgruppen-og-hvad-der-motiverer-til-rehabilitering>

### Forslag til god praksis

Undersøg, hvad der er meningsfuldt for den ældre og sæt mål på den baggrund.

**[Link til målsætning](#)**

Sikr at fagpersoner kan arbejde med forskellige grader af den ældres motivation og kan afdække, hvad der motiverer den enkelte.

### Viden

Motivation kan forstås som parathed til forandring. En persons motivation og parathed til forandring er dybest set en funktion af, hvor vigtig personen oplever forandringen, og i hvor høj grad han eller hun tror på, at forandringen kan lykkes. (2)

Der er stor forskel på, hvor motiverede ældre umiddelbart er for at indgå i rehabiliteringsforløb. Fx peger Socialstyrelsens undersøgelse på, at ældre, der har modtaget hjemmehjælp over længere tid, umiddelbart er knap så motiverede som ældre, der visiteres til hjælp første gang. Ældre, der har haft hjemmehjælp i længere tid, har typisk vænnet sig til at leve med nedsat funktionsevne, så troen på at kunne udvikle og/eller genvinde sin funktionsevne er mindre, og det kan virke utrygt at indgå i et rehabiliteringsforløb. Ældre, der har haft et pludseligt opstået tab af funktionsevne, eller ældre, der ikke før har fået hjemmehjælp, kan have en større tro på at kunne genvinde funktionsevnen (3).



## 1.3 Visitation er indgangen til et rehabiliteringsforløb

**En formel visitation er indgangen til den ældres rehabiliteringsforløb. På baggrund af en vurdering af den ældres samlede funktionsevne træffer en myndighedsperson afgørelse om at visitere til et rehabiliteringsforløb. Hvis du ønsker at arbejde med en forløbsansvarlig kontaktperson, er det en god idé allerede at udpege en relevant forløbsansvarlig fagperson, når borgeren visiteres til rehabiliteringsforløbet.**

**Det er væsentligt, at myndighedspersonen fra første kontakt har fokus på den ældres motivation.**

Det første skridt i den ældres rehabiliteringsforløb er, at myndighedspersonen tager stilling til, om et tidsafgrænset og målrettet rehabiliteringsforløb kan hjælpe den ældre til at genvinde eller udvikle sin samlede funktionsevne og dermed opnå et mere selvstændigt liv.

Den ældre skal ifølge lovgivningen visiteres til et rehabiliteringsforløb, hvis det vurderes, at han eller hun kan forbedre funktionsevnen og opnå et nedsat behov for hjælp efter § 83 i Lov om social service. Det kan være svært at afgøre, hvordan den ældres behov for hjælp vil udvikle sig, og her vil det være en god idé at starte en relevant udredning af den ældre.

Mange ældre vil have gavn af rehabiliteringsforløb, selvom deres hjælpebehov ikke umiddelbart nedsættes, og på sigt vil en rehabiliteringsindsats muligvis kunne forebygge yderligere tab af funktionsevne og et øget hjælpebehov. Det er op til den enkelte kommune, om I også vil tilbyde rehabiliteringsforløb til ældre, hvis hjælpebehov ikke forventes at kunne nedbringes.

Det er vigtigt, at myndighedspersonen har fokus på at afdække, hvad der har betydning for den ældre og på, hvad der motiverer den ældre. Først når rehabiliteringsforløbet er afsluttet, tages der ved en revisionstilling til behovet for hjemmehjælp efter § 83.

Indgangsvinklen til at blive visiteret til et rehabiliteringsforløb er ofte én af følgende:

- Ældre, der ikke tidligere har modtaget hjemmehjælp, retter selv eller via andre (fx pårørende, praktiserende læge, sygehus, den forebyggende medarbejder) henvendelse til visitationen med henblik på at søge om hjemmehjælp, hvis de oplever problemer med at varetage hverdagsaktiviteter efter et tab af funktionsevne. En myndighedsperson vurderer på den baggrund, om der er et rehabiliteringsbehov.
- En myndighedsperson identificerer rehabiliteringsbehov hos ældre, der allerede modtager hjemmehjælp.
- Medarbejdere der kommer i borgerens hjem identificerer ældre med rehabiliteringsbehov, hvorefter en myndighedsperson inddrages.

### Forslag til god praksis

Skab arbejdsgange, der understøtter god dialog mellem bestiller og udfører.

#### **Link til implementering**

Understøt at myndighedspersonale har de rette kompetencer til at visitere til rehabiliteringsforløb, blandt andet ved at kunne mestre motiverende teknikker [Link til MI](#).

Gruppen af myndighedspersonale kan med fordel være tværfagligt sammensat.

## 1.4 Helhedsvurdering danner baggrund for visitation

En myndighedsperson besøger den ældre og laver en helhedsvurdering, fx på baggrund af funktionsevne-vurderingen i Fællessprog og afgør derefter, om den ældre skal tilbydes et rehabiliteringsforløb eller skal visiteres til et andet tilbud (1). Ældre, der bor i plejebolig, skal også have foretaget en vurdering af deres behov for rehabiliteringsforløb. Det er en god ide at foretage en systematisk visitation uanset den ældres boform. Det foreslås, at myndighedspersonen foretager en overordnet vurdering af den ældres samlede funktionsevne.

På baggrund af helhedsvurderingen kan myndighedspersonen afgøre hvilken forløbsansvarlig fagperson, der er behov for i forløbet, fx sygeplejerske, ergoterapeut, fysioterapeut eller social- og sundhedsassistent. Det er væsentligt, at myndighedspersonen afdækker og tager udgangspunkt i den ældres motivation og livssituation, og at myndighedspersonen kommunikerer dette videre til den forløbsansvarlige for at kunne skabe det bedst mulige afsæt for rehabiliteringsforløbet.

Det kan være en god ide at involvere eventuelle pårørende allerede på dette tidspunkt i forløbet. Mange ældre kan have vanskeligt ved selv at formulere deres behov. Nogle står i en ny situation fx med følger af akut sygdom og har derfor svært ved at bedømme, hvad de kan klare. Derudover har den ældre ikke nødvendigvis indsigt i, hvilke muligheder den pågældende har for hjælp (2). Når pårørende eller andre inddrages, skal det altid ske på den ældres præmisser.

### Kilder

1: Kommunernes Landsforening (2004)

2: Socialstyrelsen (2013): Målgruppen for rehabilitering til hverdagens aktiviteter - Hvad karakteriserer målgruppen, og hvad der motiverer til rehabilitering <http://shop.socialstyrelsen.dk/products/malgruppen-for-rehabilitering-til-hverdagens-aktiviteter-hvad-karakteriserer-malgruppen-og-hvad-der-motiverer-til-rehabilitering>

### Forslag til god praksis

Vurder den ældres samlede funktionsevne. [Link ICF](#)

Involver eventuelle pårørende allerede ved visitationen.

Fokuser på, at myndighedspersonen afdækker og tager udgangspunkt i den ældres motivation.

## 1.5 Myndighedspersoners kompetencer er vigtige

Myndighedspersonens opgave i visitationen til rehabiliteringsforløb er at fokusere på den ældres ressourcer frem for deres problemer og funktionsnedsættelser. Visitationen er den ældres indgang til rehabiliteringsforløbet, og det

er vigtigt at myndighedspersonen er bevidst om sin rolle i forhold til at arbejde med den ældres motivation og bidrage til den ældres positive udvikling. Flere kommuner beskriver, at det er et dilemma, at et rehabiliteringsforløb på den ene ►

side er et kommunalt fastlagt tilbud til den ældre og på den anden side forudsætter ligeværdigt samarbejde, og at den ældre oplever forløbet som meningsfuldt (1).

**Det understreger, hvor væsentligt det er, at myndighedspersonerne har - eller udvikler kompetencer til:**

- at arbejde med mestring og motivation
- at synliggøre og dokumentere den ældres potentialer og ressourcer
- at anvende kommunikative færdigheder i samtalen med den ældre, så den ældre oplever at være partner i processen.

**Kilder**

1: Socialstyrelsen (2013): Kortlægning af kommunernes erfaringer på rehabiliteringsområdet, <http://shop.socialstyrelsen.dk/products/kortlaegning-af-kommunernes-erfaringer-med-rehabilitering-pa-aeldreområdet>

**Forslag til god praksis**

Et væsentligt parameter for succes er, at visitationen bliver inddraget i udviklings- og implementeringsarbejdet med rehabilitering i kommunen (1).

## 1.6 Det faglige skøn er afhængigt af konteksten

**En undersøgelse viser, at det faglige skøn er stærkt afhængigt af den kontekst, som medarbejder og den ældre er i, og hvordan rehabiliteringsindsatserne er tilrettelagt i den enkelte organisation**

Kommunen er i henhold til § 83 a i serviceloven forpligtet til at tilbyde rehabiliteringsforløb, hvis det vurderes, at den ældres funktionsevne kan forbedres, og behovet for hjælp efter § 83 derved kan nedsættes.

Mange kommuner har ikke tidligere tilbudt rehabiliteringsforløb til ældre i palliativ

behandling eller til ældre med demens. Men netop disse to grupper kan i høj grad have gavn af rehabiliteringsforløb, idet rehabiliteringsforløb kan højne mestringsevner og livskvalitet og derved den samlede funktionsevne. Dette er i tråd med praksis inden for sundhedsområdet, fx anbefaler Sundhedsstyrelsen, at palliation og rehabilitering samtænkes i sundhedsfaglige indsatser (1).

Det er som regel de fagfolk, der arbejder i visitationen, der ud fra et fagligt skøn vurderer, om den ældre forventes at kunne udvikle sin funktionsevne og altså skal tilbydes et rehabiliteringsforløb. En undersøgelse viser, at det faglige skøn er stærkt afhængigt af den kontekst, som medarbejder og den ældre er i, og hvordan rehabiliteringsindsatserne er tilrettelagt i den enkelte organisation. Det faglige skøn er altså ikke objektivt (2). Derfor er det en god ▶

idé at foretage en tværfaglig udredning ved opstart, hvor der blandt andet er fokus på den ældres motivation og mål, inden fagpersoner afgør, om den ældre forventes at have gavn af et rehabiliteringsforløb.

---

**Kilder**

1: Sundhedsstyrelsen (2011): Anbefalinger for den palliative indsats, [https://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2011/SYB/Palliation/PalliativIndsats\\_anbef.pdf](https://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2011/SYB/Palliation/PalliativIndsats_anbef.pdf)

2: Hjortbak (2013): Det professionelle faglige skøn - en undersøgelse af professionelles faglige skøn ved vurdering af behov for kommunalt forankret rehabilitering hos borgere med kræft, ph.d.-afhandling, Institut for Sociologi og Socialt Arbejde, Aalborg Universitet

### Forslag til god praksis

Udred den ældres problemstillinger og vær i løbende dialog med den ældre. Hav fokus på den ældres motivation for at vurdere, om han eller hun kan have gavn af et rehabiliteringsforløb.

## 1.7 Tværfaglig udredning

I fase 2 udreder den forløbsansvarlige i samarbejde med den ældre, fagpersoner og eventuelt pårørende det samlede hjælpe- og rehabiliteringsbehov. Udredningen bør være tværfaglig og omfatte den ældres samlede funktionsevne. Det er en god ide, at i hele tiden har fokus på at undersøge, hvad der er meningsfuldt, og hvad der motiverer den ældre.

Ældre med behov for et rehabiliteringsforløb har ofte en eller flere underliggende helbredsmæssige problemstillinger. Flere er samtidig svækkede

efter sygdom, og nogle er ufrivilligt alene. Ofte ligger der noget andet bag, når en ældre person henvender sig om hjælp til en konkret dagligdags aktivitet, og det er vigtigt at finde frem til dette.

Hvis rehabiliteringsforløbet tager afsæt i konkrete sundhedsfaglige problemstillinger, skal I tage afsæt i de rette lovgivningsmæssige bestemmelser og sørge for, at de nødvendige kompetencer er til stede. Denne håndbog behandler udelukkende rehabiliteringsforløb under serviceloven.

### Forslag til god praksis

Lad en forløbsansvarlig koordinere det enkelte rehabiliteringsforløb.

Anvend standardiserede, validerede redskaber til at afdække den ældres samlede funktionsevne.

#### **Link til redskaber**

Hav kontinuerligt fokus på den ældres motivation, fx ved at anvende teknikker fra MI. **Link til MI**

Inddrag pårørende/netværk i udredningen, fx ved rutinemæssigt efter aftale med den ældre at invitere dem med til en indledende samtale mellem fagpersoner og den ældre.



## 1.8 En forløbsansvarlig fagperson kan bidrage til velkoordinerede, effektive forløb

For at sikre en koordineret og effektiv indsats er det en god idé at udpege en forløbsansvarlig for hvert enkelt forløb, uanset om den ældre bor i plejebolig eller modtager hjemmepleje i eget hjem. Mange kommuner har gode erfaringer med at bruge forløbsansvarlige, og internationale undersøgelser tyder på, at case management har effekt på brugen af sundhedsydelse (1,2). Det er en god ide at sikre, at ansvaret for at koordinere forløbet overgår til en anden ved den forløbsansvarliges fravær.

Det kan fx være myndighedspersonen, der afgør, hvilken faglighed den forløbsansvarlige skal have i hvert enkelt forløb. I indsatskommunerne, der afprøver modellen for rehabiliteringsforløb, er det fx en terapeut, der er forløbsansvarlig, hvis den ældres forløb umiddelbart drejer sig om fysisk træning eller ADL-træning, mens en sygeplejerske er forløbsansvarlig i de tilfælde, hvor den ældre har konkurrerende lidelser, en demenssygdom eller lignende. I udredningen er den forløbsansvarlige fagperson ansvarlig for, at der gennemføres en systematisk udredning, hvor andre fagpersoner, pårørende og netværk inddrages.

Den forløbsansvarlige fagperson udpeges af myndighedspersonen ved visitation til et rehabiliteringsforløb ud fra den ældres konkrete situation og behov. Det er gavnligt, at kommunens team af forløbsansvarlige fagpersoner er tværfagligt sammensat og kan fx bestå af

ergoterapeuter, fysioterapeuter, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Andre faggrupper som fx pædagoger eller diætister kan også være relevante. Flere af disse kan arbejde efter både sundheds- og serviceloven. I beskrivelsen af rollen som forløbsansvarlig er der tale om opgaver inden for serviceloven.

### Det er vigtigt, at den forløbsansvarlige har kompetencer til at:

- Indgå i samarbejde med den ældre omkring rehabiliteringsindsatser
- Træffe og fagligt begrunde beslutninger i forbindelse med rehabiliteringsindsatser for den enkelte ældre
- Indgå i et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde for at genopbygge den ældres hverdag
- Undersøge og understøtte den ældres målsætninger for rehabilitering
- Initiere og understøtte et ligeværdigt og målrettet samarbejde mellem den ældre, de pårørende og de professionelle.

### Kilder

1: Socialstyrelsen (2013): Kortlægning af kommunernes erfaringer på rehabiliteringsområdet, <http://shop.socialstyrelsen.dk/products/kortlaegning-af-kommunernes-erfaringer-med-rehabilitering-pa-aeldreområdet> ▶

### Viden

Flere kommuner har gode erfaringer med at koble en forløbsansvarlig fagperson på hvert rehabiliteringsforløb (1). Blandt andet Fredericia Kommune har praktiseret dette. Analyser herfra viser, at indsatsen er omkostningsneutral efter det første år (3).

Case management er en indsats, hvor ældre med behov for rehabiliteringsforløb støttes i at få overblik over problemområder, og hvor der bygges bro til relevante tilbud. Case management er mest effektivt, når interventioner og procedurer er veldefinerede, og arbejdsopgaverne er afstemt mellem de involverede faggrupper (4).

Studier peger på, at case management har positiv indflydelse på borgerens mentale sundhed og velbefindende, og i forhold til at tilgodese uopfyldte behov hos borgerne (5).

2: Momsen et al (2012): Multidisciplinary team care in Rehabilitation: an overview of reviews, J Rehabil Med.

3: Kora (2013): Økonomisk evaluering af Længst Muligt i Eget Liv i Fredericia Kommune, <http://www.kora.dk/udgivelser/udgivelse/i3891/%C3%98konomisk-evaluering-af-Laengst-Muligt-i-Eget-Liv-i-Fredericia-Kommune>

4: Low et al. (2011): A systematic review of different models of home and community care services for older persons

5: You et al. (2012) Effects of casemanagement in community aged care on client and carer outcomes; a systematic review of randomized trials and comparative observational studies. BMC Health Services Research, 12:395

## 1.9 Helhedsorientering og tværfaglighed i udredning er vigtigt

Rehabiliteringsforløb skal tilrettelægges og udføres helhedsorienteret og tværfagligt (jf. § 83 a). Myndighedspersonen og den forløbsansvarlige kan sikre, at de relevante fagligheder er repræsenteret i udredningen. Det vil også sige, at de rette sundhedsfaglige kompetencer er til stede, når der er tale om helbredsmæssige problemstillinger.

Nogle kommuner har afholdt tværfaglige visitationsmøder i den ældres hjem, hvor de relevante fagpersoner har deltaget sammen med den ældre og eventuelle pårørende. De kommunale erfaringer med denne type visitationer er blandede. På den ene side sikrer visitationerne et tværfagligt fokus og afsæt for forløbet, og på den anden side er én af erfaringerne, at det ofte er unødvendigt at inddrage alle fagligheder i den indledende visitation (1). For at skabe et omkostningseffektivt forløb kan det være hensigtsmæssigt, at det er den forløbsansvarlige, der afdækker hvilke fagligheder, der skal inddrages i udredningen.

Behovet for indsatser kan spænde vidt – fra udredning og behandling af underliggende sygdom over fysisk træning til ADL-træning, hjælpemidler, velfærdsteknologi og tilpasning af omgivelser. Det kan også være interventioner rettet mod ensomhed og nedsat deltagelse i

**Rehabiliteringsforløb skal tilrettelægges og udføres helhedsorienteret og tværfagligt**

samfundslivet med mere. Der kan altså være behov for at involvere mange forskellige fagligheder i den tværfaglige udredning, men typisk vil ergo- og fysioterapeut, sygeplejerske og social- og sundhedsassistenter være repræsenteret. Herudover kan det være relevant at inddrage pædagoger, diætister, audiologopæder, psykologer med flere. Erfaringer fra kommunernes arbejde med rehabilitering viser, at det er vigtigt at inddrage hjemmesygeplejen (1). Ved en systematisk udredning vil det indbefatte en vurdering af den ældres helbredsmæssige tilstand, herunder medicinforbrug. Her er det oplagt at inddrage sygeplejersker. Den praktiserende læge skal inddrages ved udredning og behandling af sygdom.

### Kilder

1: Socialstyrelsen (2013): Kortlægning af kommunernes erfaringer på rehabiliteringsområdet, <http://shop.socialstyrelsen.dk/products/kortlaegning-af-kommunernes-erfaringer-med-rehabilitering-pa-aeldreområdet>

### Forslag til god praksis

Etabler gode rammer for et tværfagligt samarbejde, fx gennem fastlagte tværfaglige møder, hvor den ældres forløb drøftes. **Link til implementeringsafsnit**

Sikr at den forløbsansvarlige fagperson har kompetencer til at koordinere det tværfaglige samarbejde.

Hav fokus på at inddrage sygeplejen som en central aktør i rehabiliteringsforløb.

## 1.10 Anvend standardiserede redskaber til vurdering og dokumentation

Danske kommuner bruger en række forskellige redskaber i forbindelse med udredning og målsætning (1).

Det er en god ide at anvende standardiserede, validerede redskaber både af hensyn til kvaliteten af udredningen og muligheden for at dokumentere effekten af forløbene. I udredningen kan du med fordel benytte en kombination af interview og observation/test. Mange kommuner, der arbejder med rehabilitering på ældreområdet, bruger i dag selvrapporteringsredskaber (fx COPM) til at kortlægge den ældres problemstillinger. For at forstå og kvalificere den ældres aktivitetsproblemer kan du supplere med observation og/eller test af den ældres aktivitetsudførelse. Det kan bidrage til en bedre indsats for den ældre og mere effektive forløb.

I den model for rehabiliteringsforløb, Sundhedsstyrelsen afprøver i samarbejde med Syddjurs og Slagelse Kommuner, er redskaberne DEMMI, WHODAS og UCLA valgt.

### **DEMMI er valgt som observationsredskab, fordi DEMMI er:**

- Valideret og fundet velegnet til målgruppen
- Lettilgængeligt og anvendeligt for alle faggrupper
- Måltrettet ældre med både små og store fysiske begrænsninger
- Implementeret på hospitaler og i kommuner mange steder i landet og derfor kan anvendes til at sammenligne på tværs af fx sygehus og hjemmepleje.

### **WHODAS er valgt, fordi WHODAS er:**

- Valideret internationalt
- Anbefalet af WHO som en standardiseret metode til at måle helbred og funktions-evnenedsættelse på tværs af kulturer
- Udarbejdet på baggrund af ICF.

### **UCLA er valgt, fordi UCLA er:**

- Valideret nationalt og internationalt
- Det bedst tilgængelige redskab til at udrede og måle graden af ensomhed.

Sundhedsstyrelsen peger på en række redskaber til at opspore den ældre medicinske patient. Disse redskaber kan også være relevante i udredningsfasen af et rehabiliteringsforløb (2). Redskaberne er rettet mod tidlig opsporing af:

- Sygdomstegn
- Nedsat fysisk funktionsniveau
- Underernæring.

---

#### **Kilder**

1: Socialstyrelsen (2013): Brug af redskaber i rehabilitering til hverdagens aktiviteter på ældreområdet - En beskrivelse af kommunernes erfaringer og analyse af anvendeligheden

2: Sundhedsstyrelsen (2013): Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring - sammenfatning af anbefalinger.  
[http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/552BAE10B18B483A890F988C9FE0DEEF.ashx](http://sundhedsstyrelsen.dk/~/media/552BAE10B18B483A890F988C9FE0DEEF.ashx)

### Forslag til god praksis

Anvend standardiserede test i udredning, så du sikrer, at den ældres samlede funktionsevne afdækkes, og at det er muligt at monitorere og dokumentere udviklingen i den ældres funktionsevne. [Link til afsnit](#)

## 1.11 Inddrag pårørende i udredningen

De pårørende kan inddrages i udredningen og fremadrettet i rehabiliteringsforløbet, hvis den ældre ønsker det. De pårørende kan bidrage med væsentlig viden om den ældres liv og ønsker og kan indgå som ressourcepersoner i rehabiliteringsforløbet. Det er centralt at afstemme forventninger med den ældre og de pårørende i forhold til, hvad de pårørende kan bidrage med.

De pårørende kan også være en særdeles vigtig støtte i den fremadrettede proces, fordi de kan bidrage til at skabe motivation for

forandringer og være med til at fastholde nye rutiner og en forbedret funktionsevne efter endt rehabiliteringsforløb.

Pårørende forstås meget bredt, og det er den ældre selv, der afgør, hvem det er relevant at inddrage.

### Kilder

1: Lewin, G.; Alfonso, H. & Alan, J. (2013): Evidence for the long term cost effectiveness of home care reablement programs, Dove Press

### Forslag til god praksis

Inddrag de pårørende som samarbejdspartnere, hvis den ældre ønsker det.

Inviter de pårørende til at bidrage til udredningen, fx i en indledende samtale med den ældre og den forløbsansvarlige.

### Viden

Et australsk hjemmeplejprogram med gode resultater arbejder målrettet med at inddrage pårørende, netværk og civilsamfund i udredning og indsatser for at optimere den ældres autonomi og øge chancen for at fastholde denne efter afsluttet forløb (1)

## 1.12 Målsætning skal ske i samarbejde mellem den ældre og fagpersoner

Målsætning er et centralt element i rehabilitering, da det øger motivationen hos den ældre og fremmer en målrettet og koordineret indsats fra fagpersonerne. Den ældres målsætning skal være styrende for forløbet. I kan med fordel anvende validerede målsætningsredskaber, fx COPM. Målene for forløbet skal indgå i en samlet beskrivelse af forløbet.

Efter servicelovens § 83 a skal kommunalbestyrelsen fastsætte individuelle mål for rehabiliteringsforløbet i samarbejde med den enkelte ældre. Det er den ældres målsætning,

der skal være omdrejningspunktet for rehabiliteringsforløbet. To danske rapporter peger på, at den ældres målsætning kan hjælpe til at målrette samarbejdet og forkorte rehabiliteringsforløbet, så forløbene bidrager til at øge funktionsevnen for den ældre og målretter anvendelsen af de kommunale ressourcer (1).

Den kliniske retningslinje for systematisk målsætning i rehabilitering anbefaler, at rehabilitering til ældre med behov for hjælp til personlig eller praktisk bistand i eget hjem inkluderer systematisk målsætning (1) ▶



**Systematisk målsætning indebærer:**

1. Systematisk identifikation af den ældres oplevede problemområder
2. Forhandling af mål på et eller flere møder med den ældre
3. Etablering af kortsigtede og eventuelle langsigtede mål
4. Eventuel inddragelse af pårørende
5. Tværfaglig kommunikation og koordinering vedrørende den ældres mål
6. Udarbejdelse af individuel rehabiliteringsplan ud fra de fælles aftalte mål
7. Løbende justering af mål og rehabiliteringsplan efter behov (1).

De to faser "Målsætning" og "Udredning" i modellen vil i praksis foregå sideløbende, da målsætning foregår over flere samtaler med den ældre. I dette materiale har vi valgt at skille de to faser ad for at understrege, at det er to forskellige, afgørende elementer af et rehabiliteringsforløb.

**Kilder**

1: Center for kliniske retningslinjer (2013): Klinisk retningslinje om systematisk anvendt målsætning i rehabilitering til borgere +65 år, med behov for hjælp til personlig pleje og/eller praktisk hjælp i hverdagen, <http://www.kliniskeretningslinjer.dk/retningslinjer/godkendte-retningslinjer/kommunikation/kr-kl-maalsaetning-rehab.aspx>

**Forslag til god praksis**

Anvend standardiserede målsætningsredskaber for at sikre, at målsætning sker i et ligeværdigt samarbejde med den ældre. Lav en rehabiliteringsplan på baggrund af målene.

**Viden**

Internationalt har anvendelse af målsætning i rehabiliteringsforløb vist effekt i forhold til:

- Øget helbredsbedinget livskvalitet
- Øget sandsynlighed for at forblive i eget hjem
- Forbedret målopfyldelse
- Mindre afhængighed af hjælp til personlig pleje
- Reduceret risiko for indlæggelser og/eller forkortede hjemmeplejeinterventioner.

Læs mere i Center for kliniske retningslinjer (2013): Klinisk retningslinje om systematisk anvendt målsætning i rehabilitering til borgere +65 år, med behov for hjælp til personlig pleje og/eller praktisk hjælp i hverdagen (<http://www.kliniskeretningslinjer.dk/retningslinjer/godkendte-retningslinjer/kommunikation/kr-kl-maalsaetning-rehab.aspx> ). <http://www.kliniskeretningslinjer.dk/retningslinjer/godkendte-retningslinjer/kommunikation/kr-kl-maalsaetning-rehab.aspx>

## 1.13 Vigtigt at fagpersoner kan arbejde motiverende

Fagpersonernes evne til at arbejde motiverende er central gennem hele forløbet. Men særligt når den ældres målsætning skal identificeres og formuleres, stiller det store krav til, at

fagpersonerne og særligt den forløbsansvarlige i dialog med den ældre kan hjælpe ham eller hende til at opstille mål, der udspringer af den ældres motivation. ▶

Motivational Interviewing (MI), eller på dansk den motiverende samtale, er en evidensbaseret metode til at frembringe den ældres egne argumenter for at foretage en forandring. Metoden tager udgangspunkt i den ældres egen forståelse af sin situation.

Fagpersoner og repræsentanter for kommunen skal ikke på forhånd afgøre, hvad målet for rehabiliteringsforløbet skal være, men undersøge, hvad den ældre selv ønsker. Et eksempel kan være en ældre, som ikke længere selv magter at lave sin

mad, og som i øvrigt ryger meget. I undersøgelsen af den ældres egen opfattelse af sin situation bliver det klart, at det, der betyder noget for den ældre, er at kunne komme ned i det lokale indkøbscenter for at mødes med sine bekendte hver dag. Dette bliver omdrejningspunktet i rehabiliteringsforløbet, selvom det fra fagpersonens perspektiv er rygning og manglende madlavning, der er det største problem. Undervejs i forløbet kan det være, at den ældre får mod på at begynde at lave mad. I så fald justeres målene og indsatserne.

### Forslag til god praksis

Hav fokus på at udvikle fagpersoners kompetencer til at arbejde med den ældres motivation, fx gennem MI.

**Læs mere:** [http://www.denmotiverendesamtale.dk/Introduktion\\_til\\_Den\\_Motiverende\\_Samtale.pdf](http://www.denmotiverendesamtale.dk/Introduktion_til_Den_Motiverende_Samtale.pdf)

## 1.14 Sæt kort- og langsigtede mål

Når du skal sætte mål for rehabiliteringsforløbet, er det en god ide at skelne mellem det langsigtede (overordnede) mål og de kortsigtede delmål, der skal lede til, at det langsigtede mål kan opnås. Det langsigtede mål er det, der er væsentligt for den ældre, og det som han eller hun er motiveret for at forfølge.

Målene skal fastsættes i samarbejde med den ældre, og fagpersonen skal hjælpe den ældre til at formulere målet, hvis det er nødvendigt. De kortsigtede mål skal formuleres i et tæt samarbejde mellem den ældre og fagpersonerne. De kortsigtede mål er de skridt, der er nødvendige for at nå det langsigtede mål, og her er fagpersonernes viden og kompetencer væsentlige for at opstille realistiske mål.

Det kan fx dreje sig om en ældre borger, som henvender sig, fordi hun ikke længere selv kan gøre rent i sin lejlighed. Udredningen viser, at den ældre har nedsat funktionsevne relateret til

både kroppens funktioner (hun har svært ved at holde balancen og udtrættes nemt), hverdagens aktiviteter (hun har svært ved at gøre rent og købe ind og får ikke lavet mad, så ofte som hun gerne ville) og deltagelse (hun kommer sjældnere ud fra sin lejlighed på anden sal, og hendes netværk svinder ind). I målsætningsfasen finder den ældre og den forløbsansvarlige frem til, at den ældre har et stort ønske om at kunne svømme i den lokale svømmehal igen – en aktivitet hun har været glad for tidligere og som har givet anledning til at tale med andre ældre i lokalområdet. På baggrund af dette overordnede mål opsættes en række delmål relateret til fx:

- At den ældre styrker sin evne til at gå på trapper, så hun kan komme ned fra sin lejlighed uden at udtrættes
- At den ældre styrker sin balance, så hun trygt kan klæde om i svømmehallen
- At den ældre øger sin muskelstyrke i arme og ben, så hun kan magte at svømme ▶

Under rehabiliteringsforløbet får den ældre den hjælp til indkøb og rengøring, som hun har behov for – hjælpen kan justeres løbende, hvis behovet mindskes. Ved afslutning af forløbet foretages en revisitation, hvor det afgøres, om den ældre

fortsat har brug for hjælp og i givet fald hvilken, eller om træningen har haft så positiv indflydelse på hendes muskelstyrke og balance, at hun kan klare sig selv.

#### Forslag til god praksis

Sæt både kort- og langsigtede mål for forløbet.

De kortsigtede mål hjælper til at monitorere, om der er sammenhæng mellem indsatsen og mål.

## 1.15 Det er nødvendigt at sætte 'SMART' mål

**Et mål skal være 'SMART', hvis det skal kunne bruges som styringsredskab. Det vil sige, at målet 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?
- Tidsafgrænset: Hvornår skal målet være nået? (1)

Et eksempel på et mål, der ikke er 'SMART', er: "At fru Jensen kan komme hen i ældrecentret". For at gøre målet SMART skal det være specifikt (hvordan kommer hun derhen?), målbart og tidsafgrænset. Fx formuleret sådan: "At fru Jensen om 12 uger er i stand til at gå ned i det lokale ældrecenter to gange om ugen for at deltage i kortspil".

Derudover skal både fru Jensen og fagpersoner acceptere målet og vurdere, at det er realistisk, for at det er 'SMART'.

#### Målsætningsredskaber

Mange kommuner har gode erfaringer med at bruge interviewredskabet COPM (Canadian

Occupational Performance Measure) til at identificere hvilke aktiviteter i hverdagen, der er vigtige for den ældre og på den baggrund sætte mål for indsatsen. [Link til COPM](#)

Syddjurs og Slagelse Kommuner afprøver en model, hvor alle forløbsansvarlige (sygeplejersker, ergo- og fysioterapeuter) foretager COPM, fordi målsætningen er så afgørende en del af forløbet, at den forløbsansvarlige er nødt til at være en del af det, hvis han eller hun skal kunne fungere som tovholder på forløbet. Det kræver ikke en bestemt faglig baggrund at anvende COPM, men man skal have en sundhedsfaglig uddannelse samt oplæres i brugen af redskabet.

Erfaringerne fra kommunerne peger på, at der kan være udfordringer forbundet med at anvende COPM i samarbejde med personer, der har mentale funktionsnedsættelser (3). For ældre med fx en demenssygdom kan det derfor være relevant at benytte et andet målsætningsredskab.

Fx kan redskabet Talking mats bruges til mennesker med demens. Det er et kommunikationsredskab, som er udviklet i Skotland, der kan hjælpe mennesker med kommunikationsvanskeligheder med at udtrykke deres holdninger inden for en række emner. Talking mats bruger et sæt af billedsymboler som afsæt for at kommunikere med den ældre. ▶

**Kilder**

1: EMU: En guide til brug af SMART-mål,  
<http://www.emu.dk/modul/en-guide-til-brug-af-smart-m%C3%A5l#>

2: Socialstyrelsen (2013): Brug af redskaber i rehabilitering til hverdagens aktiviteter på ældreområdet - En beskrivelse af kommunernes erfaringer og analyse af anvendeligheden  
<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2013/~//media/B66F5F50ED304A19B876A9EE048E71DF.ashx>

3: Socialstyrelsen (2013): Kortlægning af kommunernes erfaringer på rehabiliteringsområdet,  
<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2013/~//media/68CD1891EDC24AA29EDDD0A4B7065E7F.ashx>

**Forslag til god praksis**

Sørg for at mål og delmål er SMART-sikrede.

Det er vigtigt at arbejde med fælles forståelsesrammer blandt medarbejdere, der arbejder med målsætningsredskaber.

## 1.16 Udarbejd en plan for rehabiliteringsforløbet

Ifølge servicelovens § 83 a skal de fastsatte mål og tidsrammen for rehabiliteringsforløbet indgå i en samlet beskrivelse af mål og indsatser for forløbet. Resultatet af den systematiske målsætning kan fx indgå i en individuel plan med konkrete, realistiske og tidsafgrænsede mål og handlinger, der definerer indsatsen over for den ældre samt den ældres egne aktiviteter. Mange kommuner har gode erfaringer med at bruge individuelle rehabiliteringsplaner som en fast del af omsorgssystemet. Der skal fastsættes en tidsramme for forløbet, og tidsrammen indgår i den samlede beskrivelse af mål og indsatser.

Rehabiliteringsplanen kan fx indeholde en beskrivelse af den ældres livssituation og funktionsevne, resultater af udredningen, beskrivelse af de kort- og langsigtede mål, en oversigt over de indsatser, der iværksættes, og hvilke fagpersoner, pårørende, netværk med mere, der er involveret, samt en oversigt over, hvad den ældre selv skal øve sig på/træne i hverdagen. Det er en god idé, at alle fagpersoner hele tiden har adgang til at læse og dokumentere rehabiliteringsplanen for at sikre en løbende koordinering.

Du kan fx hver anden uge følge op på, om indsatsen stadig svarer til den ældres aktuelle behov, og om den ældre har nået delmålene. Det kan fx ske i forbindelse med et tværfagligt møde i den ældres hjem, hvor den ældre, de relevante

fagpersoner og eventuelle pårørende/netværk deltager.

Det er vigtigt, at du fra starten tænker på, hvad der skal ske, når forløbet afsluttes. Skal der fx etableres samarbejde med en frivillig organisation fra starten af forløbet? Eller skal der arbejdes med at udvide den ældres netværk undervejs i forløbet? Det er nødvendigt at inddrage det i planen for at øge chancen for, at den ældre bevarer sin funktionsevne efter endt forløb.

Den ældre kan godt modtage både genoptræning efter sundhedsloven i henhold til en genoptræningsplan og et rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83 a. I dette og lignende tilfælde foreslår Sundhedsstyrelsen, at det er den forløbsansvarlige fagperson, der koordinerer indsatserne. ►

**Kilder**

1: EMU: En guide til brug af SMART-mål,  
<http://www.emu.dk/modul/en-guide-til-brug-af-smart-m%C3%A5l#>

2: Socialstyrelsen (2013): Brug af redskaber i rehabilitering til hverdagens aktiviteter på ældreområdet - En beskrivelse af kommunernes erfaringer og analyse af anvendeligheden  
<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2013/~//media/B66F5F50ED304A19B876A9EE048E71DF.ashx>

3: Socialstyrelsen (2013): Kortlægning af kommunernes erfaringer på rehabiliteringsområdet,  
<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2013/~//media/68CD1891EDC24AA29EDDD0A4B7065E7F.ashx>



### Forslag til god praksis

Udarbejd en standardiseret rehabiliteringsplan, der fx indeholder:

- Beskrivelse af den ældres livssituation og funktionsevne
- Resultater af udredningen
- Beskrivelse af de kort- og langsigtede mål
- Oversigt over de indsatser, der iværksættes
- Oversigt over hvilke fagpersoner, pårørende, netværk med mere, der er involveret, og hvad deres opgaver er
- Oversigt over hvad den ældre selv skal øve sig på/træne i hverdagen.

Det kan være en god idé allerede ved indledningen til rehabiliteringsforløbet, at tale med borgeren om, hvordan han eller hun ser mulighederne for at fastholde og vedligeholde det opnåede – alene eller med støtte fra pårørende eller fagprofessionelle.

## 1.17 Målrettede indsatser

I fase 4 samarbejder fagpersoner, den ældre, pårørende og øvrige netværk eller frivillige om rehabilitering. Forløbet tager udgangspunkt i den systematiske udredning samt den individuelle rehabiliteringsplan. Den forløbsansvarlige sikrer, at målene og planen løbende koordineres og tilpasses i samarbejde med den ældre.

På baggrund af den systematiske udredning og individuelle rehabiliteringsplan afgør den forløbsansvarlige, hvilke faggrupper der skal inddrages i samarbejdet om rehabilitering.

Planen for forløbet skal indeholde delmål med tidsrammer. Det sikrer, at indsatserne kan iværksættes individuelt, fleksibelt og målrettet. For at sikre, at alle faggrupper kender planen og arbejder efter de samme mål, er det en god idé at gøre planen tilgængelig for såvel fagpersoner som de ældre og eventuelt de pårørende, fx ved at planen ligger tilgængelig i den ældres hjem og er tilgængelig for alle medarbejdere i det elektroniske omsorgssystem.

Du skal løbende vurdere, om den ældres mål skal justeres. Det vil ofte være de kortsigtede mål, der justeres. Den forløbsansvarlige kan sikre denne justering. Den ældre skal under hele forløbet have den nødvendige støtte og hjælp til de opgaver, han eller hun ikke magter. ▶

### Relevante faggrupper kan fx være:

- **Hjemmesygeplejen** inddrages ved behov for medicingennemgang og henviser til egen læge for udredning og behandling af sygdom
- **Diætister** inddrages, hvis den ældre har behov for en specialiseret ernæringsindsats
- **Terapeuter** inddrages, hvis den ældre har behov for fysisk træning, ADL-træning (træning i dagligdagens aktiviteter) hjælpemidler eller indretning af hjemmet
- **Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter** inddrages, når den ældre under forløbet har behov for træning i hverdagsaktiviteter eller hjælp og pleje i hjemmet
- **Pædagoger** inddrages, når der er behov for at vurdere og skabe relationer eller for at iværksætte stimulerende og udviklende aktiviteter
- **Demenskoordinatorer/-konsulenter** inddrages, hvis den ældre har en demenssygdom.

### Forslag til god praksis

Følg systematisk op på aktiviteter og mål.

Arbejd systematisk med den ældres mestringsstrategier.

Inddrag pårørende, netværk og civilsamfund, fx ved at indtænke frivillige tilbud i indsatserne.

## 1.18 Vigtigt at mestringsstrategier udvikles i rehabiliteringsforløb

I den målrettede indsats er det vigtigt at arbejde med at udvikle den ældres mestringsstrategier, så rehabiliteringsforløbets resultater kan bevares, når forløbet er slut.

Rehabiliteringsindsatserne kan med fordel tage udgangspunkt i den ældres egne perspektiver på sin situation og mestringsstrategier. Formålet med at arbejde med den ældres egne perspektiver og udbygge relevante mestringsstrategier er at støtte den ældres kontrol over sit eget liv, så han eller hun selv kan tage stilling til, hvad der er meningsfuldt. Det kan bidrage til, at effekterne er langtidsholdbare og meningsfulde for den

ældre, og at den ældre bliver i stand til ved egen hjælp at vedligeholde sin funktionsevne efter et rehabiliteringsforløb.

Det er nødvendigt fra starten at overveje, hvordan den ældre kan bevare sin motivation efter forløbet er slut, fx ved at lade træning foregå i et socialt netværk. Det kan fx være i et aktivitetscenter eller en frivilliggruppe, hvis det opleves meningsfyldt for den ældre.

Emnet mestringsstrategier uddybes i afsnittet **Mestring** og **motivation** i temaet Centrale begreber og vidensgrundlag, og det indeholder **litteraturhenvisninger**.

## 1.19 Helhedsorienterede indsatser

Indsatserne bør rettes mod den ældres samlede funktionsevne, det kan fx dreje sig om:

- Behandling af sygdom i samarbejde med den praktiserende læge
- Medicingennemgang
- Ernæringsindsats
- Fysisk træning
- ADL-træning (træning i dagligdagens aktiviteter)
- Hjælpemidler og/eller tilpasning af omgivelser
- Indsatser mod ensomhed
- Indsatser mod nedsat deltagelse i samfundslivet
- Kontinenspleje
- Faldforebyggende indsatser
- Indsatser rettet mod kognitive funktionsnedsættelser som følge af demens.

Hvis et forløb indebærer flere af ovenstående typer indsatser, er det naturligvis påkrævet, at flere fagligheder arbejder tæt sammen. Det er vigtigt at etablere et godt tværfagligt samarbejde, så alle medarbejdere arbejder efter det samme mål og koordinerer deres indsatser, så de aftalte mål bliver ved med at være styrende for forløbet.

**Link til afsnit om tværfaglig organisering**

En ældre i et rehabiliteringsforløb (efter serviceloven) kan som en del af forløbet have behov for indsatser under sundhedsloven. Her er det afgørende, at gældende retningslinjer overholdes, og at de rette sundhedsfaglige kompetencer er til stede (se fx [www.sst.dk](http://www.sst.dk) og [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk)). Forslagene til indsatser herunder kan inspirere dig til at tilrettelægge indsatser i rehabiliteringsforløb.

## 1.20 Behandling af underliggende sygdom i samarbejde med praktiserende læge

Får hjemmesygeplejen mistanke om, at en ældre lider af ubehandlet sygdom, er det vigtigt, at hjemmesygeplejen taler med den ældre og eventuelt en pårørende om det, så hjemmesygeplejen kan kontakte den praktiserende læge. Visse lidelser/gener kan

være forårsaget af den medicinske behandling. Derfor kan en medicingennemgang være relevant. Hjemmesygeplejen kan tage kontakt til den praktiserende læge og beskrive den ældres lidelser/gener, så lægen kan vurdere behovet for en indsats.

## 1.21 Medicingennemgang

Der kan være behov for en medicingennemgang, hvis den ældre er i behandling med flere lægemidler for en eller flere sygdomme.

Medicingennemgang er en struktureret gennemgang af den ældres medicin med det formål at optimere den medicinske behandling, blandt andet i forhold til interaktioner og bivirkninger. Det skal drøftes med den ældre og eventuelt en pårørende, hvis hjemmesygeplejen vurderer, at der er behov for at se nærmere på den

ældres medicin. Hjemmesygeplejen drøfter med den praktiserende læge, om der er behov for en gennemgang af den ældres medicinering.

---

### Kilder

1: Huss et al. 2008: Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.

### Viden

Samarbejde med den praktiserende læge:

Flere studier peger i retning af, at en grundig indledende klinisk undersøgelse kombineret med jævnlige opfølgninger har en effekt på at opretholde funktionsevne på kort sigt og forebygge risici på længere sigt (1).

## 1.22 Ernæringsindsatser

Måltider og ernæring har stor betydning for vores funktions-evne og livskvalitet. Hvis ikke den ældre indtager den rette mængde af de nødvendige næringsstoffer, opnår han eller hun ikke den ønskede effekt af de iværksatte rehabiliteringsindsatser. Derfor er det også vigtigt, at tand- og mundsundheden er i orden for, at den ældre kan indtage de næringsstoffer, vedkommende har brug for (1).

Hvis ikke den ældre indtager den rette ernæring, får han eller hun også sværere ved at nå sine mål for rehabiliteringen og vil dermed fortsat opleve nedsat funktionsevne og måske forringet livskvalitet. Fx kan madlavning (indkøb, tilberedning og anretning) tilrettelægges med et rehabiliterende sigte. Det vil blandt andet sige, at den ældre kan have et mål for rehabiliteringsforløbet om, at han eller hun selv skal kunne købe ind, tilberede et måltid og/eller anrette et måltid. ▶

**Eksempler på indsatser:**

Ernæringsindsatser omfatter mange fagligheder og spænder fra fokus på nærings sammensætningen til rammerne omkring måltidet, fx:

- Tand- og mundsundhed
- Næringsberiget mad (superkost)
- Hjælp til at spise (specialbestik, udskæring, hoved- og siddestilling m.m.)
- Borddækning
- Socialt samvær omkring måltidet (fx spisevenner, madklubber)
- Halvfabrikata
- Hjælp til indkøb
- Ernæringstilskud (fx ernæringsdrikke)
- Ernæringsplan
- Vejledning om kost og indkøb
- Tygge-/synkevenlig kost (konsistensmodificeret).

Der findes flere forslag til at kombinere ernæringsindsatser og rehabiliteringsindsatser i Sundhedsstyrelsens Faglige anbefalinger og beskrivelser af god praksis for ernæringsindsatser til ældre med ikke-planlagt vægttab (2).

**Kilder**

- 1: ÆldreForum (2015): Sunde tænder hele livet. Ældres tand- & mundsundhed – inspiration til social- og sundhedspersonale & pårørende.
- 2: Socialstyrelsen (2015): Faglige anbefalinger og beskrivelser af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab, <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2015/~media/2627323832484F4FB4C2F8747C82A85B.ashx>
- 3: Danmarks Statistik (2016): <http://www.statistikbanken.dk/RESMAD>
- 4: Neelemaat, F., Bosmans, J.E., Thijs A., Seidell J.C., van Bokhorst-de van der Schueren, M.A. (2013): Oral nutritional support in malnourished elderly decreases functional limitations with no extra costs, *Clin Nutr.* 2012;31
- 5: Wyers, C.E., Reijven, P.L., Evers, S.M., Willems, P.C., Heyligers, I.C., Verburg, A.D., van Helden S., Dagnelie, P.C. (2013): Cost-effectiveness of nutritional intervention in elderly subjects after hip fracture. A randomized controlled trial, *Osteoporos Int.* 2013;24
- 6: Freijer, K., Nuijten, M.J., Schols, J.M. (2012): The budget impact of oral nutritional supplements for disease related malnutrition in elderly in the community setting, *Front Pharmacol.* 2012 May 4;3:78. doi: 10.3389/fphar.2012.00078. eCollection 2012.
- 7: Socialstyrelsen (2014): Cost-effectiveness studie af tværfaglig ernæringsintervention blandt skrøbelige underernærede ældre, <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2014/~media/DC62A506FB094D3A9E145DEEB9939DA3.ashx>

**Viden**

Op mod 60 pct. af de ældre, som bor på plejehjem eller er indlagt på hospitaler, er underernærede. 39.896 borgere modtog madservice i Danmark (2015). (3)

Fire studier viser omkostningseffektiviteten af ernæringsindsatser. Et enkelt studie beskriver omkostningseffektiviteten ved en kombineret trænings- og ernæringsindsats. De fire studier havde følgende konklusioner:

- Indsatsen var udgiftsneutral på grund af den bevarede fysiske funktionsevne (4)
- Indsatsen var omkostningseffektiv i forhold til vægtøgning. Indsatsen var desuden omkostningseffektiv i forhold til opnået livskvalitet hos deltagere under 75 år (5)
- Indsatsen gav anledning til besparelse på grund af færre indlæggelser (6)
- Det formaliserede tværfaglige samarbejde var omkostningseffektivt i forhold til livskvalitet (7).



## 1.23 Fysisk træning

Fysisk aktivitet i dagligdagen har stor betydning for, at ældre kan bevare et godt helbred og opretholde funktionsevnen (1).

En fysisk aktiv hverdag styrker livskvaliteten og det fysiske helbred (1,2). En fysisk inaktiv hverdag forøger risikoen for nedsat funktionsevne og medfører højere dødelighed (1). Ældre er mere udsatte end andre aldersgrupper for tab af funktionsevne. Derfor er det særlig vigtigt, at ældre vedligeholder bevægelighed, kondition, balanceevne samt muskel- og knoglestyrke (1).

Fysisk aktivitet omfatter både bevidst, målrettet, regelmæssig træning og mere ustruktureret aktivitet. Det kan være selvorganiseret eller organiseret fx i en idrætsforening. Helt almindelige hverdagsaktiviteter som fx gang, cykling, havearbejde og trappegang er også fysisk aktivitet (1).

### Eksempler på indsatser:

- Hverdagsaktiviteter som havearbejde, madlavning og rengøring kan være fysisk befordrende lige som motionsaktiviteter som gåture, cykling, dans, roning og jogging mv.
- Træning i maskiner kan anbefales, fordi denne type træning kræver mindre koordination og balance, og fordi maskinerne kan justeres

i forhold til individuelle smerter, fysiske begrænsninger, nedsat lungekapacitet mv. Studier viser, at træning i hjemmet kan øge funktionsevnen hos borgere over 65 år. Det kan fx være træning med elastikker, vægtmanchetter, håndvægte, vandflasker og lignende som modstand. Ligeledes kan fx gang på trappetrin, knæbøjninger, hælhævninger, armbøjninger og armstrækninger styrke kroppen. Belastningen kan tilpasses ved at ændre kroppsstillinger og ydre modstand, fx med vægtmanchetter (3).

- Træning på hold kan bidrage med et socialt aspekt, som potentielt kan forebygge social isolation, som ældre ofte er udsat for. Træningen kan både være et rum for fysisk udfoldelse og socialt samvær.

### Kilder

1: Sundhedsstyrelsen (2011): Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling

<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2015/~//media/4ADE8E6E5DBB4AD2B6FD194DDAA993C1.ashx>

2: Chou et al. (2015): Effect of exercise on physical function, daily living activities, and quality of life in the frail older adults: A meta-analysis, Arch Phys Med Rehabil.

3: Thiebaud, Robert S. et al (2014): Home-based resistance training for older adults: A systematic review, Geriatr Gerontol int. s. 750-757

### Viden

Et formaliseret samarbejde mellem klinisk diætist, ergoterapeut og fysioterapeut har vist sig langt mere effektivt end en indsats, der udelukkende benytter en af de tre faggrupper. Resultaterne af en formaliseret tværfaglig intervention var blandt andet at:

- De ældre i interventionsgruppen opnåede positiv effekt på deres fysiske funktionsevne
- De ældre i interventionsgruppen opnåede positiv effekt på deres livskvalitet
- Vægtøgning generelt hang sammen med øget livskvalitet (2).

Der er sammenhæng mellem fysisk træning og:

- Flere leveår
- Fysisk funktionsniveau
- Livskvalitet
- Kognition
- Reduktion af en række sygdomme (fx diabetes 2, apopleksi, osteoporose med flere) (1).

På Sundhedsstyrelsens hjemmeside <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/fysisk-aktivitet/> findes et skema med eksempler på motion med moderat og høj intensitet for fysiske aktiviteter generelt.

## 1.24 ADL-træning (træning i dagligdagens aktiviteter)

Fagfolk deler almindelig daglig livsførelse (ADL) op i personlige gøremål (PADL), som er nødvendige for alle mennesker, fx at tage tøj af og på, gå i bad, gå på toilettet og udføre anden personlig pleje, samt i mere udadvendte aktiviteter (IADL, I står for instrumentel) som fx madlavning, rengøring og indkøb, som er nødvendige for at være selvhjulpne. ADL-træning skal være intensiv. Det vil sige, at indsatsen iværksættes hurtigt og består af hyppig træning i overensstemmelse med den ældres ønsker, muligheder, træningsbehov og situation. Den internationale klassifikation af funktionsevne (ICF) indeholder oversigter over aktiviteter og deltagelse, som kan danne grundlag for at udrede begrænsninger i den almindelige daglige livsførelse (<http://www.who.int/classifications/icf/en/>).

### Eksempler på indsatser:

Find i samarbejde med den ældre frem til nogle træningsaktiviteter, som den ældre selv kan udføre som et supplement til den professionelle støtte (1,2). Herved kan den ældre selv tage ansvar for at optræne og styrke sin mestring og selvstændighed. Træning af PADL og IADL i hjemmet med fokus på muskelkraft, koordination og udholdenhed er fx:

- Badning (personlig hygiejne)
- Påklædning
- Madlavning.

---

### Kilder

1: Chou et al (2012): Effect of exercise on physical function, daily living activities, and quality of life in the frail older adults: a meta-analysis.

2: Toto, P., E. et al (2013): Best practice physical activity programs for older adults and ADL/IADL performance: A Scoping review.

3: Orellano et al. (2012): Effects of occupation- and activity-based interventions on instrumental activities of daily living performance among community-dwelling older adults: A systematic review.

### Viden

Studier tyder på, at tværfaglige multikomponente interventioner har en positiv virkning i forhold til ADL (3).

## 1.25 Hjælpemidler og/eller tilpasning af omgivelser

Brug af hjælpemidler kan bidrage til, at den ældre kan styrke sin selvhjulpnehed, bevare sine aktiviteter og forbedre sin funktionsevne. Hjælpemidler er derfor en effektiv og nyttig del af en rehabiliteringsindsats.

Hjælpemidler er produkter, der er fremstillet med henblik på at afhjælpe en fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse. Af servicelovens § 112 fremgår det, at kommunalbestyrelsen skal yde støtte til hjælpemidler ved varigt

nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. Bestemmelsen om, at funktionsevnen skal være varigt nedsat, betyder, at ældre med en midlertidig funktionsnedsættelse ikke kan tildeles hjælpemidler efter servicelovens § 112.

Brug af hjælpemidler kan dog være nyttig i et rehabiliteringsforløb. Det er op til kommunalbestyrelsen at tilrettelægge indholdet af rehabiliteringsforløbet. ▶

Syddjurs kommune har håndteret udfordringen ved, at hjælpemiddelvisitationen organisatorisk ikke er adskilt fra resten af visitationen, og de mest gængse hjælpemidler, fx ganghjælpemidler, toiletforhøjer og strømpepåtager kan lånes i en prøveperiode under et rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83 a. Efterfølgende kan hjælpemidlet bevilges permanent, hvis behovet vurderes at være varigt.

Slagelse kommune har løst udfordringen ved at indkøbe et mindre sortiment af nyttige småhjælpemidler, som hjemmeterapeuterne kan udlevere til borgerne i et rehabiliteringsforløb. På samme måde kan hjemmeterapeuterne udlåne de mest gængse hjælpemidler, fx badebænk og strømpepåtager under et rehabiliteringsforløb efter § 83 a. Hvis borgerens behov for hjælpe-

midlet ved opfølgningen vurderes at være varigt, kan hjælpemidlet bevilges permanent efter servicelovens § 112.

#### Eksempler på hjælpemidler:

- Mobilitetshjælpemidler (fx stokke, rollatorer, el-kørestole og -scootere) er vigtige hjælpemidler. Ud over at være en aktivitet i sig selv er mobilitet forudsætningen for at kunne udføre mange andre aktiviteter, fx gå på toilettet, besøge andre, lave kaffe, tørre støv af.
- Hjælpemidler målrettet mentale funktionsnedsættelser kan ofte bidrage til, at personer med fx en demensdiagnose bedre kan opretholde daglige gøremål. Eksempler er pille-doseringsæsker med huskealarmer, elektroniske kalendere, sikringssystemer ved komfur og el-køkkenapparater.
- Sikkerhedshjælpemidler kan skabe tryghed i forbindelse med fx toiletbesøg og personlig hygiejne, der ofte har et stort sikkerhedsmæssigt aspekt. Et almindeligt hjælpemiddel er støttegreb opsat forskellige steder i badeværelset, så den ældre sikkert kan sætte og rejse sig ved toilettet, bevæge sig rundt i badeværelset og tage bad uden at falde. Andre eksempler er skridsikre bademåtter og badetaburetter.
- Velfærdsteknologi er højteknologiske hjælpemidler, der gør det muligt at udføre aktiviteter

selvstændigt. De benyttes stadig hyppigere i rehabiliteringssammenhæng. Det kan være et toilet med indbygget vask og tørring, en spiseprobot, der gør det muligt for en person med nedsat funktion i armene at spise selvstændigt, robotstøvsugere og smart home teknologi, der gør det muligt at varetage forskellige funktioner ved et enkelt tryk på en fjernbetjening. Det kan fx være at tænde og slukke lys, fjernsyn eller computer, åbne og lukke vinduer og døre eller trække gardiner for og fra.

- Boligændringer udføres hyppigst for at muliggøre aktivitet og deltagelse for personer med motorisk funktionsnedsættelse, især hjælpemiddelbrugere, eller for at gøre hjemmet til en egnet arbejdsplads for plejepersonale. Boligændringer kan også udføres for at forebygge fald eller på grund af perceptuelle eller mentale funktionsnedsættelser. Fx kan brugen af signalfarver på toiledør og toiletbræt støtte personer med demens i at finde frem til toilettet, og en dørklokke, der aktiverer en lysalarm, kan gøre en person med omfattende hørenedsættelse opmærksom på, at der ringes på.
- Kommunikationshjælpemidler bruges af personer med nedsat kommunikationsevne. Det drejer sig fx om funktionsnedsættelser inden for syn, hørelse og tale samt ordblindhed. Hjælpemidler i form af briller, tekstforstørrende systemer, mobility-stokke, farvelæsere, høreapparater, videotelefoner, computere med specielle programmer, mobiltelefoner med særlige apps, talemaskiner, højtlesere osv. kan styrke selvstændigheden. Omgivelserne kan fx tilpasses med teleslynger, websider og information baseret på tekst og verbale informationer, fx i transportmidler og på offentlige kontorer.

---

#### Kilder

1: Brandt, Å., Jensen L. R. ed., (2014): Grundbog om hjælpemidler, 2. udg. Munksgaard Danmark

2: Socialstyrelsen (2014): Mobilitetshjælpemidler til voksne - Hjælpemidler, der virker. Aktuel forskningsbaseret viden til udvikling og planlægning af den kommunale indsats.

## 1.26 Indsatser rettet mod ensomhed

Ensomhed kan defineres på flere måder, men fælles for alle definitioner er, at ensomhed betragtes som en individuel oplevelse af at føle sig alene. At føle sig ensom er ikke det samme som at være alene. Man kan være selvvalgt alene, men man vælger ikke selv at føle sig ensom. Hver fjerde dansker føler sig ofte eller en gang imellem uønsket alene. Følelsen af ensomhed kan medvirke til, at et ældre menneske trækker sig tilbage fra omverdenen og bliver socialt isoleret (1). Social isolation kan medvirke til et tab af funktionsevne og kan resultere i sygdomme som fx depression (2), give højere risiko for demens, genindlæggelser og fald (3).

En forudsætning for at kunne formidle viden om tilbud til ældre mennesker er, at kommunens medarbejdere har adgang til et overblik over de lokale frivillige og kommunale tilbud. Nogle kommuner har en 'pensionisthåndbog', en 'social vejviser' eller en lignende fysisk oversigt over tilbuddene i kommunen, mens andre har en hjemmeside.

Hjemmesiden [www.aktivtaeldreliv.dk](http://www.aktivtaeldreliv.dk) giver et overblik over aktiviteter og tilbud til ældre i en lang række danske kommuner. De nedenstående indsatser er eksempler på indsatser, som kan være relevante at tænke ind i et rehabiliteringsforløb.

### Eksempler på indsatser:

- Spisevenner  
For mange ældre, der oplever ensomhed, er måltidet et af de sværeste tidspunkter på dagen. Her trænger følelsen af at være alene sig særligt på. En række kommuner har gode erfaringer med at arrangere gruppeaktiviteter med fællesspisning som den bærende aktivitet. Formålet er at forebygge og mindske ensomhed blandt ældre, der bor alene. At bruge måltidet som en ramme for det sociale fællesskab kan være med til at øge livskvaliteten og

mindske oplevelsen af ensomhed blandt mennesker, der ellers ville spise alene.

'Spisevenner' er et tilbud til ældre, der bor alene, om at mødes med andre, der savner selskab under måltidet. Aktiviteten afholdes i en mindre gruppe på 4-8 deltagere, så der er god mulighed for at tale sammen om et fælles bord og lære hinanden at kende.

[Link til forebyggeshåndbog](#)

- Mandegrupper  
Både kvinder og mænd oplever ensomhed, men undersøgelser viser, at enkemænd er særligt udsatte. I en lang række kommuner er der derfor fokus på at udvikle aktivitetstyper, der appellerer til mænd. Formålet er at forebygge og mindske ensomhed blandt ældre mænd.

[Link til forebyggeshåndbog](#)

<http://aktivtaeldreliv.dk/> giver et overblik over aktiviteter og tilbud til ældre.

### Kilder

- 1: Sundhedsstyrelsen (2013): Den nationale Sundhedsprofil.
- 2: Schwarzbach, M. et al.: Social relations and depression in late life -A systematic review, in Journal of Geriatric Psychiatry 2014, 29: 1-21.
- 3: Nichol森, N.R.: A review of Social Isolation: An important but Underassessed Condition in Older Adults. J Primary Prevent (2012) 33: 137-152.
- 4: Pitkala et al. (2011): Effects of socially stimulating group intervention on lonely, older people's cognition: A randomized, controlled trial

### Viden

Forskning i ensomhed peger på, at psykosociale gruppeinterventioner har en betydning for ensomme ældres kognition (4).

## 1.27 Indsatser rettet mod nedsat deltagelse i samfundslivet

At et menneske kan klare sig fysisk, er ikke tilstrækkeligt til at sikre trivsel. Forskning viser, hvor væsentligt det er, at man oplever at høre til en eller flere grupper. Det styrker identiteten og bidrager til, at man føler sig værdsat og inkluderet i samfundet. At tilhøre grupper fremmer også ens trivsel og helbred og forebygger sygdom i højere grad eller på samme niveau som rygeophør, sænkning af blodtryk, fedmebekæmpelse og øget fysisk aktivitet. Derfor er det grundlæggende og nødvendigt for en effektiv rehabiliteringsindsats at bevare, udvikle eller styrke den ældres netværk (1).

### Eksempler på indsatser:

- Brug af sociale medier: Elektroniske mødesteder som fx Facebook eller fora for ældre kan skabe tætte relationer og et sted at søge rådgivning og føle sig hørt og anerkendt. Det er let at sætte i værk og hæmmes ikke af nedsat mobilitet
  - Sangkor, håndarbejde, håndværk, motion, læseklubber og alle former for hobbyaktiviteter
  - Støtte til at bevare aktiviteter, da disse ofte er kombineret med socialt samvær. Her kan man mødes med ligesindede og dyrke eller stifte betydningsfulde venskaber. I lokal-samfundet findes ofte mange muligheder
  - Kulturelle aktiviteter: Teater, musik, foredrag, udflugter
- Benyt markedsafhængige kulturtilbud, stift netværk omkring deltagelse i fx sammenkomster, hvor den fælles oplevelse diskuteres
  - 'Cykling uden alder' er et eksempel på et initiativ, der har stor succes med at skabe stærke fællesskaber mellem beboere, pårørende og medarbejdere på plejecentre og frivillige 'cykelpiloter' (<http://cyklingudenalder.dk/>).

---

### Kilder

- 1: Haslam, J., Haslam, C. (2011): *The Social Cure: Identity, Health and Well-Being*, Psychology Press, U.K.
- 2: Dickens et al. (2011): *Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review*

### Viden

Forskning i ensomhed peger på, at gruppebaserede interventioner, som har et teoretisk grundlag og fordrer medlemmernes aktive deltagelse, har betydning for den ældres deltagelse i samfundslivet. Det teoretiske grundlag kan fx være:

- Undervisning i at bruge internettet for at lære at benytte sociale medier samt opsøge relevante tilbud på nettet eller i nærområdet
- Undervisning i at håndtere sygdommen, hvis gruppens deltagere er tilbudt deltagelse grundet specifik sygdom
- Hvordan man håndterer stress, angst mv.
- Mestringsstrategier.

Den aktive deltagelse forudsætter, at gruppens deltagere ikke blot modtager undervisning, men at deres egne erfaringer også inddrages i det omfang, de har lyst til det. Derudover er det væsentligt, at gruppens deltagere er med til at bestemme indholdet af forløbet, fx ved at der besluttet et eller flere overordnede temaer i den samlede gruppe, som mindre grupper af deltagere derefter understøttes i at tilrettelægge (2).



## 1.28 Kontinenspleje

At være inkontinent, hvad enten det drejer sig om urininkontinens eller analinkontinens, kan både medføre negativ påvirkning af livskvaliteten, nedsat fysisk aktivitetsniveau og afståelse fra et socialt liv (1,2,3).

Vær derfor opmærksom på inkontinens hos den ældre i forbindelse med et rehabiliteringsforløb. Det kan være helt afgørende for et godt rehabiliteringsforløb, at ældre med inkontinensproblematikker udredes, behandles eller tildeles de optimale hjælpemidler, så de kan udføre aktiviteter og forbedre deres livskvalitet.

Udredning og behandling i kommunalt regi tager primært udgangspunkt i principperne om Minimal Care (4). Det vil sige, at udredning og behandling i vid udstrækning handler om hjælp til selvhjælp. Ved hjælp af enkle midler som interview, væskevandladningsskemaer, vejning af bleer, visuelle observationer af afføring mv. kan inkontinensstypen diagnosticeres og behandles med ikke-invasive og ikke-farmakologiske tiltag.

Inkontinens er et komplekst felt og vil ofte kræve tværfagligt samarbejde mellem sundhedsprofessionelle, for at en målrettet og helhedsorienteret indsats kan iværksættes for den enkelte borger (2,3).

Reviews peger på, at ældres inkontinens og indsatser rettet herimod, er et underbelyst område. For gruppen af ældre og svækkede ældre kan der arbejdes med konservative tiltag i form af fx assisteret toiletbesøg, tidsbestemt toiletbesøg og fokus på adfærd og vaner.

Inkontinensbehandlingen i kommunerne sker ofte i samarbejde med de praktiserende læger, hvis indsats tager afsæt i kliniske retningslinjer for udredning og behandling (5). Der bør altid udføres en sundhedsfaglig udredning af årsagerne til inkontinens.

Sundhedsstyrelsen har i 2015 og 2016 fremlagt Nationale Kliniske Retningslinjer i forhold til hhv. analinkontinens hos voksne (6) og urininkontinens hos kvinder (7).

### Kilder

- 1: Nordisk patientundersøgelse om urininkontinens 2011-2012, Kompas Kommunikation
- 2: Drennan et al (2012): Conservative interventions for incontinence in people with dementia or cognitive impairment, living at home: a systematic review
- 3: Stenzelius, K et al (2015): The effect of conservative treatment of urinary incontinence among older and frail older people: a systematic review. *Age and Ageing*, 2015, 44: 736-744
- 4: Minimal Care: [www.gyncph.dk/procedur/gyn/minicare.doc](http://www.gyncph.dk/procedur/gyn/minicare.doc)
- 5: Dansk Selskab for Almen medicin (2009): Udredning og behandling af nedre urinvejssymptomer hos mænd og kvinder - Klinisk vejledning for almen praksis, [http://www.dsam.dk/files/9/urinvejssymptomer\\_rettet.pdf](http://www.dsam.dk/files/9/urinvejssymptomer_rettet.pdf)
- 6: Sundhedsstyrelsen (2015): Analinkontinens hos voksne, [https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2015/~/\\_media/1642B313BC8B4BF18F8765E3875ED1CD.ashx](https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2015/~/_media/1642B313BC8B4BF18F8765E3875ED1CD.ashx)
- 7: Sundhedsstyrelsen (2016): Urininkontinens hos kvinder - National klinisk retningslinje, [https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2016/~/\\_media/8064FA387FA447CBAE2B945FA280C9E2.ashx](https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2016/~/_media/8064FA387FA447CBAE2B945FA280C9E2.ashx)
- 8: Sundhedsstyrelsen (2009): Urininkontinens hos kvinder - evaluering af udredning og behandling i almen praksis og på hospital, [http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ2010/EMM/Urininkontinens/Evaluering\\_urininkontinens.pdf](http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ2010/EMM/Urininkontinens/Evaluering_urininkontinens.pdf)

### Viden

Ca. 400.000 mennesker i Danmark lider af urininkontinens. Sundhedsstyrelsen vurderer, at 50 % af kvinder over 75 år lider af urininkontinens. Det skønnes, at 100.000 mennesker i Danmark lider af analinkontinens (8).

## 1.29 Faldforebyggelse

Fald er den hyppigste ulykkesform blandt ældre. Det er en af de væsentligste årsager til tab af funktionsevne, og tab af funktionsevne øger igen risikoen for faldulykker (1). Et fald påvirker ikke kun den fysiske funktionsevne. Det kan også føre til store psykiske og sociale konsekvenser og i yderste konsekvens død (2).

En række studier peger på, at forebyggelse af fald virker. En faldepisode defineres imidlertid forskelligt i forskellige undersøgelser, og derfor kan det være vanskeligt at sammenligne effekten af faldforebyggende indsatser (1).

### Tre centrale indsatser, som kan bidrage til at forebygge fald og faldrelaterede skader og ulykker:

- Balance- og styrketræning
- Indsatser med fokus på flere risikofaktorer
- Helhedsorienteret vejledning og rådgivning om sundhed (3).

Læs mere i håndbogen "Forebyggelse på ældreområdet": [https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2015/~/\\_/media/06270654E0FD44EFB919F2112ABF794D.ashx](https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2015/~/_/media/06270654E0FD44EFB919F2112ABF794D.ashx)

Det er en god ide, at kommunen udarbejder en kommunal vejledning med handlemuligheder for, hvad der skal ske, når risikofaktorer for fald er identificeret hos en ældre. Det kan fx være oplysninger om og procedurer for, hvordan og hvornår der skal henvises til en egentlig faldudredning og/eller en oversigt over faldforebyggende indsatser i kommunen. Nedenfor findes eksempler på indsatser, der med fordel kan indgå i den ældres rehabiliteringsforløb.

Du bør altid handle på årsagerne til tilstedeværelsen af risikofaktorer for fald, da disse kan være et symptom på andre problematikker, herunder andre samtidige sygdomme.

### Eksempler på indsatser:

- Balance- og styrketræning  
Indsatsen har til formål at styrke ældres muskelstyrke og balance. For at afdække, om den ældre kan have glæde af træning, kan du foretage en vurdering af den ældres livssituation og risikofaktorer for fald. Du kan supplere vurderingen med test af fysisk funktionsniveau ved hjælp af Rejse-sætte-sig-testen. Vær opmærksom på risiko for fald, hvis den ældre kan rejse sig mindre end fem gange på 30 sekunder. Samtalen gennemføres i et ressourceorienteret perspektiv med fokus på den ældres oplevelse af, hvad der går godt og mindre godt i hverdagen. Med udgangspunkt i den ældres oplevelse af, hvad der er væsentligt, kan du og den ældre tale om de mulige positive gevinster ved balance- og styrketræning. Du kan introducere forskellige muligheder for træning på egen hånd og/eller på hold. Spørg i den forbindelse yderligere til den ældres hverdagsliv

[Link til forebyggeshåndbogen](#)

- Individuel faldrådgivning  
Individuel faldrådgivning har fokus på flere risikofaktorer og er en kombination af udredning og tilbud, der tager udgangspunkt i den ældres ønsker og behov. Indsatsen er målrettet ældre med stor risiko for fald. Formålet er at opspore og udrede ældre med stor risiko for fald tidligere og motivere dem til at deltage i relevante faldforebyggende indsatser

[Link til forebyggeshåndbogen](#) ▶

### Viden

Ca. 60 % af alle fald blandt personer over 65 år medfører skader (1). Fald er årsag til ca. 95 % af alle hoftebrud, og halvdelen af de personer, der pådrager sig et hoftebrud grundet fald, kommer aldrig til at gå som før faldet (3).

- **Seniorkurser**  
Seniorkurser kan opbygges som en række kursusdage med fokus på forskellige temaer relateret til sundhedsfremme og "aktivt ældreliv". Formålet er at styrke ældres handlegkompetencer inden for sundhedsområdet – herunder give dem viden om fald og faldforebyggelse. Hav fokus på, at fald ikke er en uundgåelig konsekvens af alder, men kan forebygges aktivt gennem styrke-, balance-træning og viden om konkrete træningsmuligheder.

<http://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2015/~media/06270654E0FD44EFB919F2112ABF794D.ashx>

---

#### Kilder

1: Sundhedsstyrelsen (2006): Faldpatienter i den kliniske hverdag – rådgivning fra Sundhedsstyrelsen

2: Dansk Selskab for Almen Medicin (2012): Den ældre patient, 1. udgave, 1. oplag, 2012

3: Sundhedsstyrelsen (2015): Forebyggelse på ældreområdet – Håndbog til kommunerne

## 1.30 Indsatser rettet mod kognitive funktionsnedsættelser som følge af demens

Personer med en demenssygdom kan have gavn af et rehabiliteringsforløb, og også ældre med en demensdiagnose kan omfattes af tilbud om rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83 a. En forbedring af funktionsevnen hos ældre med en demensdiagnose kan for eksempel bestå i, at den ældre bliver bedre i stand til at klare sin hverdag. Erfaringer fra de danske kommuner viser dog, at en demenssygdom ofte er blevet betragtet som et eksklusionskriterium for et rehabiliteringsforløb (1). Personen med demens kan dog gennem et rehabiliteringsforløb understøttes i at bevare mest muligt af sin selvstændighed og livskvalitet. For samfundet betyder målrettede rehabiliteringsforløb for personer med demens, at omkostningerne til hospitalsophold, plejepladser mv. reduceres.

Målet for rehabilitering af ældre med demens er, at den ældre:

- opnår et så trygt og meningsfuldt hverdagsliv som muligt
- vedligeholder eller kompenseres for svækkede kropsfunktioner
- har aktiviteter, der bevarer identitet, roller og fysisk velvære
- har sociale kontakter, der skaber fællesskab med andre mennesker, så den ældres oplevelse af at høre til, at være beskæftiget samt at føle nærhed og omsorg vedligeholdes.

Det er vigtigt, at den ældre deltager så meget som muligt, og at pårørende inddrages i det omfang, personen med demens ønsker det. Fx er der gode erfaringer med Talking Mats som metode til at arbejde med målsætning i rehabiliteringsforløb, hvor den ældre er kognitivt svækket. Det nedsatte mentale funktionsniveau gælder for alle demenssygdomme og påvirker hverdagslivet. Nedenfor er der opstillet nogle typiske følger af demenssygdom og forslag til relevante rehabiliteringsindsatser.

#### Nedsat kommunikation

Ved nedsat kommunikation er det vigtigt, at både de professionelle og de pårørende tilpasser deres kommunikation til de forudsætninger, som personen med demens har. Det kan være nødvendigt med en udredning fra en audiologopæd.

#### Utryghed

Utryghed er et hyppigt symptom på demenssygdom. Formålet med rehabiliteringsindsatser kan være at øge trygheden. Vær opmærksom på, at der sker en koordination blandt de mennesker, der omgås personen med demens. Tilsvarende er det en god ide at sikre, at én gennemgående person (professionel eller pårørende) kan skabe tryghed for personen med demens. Det er også vigtigt at

tilpasse de fysiske omgivelser, så de er forståelige og genkendelige. Er der noget, der stresser i dagligdagen, kan opgaven eller genstanden med fordel fjernes fra de umiddelbare omgivelser.

### Nedsat hukommelse og tidsforståelse

Følger af nedsat hukommelse og tidsforståelse kan mindskes med tekniske hjælpemidler, piktogrammer, skriftlige eller automatiske mundtlige vejledninger og ved at indrette omgivelserne, så de støtter hukommelsen og tidsforståelsen.

### Nedsat tilknytning og social deltagelse

Målet med rehabiliteringsindsatser kan være at understøtte personen med demens i at bevare sine

familierelationer, ligesom det er afgørende at skabe mulighed for samvær med andre for at give en oplevelse af at være en del af et fællesskab.

#### Kilder

1: Socialstyrelsen (2013): Kortlægning af kommunernes erfaringer på rehabiliteringsområdet, <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2013/~//media/68CD1891EDC24AA29EDDD0A4B7065E7F.ashx>

2: Sundhedsstyrelsen (2013): National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens, <http://sundhedsstyrelsen.dk/~//media/1AB1A34E3A664E4D83A4127328ADBF17.ashx>

3: Sundhedsstyrelsen (2013): National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens, <http://sundhedsstyrelsen.dk/~//media/1AB1A34E3A664E4D83A4127328ADBF17.ashx>

### Forslag til god praksis

Tilbyd medarbejdere og pårørende omsorgsgivere træning i at kommunikere med personer med demens. Det har signifikant positiv virkning på omsorgsgiveres kommunikationsfærdigheder og på demente personers livskvalitet og velbefindende (3). Inddrag både pårørende, netværk og civilsamfund i indsatserne. Fx kan den forløbsansvarlige hjælpe med at facilitere kontakt til en nabo, en frivillig eller andre, der kan gå en tur med den ældre dagligt, frem for at den forløbsansvarlige selv går tur med den ældre.

### Viden

Ifølge Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinje for udredning og behandling af demens (2) er der evidens for en række ikke-farmakologiske interventioner målrettet mennesker med demens, fx:

- ADL-træning
- Fysisk træning
- Faldforebyggelse
- Kognitiv stimulation
- Ernæringsindsatser
- Indsatser rettet mod tand- og mundhygiejne
- Støtte til pårørende.

## 1.31 Inddrag pårørende, netværk og civilsamfund i forløbet

Den ældres pårørende og netværk spiller en væsentlig rolle i samarbejdet om rehabilitering. Derfor er det en god ide at inddrage dem i rehabiliteringsforløbet i det omfang, den ældre selv ønsker det. At deltage i sociale aktiviteter kan være en forudsætning for et aktivt,

tilfredsstillende og uafhængigt liv for ældre. Det at have god kontakt med sin familie har en positiv betydning for levealderen blandt ældre (1). Hvis den ældre har pårørende og andet netværk, kan disse bidrage med relevant information og være vigtige støtter og samarbejdspartnere. Derfor ▶

kan du give pårørende og netværk information og rådgivning om, hvordan de bedst hjælper i rehabiliteringsforløbet.

Indsatser, der retter sig mod at reducere isolation og ensomhed, kan have en positiv effekt på den ældres funktionsevne og kan derfor med fordel

være en del af tilbuddet. Her vil det ofte være relevant at samarbejde med den ældres netværk, lokalsamfund og eventuelt frivillige. Du kan fx lave aftaler med en nabo om gåture med faste mellemrum, etablere spisegrupper i frivilligt regi eller den ældre kan aftale med pårørende, hvordan de kan understøtte indsatserne.

## 1.32 Mål og indsatser skal justeres løbende

Du skal løbende vurdere, om den ældres mål og/eller indsatserne skal justeres. Fx hver anden uge eller hyppigere ved behov. Justeringer skal laves i dialog med den ældre. Lad gerne den forløbsansvarlige sørge for, at justeringerne finder sted, og at ændringer registreres i den samlede beskrivelse af forløbet. For at skabe effektive forløb skal du følge med i, om målene nås. Hvis målene ikke er nået, skal du justere planen og/eller målene. Samtidig er det en god ide, at du dokumenterer og gør justeringerne tilgængelige for alle involverede parter, da det er en forudsætning for at arbejde efter det samme mål. En rehabiliteringsplan er et godt redskab til dette.

Der kan være behov for at justere målene og opstille mere ambitiøse mål eller udvide målsætningen til andre områder af den ældres liv, hvis han eller hun fx klarer sig bedre og udvikler sig hurtigere end forventet. Omvendt kan det være nødvendigt at justere de iværksatte indsatser for at opnå den ønskede effekt eller justere målene, så de bliver mere realistiske, hvis den ældres funktionsevne ikke udvikler sig så hurtigt som forventet.

### Kilder

1: Socialstyrelsen (2013): Evidens for effekten af rehabilitering for ældre med nedsat funktionsevne. En litteraturgennemgang, <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2013/~//media/7F96FF7FC205427F9873BED318DA44CB.ashx>

## 1.33 Afslutning

Når tidsrammen for forløbet er nået, skal der følges op på, om den ældre har nået sit mål og sine delmål, og om den ældres funktionsevne er forbedret. Det kan med fordel være den forløbsansvarlige, der i samarbejde med den ældre og eventuelt andre fagpersoner følger op på dette. Det er en god idé at gennemføre de tests, der blev udført ved opstart igen ved afslutning, så det bliver synligt både for den ældre og for fagpersoner hvilke resultater, der er opnået. Dokumentationen af effekten er også værdifuld som ledelsesinformation, så kommunen kan videreudvikle rehabiliteringsindsatserne (link til tema 4 om dokumentation). ▶

### Rehabiliteringsforløbet kan give forskellige resultater i relation til hjælpebehovet:

- Den ældre kan være blevet helt selvhjulpne og har derfor ikke behov for hjemmehjælp
- Den ældre kan være blevet delvist selvhjulpne og har reduceret sit behov for hjemmehjælp
- Den ældre kan have øget sin selvstændighed uden at have mindsket sit behov for hjemmehjælp.



Det er en god ide at sikre, at borgeren kan vedligeholde sin funktionsevne efter forløbet. En måde at sikre dette på er at foretage en systematisk overlevering til enten forebyggelsesindsatsen i kommunen, hvis den ældre ikke fortsat skal modtage hjemmehjælp, eller til hjemmeplejen, hvis den ældre fortsat skal modtage hjemmehjælp. Du kan med fordel etablere en fast procedure for overlevering mellem rehabiliteringsforløb og forebyggende medarbejdere.

Det er også vigtigt, at du inddrager den ældres netværk i afslutningen af et forløb, så de nye vaner og handlinger bliver integreret i den ældres fortsatte liv, fx ved, såfremt den ældre ønsker

det, at invitere pårørende og/eller øvrige netværk med til et afsluttende møde, hvor I træffer aftaler mellem den ældre og dennes netværk.

Aalborg Kommune har gode erfaringer med at inddrage en forebyggelseskonsulent i hele forløbet. Konsulenten deltager blandt andet i møder ad hoc og sparrer med både den ældre og fagpersoner om relevante tilbud.

Når fagpersonerne har fokus på den ældres mestringsstrategier og motivation undervejs i hele forløbet, øges sandsynligheden for, at den forbedrede funktionsevne kan vedligeholdes.

**[Link til mestring i tema om centrale begreber](#)**

### Forslag til god praksis

Gentag relevante tests for at dokumentere effekten af forløbet.

Foretag en ny funktionsevnevurdering for at vurdere behovet for hjælp.

Sæt fokus på, hvordan den ældre kan vedligeholde den forbedrede funktionsevne, fx ved at invitere pårørende/netværk med til et afsluttende møde.



# Implementering af rehabiliteringsforløb

- 2.1 Implementering af rehabiliteringsforløb
- 2.2 Vellykket implementering er en forudsætning for virkningsfulde rehabiliteringsindsatser
- 2.3 Vellykket implementering kræver en klar strategi
- 2.4 Udarbejd en implementeringsplan
- 2.5 Ledelse: Stærk ledelse er en drivkraft i implementering
- 2.6 Organisering: Den rette organisering understøtter implementering
- 2.7 Tværfagligt samarbejde er en forudsætning for rehabilitering
- 2.8 Tværfaglighed i praksis
- 2.9 Relationel koordinering
- 2.10 Beskrivelse af arbejdsgange bidrager til effektive rehabiliteringsforløb
- 2.11 Rehabiliteringsindsatser medfører eksternt samarbejde
- 2.12 Lokalsamfund
- 2.13 Kompetencer
- 2.14 Læringsmiljø på arbejdspladsen
- 2.15 Dokumentation og resultatopfølgning

## 2.1 Implementering af rehabiliteringsforløb

Dette tema henvender sig til dig, der er ansvarlig for eller bidrager til at sikre en god implementering af rehabiliteringsindsatserne i kommunen. Implementering er en samlet betegnelse for de aktiviteter, der omsætter en indsats fra papir til praksis, så indsatserne bliver en integreret del af kommunens drift. Temaet beskriver, hvad der er væsentligt at have fokus på, når I implementerer rehabiliteringsindsatserne. Temaet bygger på forskning om succesfuld implementering og på erfaringer fra de danske kommuner, herunder de foreløbige erfaringer fra Syddjurs og Slagelse Kommuner, der afprøver og evaluerer Sundhedsstyrelsens model for rehabiliteringsforløb.

**Implementering er en samlet betegnelse for de aktiviteter, der omsætter en indsats fra papir til praksis, så indsatserne bliver en integreret del af kommunens drift**

## 2.2 Vellykket implementering er en forudsætning for virkningsfulde rehabiliteringsindsatser

Forskning viser, at en vellykket implementering er en forudsætning for, at rehabiliteringsindsatser virker. De fleste kommuner har arbejdet med rehabilitering på ældreområdet i en årrække, og fra 1. januar 2015 blev det lovpligtigt at tilbyde rehabiliteringsforløb efter § 83 a i serviceloven. Mange kommuner har derfor allerede gjort sig mange erfaringer med implementering af rehabiliteringsindsatser. Efter at kommunerne har afprøvet rehabiliteringsindsatser på projektplan og siden implementeret disse i driften, er der nu et behov for at arbejde med at implementere § 83 a i kommunerne.

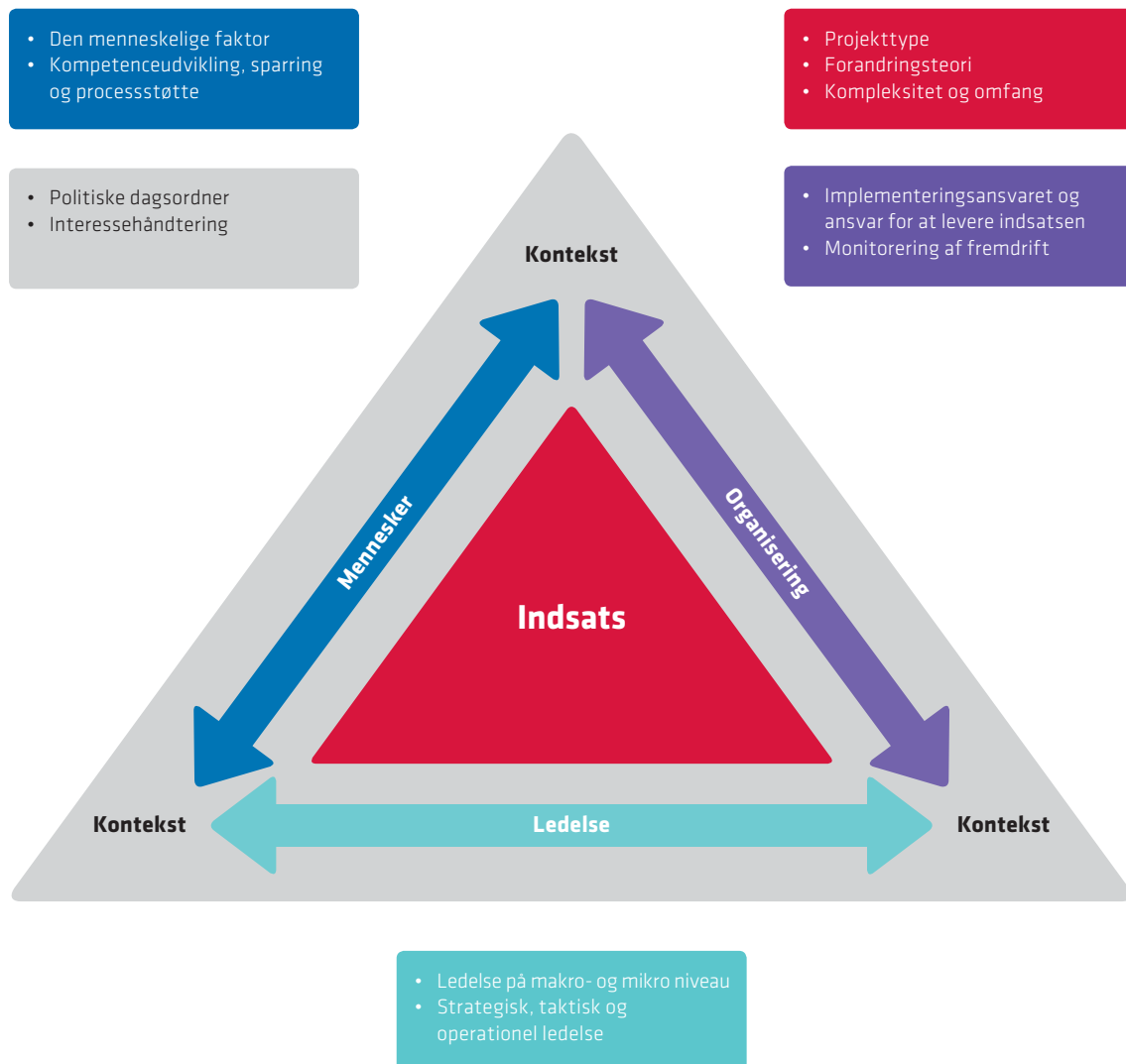
Erfaringerne viser, at det kræver stor vedholdenhed fra ledere og medarbejdere at implementere rehabiliteringsindsatser, da I skal flytte fokus fra ydelser og kvalitetsstandarder til et fokus på den ældres ressourcer og

mestringsevner. Det kræver, at I arbejder med organisationskulturen, med vaner og med grænseflader mellem de enkelte faggrupper. Implementering af rehabiliteringsindsatser skal ske på forskellige niveauer i den kommunale organisation: Såvel ledelse (både politisk og administrativ), medarbejdere, borgere, pårørende og samarbejdspartnere er nødvendige aktører. Derfor er det hensigtsmæssigt, at jeres implementeringsstrategi involverer alle parter. Når I udarbejder strategien, er det en god ide at afstemme, hvilke krav en vellykket implementering stiller til de tre omdrejningspunkter, der er centrale i enhver implementeringsproces: Ledelse, organisering og mennesker – herunder kompetencer i organisationen (1, 2, 3). ▶

### Forslag til god praksis

Udarbejd en klar og tydelig strategi og konkretiser den i en implementeringsplan, som beskriver en klar ansvars- og rollefordeling.

Samspeilet mellem de tre kan illustreres i en trekant:



Når I udarbejder en strategi, er det også centralt, at I har konteksten for implementeringen for øje. Er der særlige omstændigheder som fx lovgivning og politisk fokus, paradigmer/dagsordner, interessenter og finansiering, som påvirker implementeringen? Det næste afsnit beskriver, hvad der kræves af ledelse, organisering og mennesker/kompetencer og giver inspiration til god praksis.

#### Kilder:

1. Fixsen, D., S. F. Naoom, K. A. Blasé, R. M. Friedman & F. Wallace (2005): Implementation Research: A Synthesis of the Literature, University of South Florida
2. Metz, A., K. Blasé, L. Bartley, D. Wilson, P. Redmond & K. Malm (2012): Using implementation science to support and align practice and system change: A case study of the Catawba county child wellbeing project, Child Trends 2012-7
3. Fixsen, D., B. Albers & H. Månsson (2012): Bæredygtighed via effektiv implementering, Kognition & Pædagogik nr. 86, december 2012

## 2.3 Vellykket implementering kræver en klar strategi

En vellykket implementering forudsætter blandt andet, at I udarbejder en klar strategi for implementering af indsatsen som der er politisk opbakning til i kommunen. I kan med fordel formulere en vision for rehabiliteringsarbejdet og de resultater, I ønsker at opnå. En del af rehabiliteringsindsatsen er givet på forhånd af lovgivningen, og en del vil være afhængig af jeres vision.

I strategien er det oplagt, at kommunens overordnede ledelse tager stilling til den ledelsesmæssige forankring af den samlede rehabiliteringsindsats. Herunder hvor ansvaret for implementeringen af rehabilitering på ældreområdet på tværs af de involverede enheder skal ligge, samt hvordan ressourcer skal allokeres. I kan formulere målene for implementeringen med udgangspunkt i de resultater, I forventer at kunne opnå for målgruppen. Opfølgning på mål bør have fokus på resultater og ikke aktiviteter.

## 2.4 Udarbejd en implementeringsplan

Overvejelserne kan munde ud i en konkret implementeringsplan, der blandt andet indeholder beskrivelser af konkrete aktiviteter, milepæle og ansvar for de forskellige elementer. En implementeringsplan er et styringsredskab til at implementere et projekt eller indsats, og den indeholder et overblik over opgaver, milepæle og roller i projektet. Hvis planen skal være anvendelig som et styringsredskab, er det en fordel, hvis planen er dynamisk og opdateres løbende med udviklingen i projektet eller indsats - fx med omplacering af roller/ansvar eller nyopståede opgaver og eventuelle forsinkelser.

En implementeringsplan kan med fordel deles op i faser for projektet eller indsatsen - fx:

- Forberedelse
- Opstart
- Drift/vedligeholdelse.

Derudover kan implementeringsplanen fx indeholde:

- Tidslinje for implementeringen
- Milepæle i projektet og deres deadlines
- Opgaver, der skal udføres som led i at opnå milepæle og deres varighed/deadline - fx at beskrive visitations-procedurer og indgå samarbejdsaftaler, uddanne personale, udarbejde plan for rekruttering af målgruppe
- Status på opgave, fx færdig, planmæssigt i gang, bagud eller aflyst.
- Fordeling af ansvar og roller for opgaver og milepæle.

## 2.5 Ledelse: Stærk ledelse er en drivkraft i implementering

En ledelse, der bakker op, er en vigtig forudsætning for en vellykket implementering af indsatser. Det er ledelsen, der kan give

forandringerne mening og vigtighed. Ingen mennesker ændrer rutiner og arbejdsgange, hvis ikke de oplever det som nødvendigt og vigtigt. ▶

Ledelsens rolle er at være med til at:

- Initiere implementeringsprocessen
- Understøtte implementeringsprocessen løbende
- Vælge de rigtige medarbejdere
- Kommunikere målsætningerne

Ledelsen kan med fordel have fokus på at sikre, at medarbejderne har den nødvendige viden, tid og motivation til at gennemføre indsatsen (1, 2). Ledelsen kan også have fokus på at støtte etableringen af gode samarbejdsrelationer på tværs i organisationen og eksternt til relevante parter, herunder frivillige og foreninger.

Generelt kan ledelse inddeles i tre niveauer:

- Det strategiske ledelsesniveau
- Det taktiske ledelsesniveau
- Det operationelle ledelsesniveau.

Ledelsens opgave er at drive implementeringen, og derfor er det væsentligt, at I har en fælles forståelse på tværs af de forskellige ledelsesniveauer af de specifikke mål, som I sigter mod at nå med implementeringen. Det strategiske ledelsesniveau vil i en kommunal sammenhæng være direktørniveauet, der lægger de store linjer og som arbejder gennem andre ledere (på det taktiske niveau). Samtidig vil det være det strategiske niveau, der har kontakt til kommunens politikere, såfremt der kræves politisk opbakning til implementeringsprocessen.

Det taktiske ledelsesniveau vil typisk være ældrechefen eller social- og sundhedschefen, der ofte har den daglige ledelsesopgave over det operationelle ledelsesniveau. Det taktiske ledelsesniveau vil typisk have det overordnede faglige ansvar for at udfylde rammerne for de visioner, der er udstukket af det strategiske niveau.

Det operationelle ledelsesniveau er ofte teamledere og kommunale projektledere eller

andre medarbejdere, som har fået en særlig rolle i implementeringsprocessen. De er medarbejdernes nærmeste ledelsesniveau, og det er dem, der omsætter den strategiske ledelses visioner til operationelle handlinger inden for de rammer, som er udstukket af det taktiske ledelsesniveau. ▶

Erfaringer fra de danske kommuner viser tydeligt, at et tydeligt ledelsesmæssigt fokus er altafgørende for succesfuld implementering af rehabiliteringsindsatser. På det strategiske og taktiske ledelsesniveau er det fx ledelsens opgave at udmønte beslutninger i handlinger, holde fokus og være involveret. Det har stor betydning for medarbejdernes engagement og forståelse af, hvor vigtig implementeringen er, at en borgmester eller kommunaldirektør er til stede og præsenterer visionen, når medarbejderne er på kursus eller afholder temadage.

På det operationelle ledelsesniveau er det en god ide, at I kontinuerligt sætter rehabilitering på dagsordenen, fx på personalemøder eller i samarbejdsrelationer på tværs af organisationen.

Den samlede ledelse er nødt til at gøre det tydeligt for medarbejdere og borgere, hvorfor forandringen er nødvendig, og hvad gevinsterne er.

---

### Kilder

1. Fixsen, D., B. Albers & H. Månsson (2012): Bæredygtighed via effektiv implementering, *Kognition & Pædagogik* nr. 86, december 2012
2. Greenhalgh, T., G. Robert, F. Macfarlane, P. Bate & O. Kyriakidou (2004): Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *The Milbank Quarterly*, vol. 82, No. 4
3. Socialstyrelsen (2013): Veje til god mad og godt liv for ældre borgere. Implementeringsguide til indsatser i den kommunale forvaltning omkring mad og måltider

### Forslag til god praksis

- Synliggør forandringens nødvendighed
- Skab en klar vision
- Kommuniker visionen og fremskridt i implementeringen
- Gør det muligt for andre at forfølge visionen – skab rammer som fremmer implementeringen
- Konsolider forbedringerne og sæt flere forandringer i værk (3).



## 2.6 Organisering: Den rette organisering understøtter implementering

I kan fremme en vellykket implementering, hvis jeres organisering understøtter implementeringen. Når I skal implementere en indsats, er det blandt andet vigtigt, at I får skabt overblik over de primære kommunale aktører, der er berørt af indsatsen, og at I får beskrevet de arbejdsgange, der er forudsætningen for at skabe en sammenhængende og koordineret indsats. Det er også vigtigt, at I drøfter samarbejdsflader med eksterne samarbejdspartnere og eventuelt indgår en samarbejdsaftale, der skaber klarhed om fælles mål og ansvarsområder. I kan desuden understøtte det tværfaglige samarbejde og bakke op om implementeringen ved at have jævnlige møder på ledelsesniveau om implementeringen. Eventuelt via en følgegruppe eller ved at inddrage de centrale parter i styregruppen.

Når I organiserer indsatsen, er det en god ide at få udarbejdet et monitoreringssystem, der understøtter og følger op på implementeringen.

**Link: Dokumentation og resultatopfølgning**

### Understøttende organisering

At skabe en understøttende organisering handler om, at der kan være forhold i organisationen, der skal ændres eller drøftes, før en vellykket implementering kan finde sted. Det kan være strukturelle forhold, som hvordan I følger op på mål og resultater eller praktiske forhold, som at medarbejderne på tværs af faggrupper har fysisk lokalfællesskab. Rehabilitering forudsætter, at I har et tæt samarbejde mellem forskellige enheder, fx visitation, hjemmeplejen, hjælpemiddelvisitation, træningsenhed og sygeplejen.

Nogle kommuner oplever arbejdsdelingen mellem forskellige faggrupper og funktioner eller den organisatoriske struktur som en barriere for at fremme en mere tværfaglig og helhedsorienteret tilgang til de ældre. I kan have brug for dels at justere formelle arbejdsgange, dels at adressere de mere uformelle og kulturelle barrierer for implementeringen. ▶

### Forslag til god praksis

Etabler en styregruppe med relevante aktører fra alle niveauer af organisationen.  
Skab overblik over arbejdsgange og samarbejdsflader.  
Udarbejd et monitoreringssystem.

Følgende temaer kan med fordel adresseres for at skabe en understøttende organisering:

- Hav fokus på at udvikle en kultur, der understøtter implementering af indsatsen
- Kommuniker, så udvekslingen af informationer understøtter indsatsen
- Sørg for, at der er gode rammer for at koordinere med de relevante aktører, der er involveret i indsatsen
- Etabler aftaler og procedurer, så der er en klar rolle- og opgavefordeling mellem de involverede aktører i indsatsen
- Etabler fælles målsætninger, der sætter rammer for arbejdet med indsatsen
- Skab ejerskab til indsatsen, eksempelvis ved fælles at beslutte den optimale implementering af indsatsen
- Sørg for teknisk og praktisk understøttelse, fx ved at øge brug af IT og mulighed for sekretærbistand etc.
- Frikøb medarbejdere og sikr aflastning til at understøtte implementeringen (herunder tid til sparring) og hold dem fri fra forskellige opgaver i starten af implementeringsfasen
- Tilpas budgetstrukturen, så den understøtter den tværfaglige opgaveløsning (1, 2)

I kan også overveje, om budgetstrukturen skal tilpasses, så den understøtter en tilgang, hvor de forskellige funktioner i højere grad oplever i arbejder sammen om en fælles opgave og eksempelvis rapporterer tilbage til den øverste ledelse ud fra samme mål.

---

#### Kilder

1. Durlak, J. A. & E. DuPre (2008): Implementation matters: A review of research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation. American Journal of Community Psychology 41, marts 2008

2. Fixsen, D., B. Albers & H. Månsson (2012): 'Bæredygtighed via effektiv implementering' Kognition & Pædagogik nr. 86, december 2012

## 2.7 Tværfagligt samarbejde er en forudsætning for rehabilitering

Alle kommuner er forpligtede til at tilbyde tværfagligt sammensatte rehabiliteringsforløb (jf. § 83 a i serviceloven). I kan derfor med fordel organisere rehabiliteringsindsatser i formelle tværfagligt arbejdende grupper med den ældre i centrum. Behovet for tværfaglige indsatser afhænger af den ældres konkrete problemstillinger.

I Slagelse og Syddjurs Kommuner, som afprøver en model for rehabiliteringsforløb, er der sammensat tværfaglige grupper af forløbsansvarlige, som blandt andet har fokus på

at facilitere det tværfaglige samarbejde om de enkelte forløb. Det er ledelsens opgave at sikre, at der er tid og rum til, at tværfagligheden kan fungere i praksis.

Mange kommuner fremhæver, at gode muligheder for tværfagligt samarbejde er afgørende for at skabe effektive rehabiliteringsforløb. Samtidig har rigtig mange kommuner en udfordring i at skabe de gode rammer i hverdagen. Afsnittene herunder beskriver, hvordan I kan adressere behovet for et tæt tværfagligt samarbejde.

## 2.8 Tværfaglighed i praksis

På ældreområdet er der mange forskellige måder at organisere det tværfaglige samarbejde i rehabiliteringsindsatser. Indsatsen er typisk forankret i hjemmeplejen – enten i samarbejde med andre enheder (fx træningsenhed og sygepleje), eller ved at hjemmeplejen får tilført ekstra ressourcer (fx terapeuter og sygeplejersker).

Nogle kommuner har arbejdet med en model i hjemmeplejen, hvor samtlige social og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter indgår i rehabiliteringsforløb. Andre har arbejdet med en model, hvor kun udvalgte social- og sundhedshjælpere og social- og

sundhedsassistenter indgår (1). Der er ikke tilstrækkelig viden om effekterne af de forskellige måder at organisere tværfagligt samarbejde til at kunne afgøre hvilken organisering, der er mest effektiv (2).

Det tætte tværfaglige samarbejde om indsatser og den ældres mål er vigtige for at lykkes med rehabilitering. Derfor er det godt at sikre, at de forløbsansvarlige fagpersoner og social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter har gode rammer for at mødes, formelt såvel som uformelt. Slagelse og Syddjurs Kommuner, der afprøver en model for rehabiliteringsforløb, har etableret forskellige ▶

mødefora. De forløbsansvarlige fagpersoner mødes i en tværfagligt sammensat gruppe (sygeplejersker, ergoterapeuter og fysioterapeuter) og drøfter de enkelte forløb. Dette bidrager til, at de tværfagligt kan drøfte hvert enkelt forløb.

De fagpersoner, der er involveret i hvert enkelt forløb, mødes også jævnligt. Den forløbsansvarlige skal planlægge dette, men det er den daglige ledelse, der skal sikre, at der er tid til det i hverdagen. Det kan fx gøres ved, at den forløbsansvarlige deltager i møder i hjemmeplejen og sørger for at inddrage eventuelt andre relevante fagpersoner, fx demenskoordinatoren.

Erfaringerne fra kommunerne er, at det godt kan lade sig gøre at skabe gode rammer for det tværfaglige samarbejde, men at det kræver et målrettet ledelsesmæssigt samarbejde på tværs af faglige søjler og afdelinger.

#### Kilder

1: Socialstyrelsen (2013): Kortlægning af kommunernes erfaringer på rehabiliteringsområdet, <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2013/~/media/68CD1891EDC24AA29EDDD0A4B7065E7F.ashx>

2: Momsen et al (2012): Multidisciplinary team care in Rehabilitation: an overview of reviews, J Rehabil Med.

### Forslag til god praksis

Konkrete metoder til at sikre gode rammer for det tværfaglige samarbejde mellem de medarbejdere, der sammen løfter rehabiliteringsopgaven, kan omfatte:

- Tværfaglige enheder, hvor de forløbsansvarlige fagpersoner (terapeuter og sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter er ansat under samme ledelse
- Fysisk lokalfællesskab, hvor de forløbsansvarlige fagpersoner og social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter har let adgang til uformelt at drøfte, hvordan det går med de ældre
- At de forløbsansvarlige fagpersoner har faste arbejdsdage i plejen, fx to dage om ugen
- Fælles arbejdsdage, hvor den forløbsansvarlige fagperson besøger de ældre sammen med social- og sundhedshjælpere eller social- og sundhedsassistenter og efterfølgende i fællesskab justerer rehabiliteringsplanerne
- Fælles møder, både formelle (fx gruppemøder) og uformelle (fx frokost).

## 2.9 Relationel koordinering

Relationel koordinering er en evidensbaseret tilgang til tværfagligt samarbejde, der bygger på, at relationer er afgørende for kvalitet, effektivitet og trivsel. Relationel koordinering bygger på syv grundprincipper:

1. Fælles mål
2. Fælles viden
3. Gensidig respekt
4. Problemløsende kommunikation
5. Hyppig kommunikation
6. Rettidig kommunikation
7. Korrekt kommunikation

Flere kommuner har gode erfaringer med at arbejde med relationel koordinering som afsæt for at udvikle det tværfaglige samarbejde.

Fx har medarbejdere i Slagelse Kommune afholdt tværfagligt sammensatte temadage, hvor medarbejderne blandt andet har arbejdet med at udvikle et fælles kodeks for samarbejde på tværs af organisatoriske skel for at lette implementeringen af modellen for rehabiliteringsforløb. ▶

#### Kilder

1. Gittell, Jody Hoffer (2012): Effektivitet i sundhedsvæsenet – samarbejde, fleksibilitet og kvalitet

### Forslag til god praksis

#### **Fokuser på mellemledere**

Mellemlederens kompetence til at skabe faglig refleksion er afgørende for at udvikle det tværfaglige samarbejde. Hav derfor særligt fokus på mellemledernes kompetencer.

#### **Skab fleksible grænser imellem funktionerne**

Skab et fælles billede af kerneopgaven, så den ældres mål og udvikling er i centrum for indsatsen. På den måde kan grænser mellem faggruppernes funktioner blive mere fleksible, og I kan bedre koordinere indsatserne.

#### **Brug tværfaglige koordinatore**

Tværfaglige koordinatore, fx i form af forløbsansvarlige kan bidrage til at styrke den relationelle koordinering blandt medarbejderne. [Link til forløbsansvarlige](#)

#### **Afhold tværfaglige møder om det enkelte forløb**

På tværfaglige møder kan deltagerne koordinere deres indsats og udveksle perspektiver på det enkelte forløb. Det bidrager til øget koordinering og kommunikation og højner derved graden af relationel koordinering.

### Viden

Begrebet relationel koordinering stammer fra amerikaneren Jody Hoffer Gittel.

Et amerikansk studie har vist, at en fordobling af den relationelle koordinering mellem hjælpere og andre faggrupper i ældreomsorgen betyder en forøgelse af livskvaliteten for ældre på 37 %. Den samme forøgelse af relationel koordinering imellem hjælpere og andre faggrupper betyder samtidig en forøgelse af jobtilfredsheden for hjælpere på 30 %. Forbedringerne er både store og statistisk signifikante (1).

[Link til BrancheArbejdsmiljøRådenes video om samarbejde i ældreplejen og relationel koordinering.](#)

## 2.10 Beskrivelse af arbejdsgange bidrager til effektive rehabiliteringsforløb

Når I skal implementere rehabiliteringsindsatser, er det hensigtsmæssigt, at I skaber overblik over de kommunale aktører, der er involveret, og beskriver de arbejdsgange, der skal skabe en sammenhængende og koordineret indsats. Som led i at sikre, at rehabiliteringsindsatserne bliver godt implementeret, kan I tage stilling til hvilke arbejdsgange, der er behov for at omlægge, for at det er muligt at tilrettelægge rehabiliteringsforløb med den ældres mål i centrum. Arbejdsgangene skal udvikles i samarbejde med en bred skare af udførende medarbejdere i organisationen, og

ledelsens opgave er at følge op på implementeringen af nye arbejdsgange, når de sættes i drift.

Fx er det afgørende, at der er en tæt dialog mellem visitationen og de udførende medarbejdere, for at viden om den ældre overleveres, og alle arbejder efter det samme mål. Det kan I praktisere gennem fælles visitationer, jævnlige fællesmøder, og ved at myndighedspersonen deltager i de tværfaglige borgermøder m.m. ▶

Slagelse og Syddjurs Kommuner har gode erfaringer med at kortlægge de eksisterende arbejdsgange og med at designe og iværksætte

bedre arbejdsgange i et samarbejde mellem medarbejdere, ledere og konsulenter.

### Forslag til god praksis

Kortlæg eksisterende arbejdsgange for at identificere eventuelle forbedringspotentialer. Inddrag medarbejdere og ledere på alle niveauer af organisationen, når nye arbejdsgange skal udvikles. Dette sikrer, at de nye arbejdsgange kan realiseres i praksis, og at der er ejerskab i organisationen.

## 2.11 Rehabiliteringsindsatser medfører eksternt samarbejde

Rehabiliteringsindsatser involverer typisk eksterne samarbejdspartnere. Derfor kan I med fordel drøfte samarbejdsflader og muligheder og eventuelt indgå samarbejdsaftaler, der skaber klarhed om fælles mål og ansvarsområder.

For at I kan udføre rehabilitering på ældreområdet kompetent, målrettet og omkostningseffektivt, er det hensigtsmæssigt, at I tænker indsatsen på tværs af social- og sundhedsområdet og har fokus på relevante samarbejdspartnere.

Som en del af planlægningen af rehabiliteringsindsatsen kan I kortlægge relevante samarbejdspartnere. Vær opmærksom på, om der lokalt er særlige personer eller foreninger/netværk/private aktører med stor kontaktflade til ældre. Kortlægningen kan beskrive, hvem der kan være relevante samarbejdspartnere, og hvad der konkret kan samarbejdes om.

### Samarbejdspartnere er:

- Regionale og private aktører: Almen praksis, speciallægepraksis, tandlæger, fysioterapeuter, fodterapeuter, sygehuse m.fl.
- Aktører i lokalsamfundet: Frivillige, foreninger, pårørende, trossamfund, boligsociale medarbejdere, private aktører m.fl.

### Sundhedsaftaler som følge af sundhedsloven

Sundhedsaftalerne, som følger af sundhedsloven,

er en vigtig ramme for samarbejdet med de regionale aktører. Regionens samarbejde med kommunerne om sammenhængende rehabiliteringsindsatser fastlægges i sundhedsaftalerne.

Sundhedsaftalen indgås mellem regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen en gang i hver valgperiode. Sundhedsaftalen fastsætter rammer og målsætninger for samarbejdet mellem parterne på fire obligatoriske indsatsområder inden for sundhedsområdet herunder "Genoptræning og rehabilitering".

Ud over de aftaler, I indgår på de obligatoriske indsatsområder, kan I indgå supplerende aftaler af frivillig karakter.

Sundhedsaftalen omfatter både samarbejdet mellem sygehuse og kommunale tilbud og samarbejdet mellem praksissektoren og kommunale tilbud.

### Sundhedsaftaler

Sundhedsaftalen indgås mellem regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen en gang i hver valgperiode. Sundhedsaftalen fastsætter rammer og målsætninger for samarbejdet mellem parterne på fire obligatoriske indsatsområder inden for sundhedsområdet herunder "Genoptræning og rehabilitering". ▶

Ud over de lovbundne aftaler, der indgås, kan der indgås supplerende aftaler af frivillig karakter. Sundhedsaftalen omfatter både samarbejdet

mellem sygehuse, praksissektoren og kommunale tilbud.

**Forslag til god praksis**  
Kortlæg lokale eksterne samarbejdspartnere.

**Viden**  
Sundhedsaftalen er en oplagt ramme for at sikre sammenhæng i indsatsen mellem sundhedsområdet og andre tæt forbundne områder herunder socialområdet.

## 2.12 Lokalsamfund

Civil- eller lokalsamfundet kan spille en vigtig rolle i det enkelte rehabiliteringsforløb og i jeres samlede rehabiliteringsindsats. Foruden etablerede foreninger omfatter 'lokalsamfundet' også løst organiserede frivillige, naboer, pårørende, kirker/trossamfund eller andre former for fællesskaber, den ældre kan være en del af.

### Foreninger og frivillige

Der findes en mangfoldighed af foreninger, netværk og grupper, som tilbyder aktiviteter og socialt samvær for ældre. Foreningerne spænder fra 'ældre hjælper ældre'-aktiviteter, over hobbyaktiviteter, sport og motion, til sociale tiltag som cafeer og selvhjælpsgrupper. Disse aktiviteter kan være centrale i rehabiliteringsforløb. Samarbejdet og den løbende dialog kan både dreje sig om at dele viden og etablere (nye) tilbud, fælles arrangementer og gensidige henvisninger (1).

De frivillige i foreninger mv. er ofte tæt på den ældre og har tid til at lægge et personligt engagement i relationen. På den måde er der grobund for, at den ældre bevarer motivationen efter endt rehabiliteringsforløb og derved bevarer sin funktionsevne så vidt muligt.

Det er en god ide, at I lokalt analyserer udfordringer og muligheder på rehabiliteringsområdet sammen med repræsentanter fra foreninger og aftaler, hvem der gør hvad, så samspillet med foreninger og frivillige baseres på lokale ønsker og behov (1, 2).

### Samarbejde med frivillige foreninger

I kan med fordel gå i dialog med lokalsamfundet, herunder især frivillige foreninger, om hvordan I kan styrke rehabiliteringsindsatsen for ældre mennesker, fx i sårbare livsfaser. Dialogen kan munde ud i konkrete aftaler om gensidig vidensudveksling om eksisterende tilbud, etablering af nye tilbud til særlige målgrupper og aftaler om gensidig henvisning af ældre.

Det er afgørende for de frivilliges motivation, at I anerkender det arbejde, de gør. Frivillige kan ikke 'bestilles' til at udføre en opgave, men gennem en dialog være med til at udvikle nye muligheder og tiltag i arbejdet med rehabilitering.

### Frivillighedscharter

For at styrke og udvikle samspillet mellem det frivillige Danmark/Foreningsdanmark og det offentlige er der udarbejdet et charter med grundlæggende værdier og rammer for dette samspil. **Link: <http://www.frivilligcharter.dk/>** ▶

### Kilder

1. Charter for samspil mellem den frivillige verden og det offentlige, <http://www.frivilligcharter.dk/node/>
2. Frivilligt Forum, FOA m.fl. (2011): Spilleregler for samarbejdet mellem frivillige og professionelle, [http://www.ftf.dk/fileadmin/Bruger\\_filbibliotek/Loen\\_og\\_personale/MEDbestemmelse/Spilleregler\\_for\\_samarbejdet.pdf](http://www.ftf.dk/fileadmin/Bruger_filbibliotek/Loen_og_personale/MEDbestemmelse/Spilleregler_for_samarbejdet.pdf)
3. Gotthardsen, D. N., Center for frivilligt socialt arbejde (2011): Håndbog til kommuner om samarbejde med foreninger <http://www.frivillighed.dk/Webnodes/H%E5ndbog+til+kommuner+om+samarbejde+med+foreninger/31354>



### Forslag til god praksis

- Skab et gensidigt kendskab mellem frivillige og kommunale medarbejdere, da det er forudsætningen for et godt samarbejde (1)
- Skab gode rammer for dialog og samarbejde. Aftal faste møder og udpeg gerne en kommunal kontaktperson, som foreningerne og de frivillige kan tage fat i med spørgsmål, ønsker og ideer til nye initiativer (1)
- Tag udgangspunkt i de ældres konkrete ønsker og behov i dialogen med foreninger og frivillige. En sådan tilgang skaber rum for at drøfte udfordringer og finde nye, innovative løsninger til gavn for de ældre (3)
- Hent hjælp hos den kommunale frivilligkonsulent og/eller det lokale frivilligcenter. De har erfaring med samarbejde på tværs og har overblik over de eksisterende tilbud i civilsamfundet.

## 2.13 Kompetencer

Når I skal implementere indsatser, er det centralt, at I har fokus på, om de relevante kompetencer er til stede i den organisation, som skal udføre indsatsen. Når I udvikler og videreudvikler kompetencer, bidrager I til at professionalisere rehabiliteringsindsatsen.

Essensen af implementering er ofte at ændre adfærd hos fagpersoner (den sekundære målgruppe), før I kan forvente positive resultater hos de ældre (den primære målgruppe). Derfor har det stor betydning, at I arbejder med fagpersonernes kompetencer. Som led i implementeringsstrategien kan I afdække, hvilke kompetencer der er til stede i organisationen, og hvilke der skal udvikles. Kompetenceudvikling af medarbejdere og ledere kan ske gennem formaliserede efteruddannelsestilbud eller finde sted som læring i praksis.

### Formaliserede kompetenceudviklingstilbud

Arbejdet med rehabilitering forudsætter til en vis grad, at såvel medarbejdere som ledere tilegner sig ny viden. Det kan være viden om rehabilitering som arbejdsform, redskaber til tværfagligt samarbejde eller metoder til at arbejde med den ældres motivation. Mange kommuner har allerede iværksat formaliserede kompetenceudviklingsforløb for deres medarbejdere, men mange efterspørger fortsat kompetenceudvikling af de medarbejdere, der skal spille en stor rolle i rehabiliteringsforløb.

Det overordnede formål med kompetenceudviklingsforløb er at skabe et bedre fagligt fundament for det rehabiliterende arbejde. Det er centralt for succesfulde rehabiliteringsforløb, at tværfagligheden styrkes, og at både myndighedspersoner og forløbsansvarlige uddannes med afsæt i den samme tilgang til ►

### Forslag til god praksis

1. Tag stilling til, hvilken forandring medarbejdernes nye kompetencer skal skabe i praksis.
2. Inden et kursus er det en god ide at facilitere en dialog mellem leder og medarbejdere – gerne også de kolleger, der ikke skal uddannes, om hvilken rolle og hvilke opgaver, de medarbejdere, der skal på kursus, skal varetage efterfølgende.
3. Sørg for grundig opfølgning, fx ved at gentage den indledende dialog, og sikr at kurset er bygget op sådan, at medarbejderne mellem kursusdage kan øve sig på de nye kompetencer i praksis.

rehabilitering. Kompetenceudviklingen kan blandt andet fokusere på at etablere bedre forudsætninger for at arbejde tværfagligt og involvere den ældre aktivt i forløbet.

Når medarbejdere sendes på kursus, er det væsentligt, at I forbereder jer grundigt både inden

og efter kursusaktiviteterne, hvis kurset skal føre til en reel forandring af praksis. Det er nødvendigt, at I forholder jer til, hvilken forandring I ønsker, og hvad I forventer af de medarbejdere, der skal på kursus. Herudover er det vigtigt, at ledelsen sikrer, at der er de rette rammer for, at medarbejdernes tilegnede viden kan integreres i praksis.

## 2.14 Læringsmiljø på arbejdspladsen

I kan ikke udelukkende udvikle fagpersoners kompetencer til at indgå i effektive rehabiliteringsforløb gennem formaliserede undervisningstilbud. Det er også nødvendigt at arbejde med læringsmiljøet i organisationen, så I sikrer, at der er rum til, at fagpersoner udvikler deres kompetencer i deres daglige praksis. Dette omtales ofte som læring i praksis eller praksisnær læring. Der findes en række forskellige metoder til at arbejde med læring i praksis, fx sidemandsoplæring, mødefacilitering, refleksionsfora, erfagrupper og netværk m.fl.

Læringsmiljø betegner de muligheder for læring, der eksisterer i kraft af de materielle og sociale rammer på en arbejdsplads. Læring sker i et samspil mellem arbejdspladsens læringsmiljø og den enkeltes læreproces. Læring kan på den måde forstås som både en social og en individuel proces (1).

### Kilder

1: 2004: Illeris et al: Læring i arbejdslivet. Roskilde Universitetsforlag

### Forslag til god praksis

Skab gode betingelser for læring på arbejdspladsen gennem fx:

- **Møder og mødeledelse:** Gennem professionel facilitering af møder skabes gode betingelser for læring og udvikling
- **Refleksionsfora:** Skab gode betingelser for, at fagpersoner kan lære af og med hinanden i refleksion over egen praksis, fx gennem netværk eller erfagrupper
- **Sidemandsoplæring:** Indlæg tid i hverdagen til at fagpersoner – også de med meget erfaring – kan tage med som "føl" på en kollegas opgaver.

## 2.15 Dokumentation og resultatopfølgning

Opfølgning på implementeringen og effekten af de igangsatte aktiviteter er en central del af rehabiliteringsindsatsen. Ved at følge systematisk op og indsamle data på det enkelte borgerforløb kan I korrigere indsatsen, hvis ikke den virker efter hensigten. En systematisk dokumentation genererer også data, så I efterfølgende kan vurdere både det enkelte forløb og effekten af den samlede indsats.

Løbende dokumentation og resultatopfølgning er en integreret del af rehabiliteringsindsatsen og indgår som en del af indsatsen i hvert enkelt rehabiliteringsforløb. Vær i den forbindelse opmærksom på dokumentationspligt og notatpligt for sundhedspersoner og på dokumentationspligten om forvaltningsmæssige afgørelser (1). ▶

Systematisk opfølgning på et forløb giver mulighed for:

- At frontpersonale såvel som ledelse kan få direkte feedback på resultaterne af deres arbejde
- Løbende at kvalificere indsatsen for den enkelte ældre og dermed justere i rehabiliteringsforløbet, hvis den forventede effekt ikke viser sig
- At evaluere og måle effekten af den samlede rehabiliteringsindsats: Lykkes det at højne den ældres funktionsevne gennem rehabiliteringsforløb? Og hvis ikke: Hvad kan I gøre ved det?

Hvad skal dokumenteres i den samlede indsats – og hvordan?

Et væsentligt element i organiseringen af en indsats handler om at udarbejde et passende monitoreringssystem, der understøtter og følger op på implementeringen og den mulige effekt af en given indsats. Opfølgning på implementering og effekten af en indsats kan med fordel fokusere på systematisk at registrere udvalgte indikatorer, der 'indfanger' det, som I ønsker at måle.

Nogle gange er det enkelt at afgøre, om en indsats har haft den ønskede effekt. Andre gange er det mere komplekst at formulere indikatorer, som I kan anvende meningsfuldt i den løbende opfølgning på indsatsen. Det er en god ide, at I tager stilling til, hvad det er væsentligt at følge op på og dokumentere, så ressourcerne anvendes på at indsamle data, der skal bruges til at udvikle og kvalificere indsatsen.

Det er samtidig relevant at tænke over, hvordan I formidler formålet med dokumentationen til frontpersonalet. I kan med fordel gøre det klart, at formålet med at dokumentere og følge op, er at sikre det bedst mulige forløb for den ældre. Dokumentationen sætter jer i stand til kontinuerligt at justere indsatsen og på sigt vurdere effekten af den samlede indsats.

Derudover er det en god idé at overveje, hvordan og hvilke data I løbende formidler til henholdsvis ledelse og frontpersonale. En løbende feedback på de registrerede data er med til at motivere til fortsat dokumentation, fordi det tydeliggør relevansen i personalets/ledelsens arbejde. Ved at melde tilbage om effekterne af indsatsen for den enkelte ældre og på tværs kan I også understøtte motivationen til at fortsætte implementeringen.

Opfølgning på implementeringen og effekten af de igangsatte aktiviteter er en central del af rehabiliteringsindsatsen. Ved at følge systematisk op og indsamle data på det enkelte borgerforløb kan I korrigere indsatsen, hvis ikke den virker efter hensigten. En systematisk dokumentation genererer også data, så I efterfølgende kan vurdere både det enkelte forløb og effekten af den samlede indsats.

Løbende dokumentation og resultatopfølgning er en integreret del af rehabiliteringsindsatsen og indgår som en del af indsatsen i hvert enkelt rehabiliteringsforløb. Vær i den forbindelse opmærksom på dokumentationspligt og notatpligt for sundhedspersoner og på dokumentationspligten om forvaltningsmæssige afgørelser (1).

Systematisk opfølgning på et forløb giver mulighed for:

- At frontpersonale såvel som ledelse kan få direkte feedback på resultaterne af deres arbejde
- Løbende at kvalificere indsatsen for den enkelte ældre og dermed justere i rehabiliteringsforløbet, hvis den forventede effekt ikke viser sig
- At evaluere og måle effekten af den samlede rehabiliteringsindsats: Lykkes det at højne den ældres funktionsevne gennem rehabiliteringsforløb? Og hvis ikke: Hvad kan I gøre ved det? ▶

### Forslag til god praksis

Mål funktionsevne ved opstart og afslutning af forløbet ved hjælp af standardiserede, validerede redskaber.

**[Link til redskaber](#)**

### Hvad skal dokumenteres i den samlede indsats – og hvordan?

Et væsentligt element i organiseringen af en indsats handler om at udarbejde et passende monitoreringssystem, der understøtter og følger op på implementeringen og den mulige effekt af en given indsats. Opfølgning på implementering og effekten af en indsats kan med fordel fokusere på systematisk at registrere udvalgte indikatorer, der 'indfanger' det, som I ønsker at måle.

Nogle gange er det enkelt at afgøre, om en indsats har haft den ønskede effekt. Andre gange er det mere komplekst at formulere indikatorer, som I kan anvende meningsfuldt i den løbende opfølgning på indsatsen. Det er en god ide, at I tager stilling til, hvad det er væsentligt at følge op på og dokumentere, så ressourcerne anvendes på at indsamle data, der skal bruges til at udvikle og kvalificere indsatsen.

Det er samtidig relevant at tænke over, hvordan I formidler formålet med dokumentationen til frontpersonalet. I kan med fordel gøre det klart, at formålet med at dokumentere og følge op, er at sikre det bedst mulige forløb for den ældre. Dokumentationen sætter jer i stand til kontinuerligt at justere indsatsen og på sigt vurdere effekten af den samlede indsats.

Derudover er det en god idé at overveje, hvordan og hvilke data I løbende formidler til henholdsvis ledelse og frontpersonale. En løbende feedback på de registrerede data er med til at motivere til fortsat dokumentation, fordi det tydeliggør relevansen i personalets/ledelsens arbejde. Ved at melde tilbage om effekterne af indsatsen for den enkelte ældre og på tværs kan I også understøtte motivationen til at fortsætte implementeringen.

Eksempler på relevante data om det enkelte forløb:

- Basisoplysninger vedrørende henvendelsesdato, målgruppe, tilbud og tidspunkt for opfølgning/afslutning
- Udvikling i den ældres funktionsevne målt ensartet ved forløbsstart og ved opfølgning/afslutning
- Målopnåelse i forhold til den individuelle rehabiliteringsplan (ja, nej, delvist)
- Eventuel afbrydelse af forløbet, samt årsag til afbrydelsen
- Forbrug af hjemmeplejeydelser for de enkelte forløb (før forløbsstart/under forløbet/efter afslutning)
- Indsatser og faggrupper involveret i forløbet

### Funktionsevne

Funktionsevne er en relevant indikator for effekten af tilbuddet om rehabilitering. Det er vigtigt, at I måler ændringer i funktionsevne over tid på en retvisende måde. Rehabiliteringsforløb skal rette sig mod den ældres samlede funktionsevne. Derfor er det også relevant, at I monitorerer og dokumenterer udviklingen i den samlede funktionsevne og ikke kun fx på det fysiske funktionsniveau. Der findes en række redskaber, som kan anvendes til at monitorere indsatsens effekt på den ældres funktionsevne. Sundhedsstyrelsen afprøver sammen med Syddjurs og Slagelse Kommuner de tre redskaber: DEMMI, WHODAS og UCLA, som både kan anvendes i forbindelse med udredningsfasen og til løbende at monitorere og følge op på resultaterne af indsatsen.

### [Link til afsnit om redskaber](#)

### Målopfyldeelse og eventuel afbrydelse af forløb

En anden relevant indikator for effekten af det rehabiliterende arbejde er graden af ▶

#### Forslag til god praksis

Registrer hvorvidt den ældres mål for forløbet er opfyldt – fx ved hjælp af COPM.

Registrer hvor meget tid og dermed hvilke omkostninger, der er forbundet med hvert enkelt forløb samt den leverede tid før og efter forløbet.

Registrer hvilke indsatser og faggrupper, der er involveret i forløbet.

Tag stilling til hvilke indikatorer, der er relevante for hvilke målgrupper.

målopfyldelse i forhold til den ældres individuelle rehabiliteringsplan. Dette kan registreres som ja, nej eller delvist. Målene for forløbet skal være SMARTe, hvis I skal kunne registrere, om de er nået. [\[link til smarte mål\]](#)

Fordelen ved at anvende målopfyldelse som indikator er, at I tager direkte udgangspunkt i den enkelte ældres rehabiliteringsplan. Indikatoren indeholder dog betydelige elementer af subjektiv vurdering. Det er derfor en god idé at supplere indikatoren med andre mere objektive indikatorer, fx udviklingen i funktionsevne jf. ovenfor og udviklingen i forbruget af serviceydelser jf. nedenfor.

COPM kan anvendes ved målsætning og kan eventuelt gentages ved forløbets afslutning for at evaluere målene for forløbet. [\[link til COPM\]](#)

I kan foretage en selvstændig registrering, hvis forløbet afbrydes med oplysninger om årsag til afbrydelsen. Det kan fx være indlæggelse, forværring af sygdom, at den ældre vedvarende ikke kan hjælpes til at finde motivation for forløbet eller dødsfald.

### Forbrug af serviceydelser, indsatser og faggrupper

Udviklingen i den ældres forbrug af serviceydelser anvendes i en række kommuner som en indikator for den ældres selvhjulpenhed. Hvis I anvender den ældres forbrug af serviceydelser som indikator for effekt, er det en god ide, at I har fokus på, om formålet med den givne indsats i forhold til den givne målgruppe kan forventes at reducere dette forbrug. Det er også nødvendigt, at I registrerer den tid, der bruges før forløbet, under forløbet og efterfølgende. Det vil desuden være en god idé at registrere, hvilke typer af indsatser, der indgår i hvert enkelt forløb, og hvilke faggrupper, der er involveret.

Det er relevant at monitorere, hvilke indsatser og faggrupper, der er involveret i de forskellige forløb, så I kan følge op på, om forløbene tilrettelægges mest hensigtsmæssigt – fx om de ældre får glæde af de forskellige tilbud. Det er også relevant at monitorere graden af tværfagligt arbejde fordelt på forskellige målgrupper.

### Opdeling af målgruppen i mindre grupper

Dokumentation bør struktureres, så relevante undergrupper kan analyseres særskilt. Rapporter fra ledelsesinformationssystemet om fx udvikling i funktionsevne og serviceforbrug kan med fordel udtrækkes særskilt for de relevante målgrupper.

Afprøvningen i Syddjurs og Slagelse Kommuner har fokus på at generere viden om, hvilke delmålgrupper det er relevant at arbejde med, og hvad der karakteriserer delmålgrupperne i forhold til rehabilitering. Delmålgrupper kan fx defineres ud fra:

- Om den ældre har modtaget hjemmehjælp før
- Den ældres boligform
- Den ældres alder
- Den ældres diagnoser/helbredstilstand
- Typen og/eller graden af funktionsevnetab. ▶

### Ledelsesinformation

Ledelse er afgørende for at implementere og fastholde rehabilitering på ældreområdet – og god ledelse forudsætter adgang til relevant og troværdig ledelsesinformation. Derfor er det relevant at registrere en række oplysninger om de tilbud, som de ældre får og modtager, og om de resultater der opnås.

I kan bruge de indsamlede informationer til at generere relevant ledelsesinformation som fx:

- Antal og andel borgere i forskellige målgrupper, der bliver henvist til rehabiliteringsforløb
- Antal og andel borgere i forskellige målgrupper, der modtager rehabiliteringsforløb
- Antal og andel borgere i forskellige målgrupper, der gennemfører forløb med henholdsvis rehabiliteringsforløb samt andel frafald og årsag ▶

### Forslag til god praksis

Overvej på forhånd hvilke data, det er relevant at skabe som afsæt for god ledelsesinformation, og sørg for at monitorere og justere den samlede rehabiliteringsindsats løbende.

- Antal og andel borgere i forskellige målgrupper, der afsluttes fra rehabiliteringsforløb til mindre, mere eller ingen hjælp
- Udviklingen i forbruget af serviceydelser over tid for borgere i forskellige målgrupper
- Graden af målopfyldelse for borgere i de enkelte målgrupper
- Udviklingen i funktionsevnen for borgere i de enkelte målgrupper
- Borgertilfredshed, fx via de lovpligtige brugertilfredshedsundersøgelser eller målt på anden måde

I forhold til implementering af rehabilitering kan I have fokus på, om der er overensstemmelse mellem det forventede antal borgere i rehabilitering og antal borgere, der reelt modtager rehabilitering. En månedlig monitorering af andel af borgere, der starter nye forløb, kan give et billede af, om det forventede antal borgere starter op i et

forløb, eller om der er organisatoriske udfordringer i forhold til at implementere tilbuddene. Når I vurderer antallet af borgere i rehabiliteringsforløb, er det også vigtigt, at I har fokus på, om de gennemfører forløbet, og samtidig har fokus på årsagen hvis en borger ikke gennemfører et forløb.

Kommunens ledelsesinformationssystemer vil i forskelligt omfang kunne tilpasses til opstillede anbefalinger. Ambitionsniveauet for hvilken ledelsesinformation, der rutinemæssigt kan skabes, må tage udgangspunkt i de muligheder, I har i kommunen.

---

#### Kilder

1. Autorisationsloven kapitel 6, § 21-25  
<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=138178#K6>



# Centrale begreber og vidensgrundlag for rehabiliteringsforløb

- 3.1 Centrale begreber og vidensgrundlag
- 3.2 ICF og funktionsevne
- 3.3 Mestring og motivation
- 3.4 Grundprincipper fra Hjemmehjælpskommissionen
- 3.5 Rehabilitering på ældreområdet: vidensgrundlag for håndbogen
- 3.6 Rehabilitering og aldring



## 3.1 Centrale begreber og vidensgrundlag

Dette tema henvender sig til jer, der er interesseret i at vide mere om rehabilitering som begreb, og om det vidensgrundlag denne håndbog bygger på.

Internationalt findes en række definitioner af rehabilitering.

I Danmark er de to hyppigst anvendte definitioner:

- "En målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at den ældre, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på den ældres hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats." (1)
- "En række indsatser, der støtter det enkelte menneske, som har eller er i risiko for at få nedsat funktionsevne, i at opnå og vedligeholde bedst mulig funktionsevne, herunder at fungere i samspil med det omgivende samfund." (2)

Serviceovens § 83 a beskriver rehabiliteringsforløb som korterevarende og tidsafgrænsede, helhedsorienterede og tværfaglige, samt at de bygger på individuelle mål formuleret i et samarbejde mellem borger og fagpersoner.

**Serviceovens § 83 a beskriver rehabiliteringsforløb som korterevarende og tidsafgrænsede, helhedsorienterede og tværfaglige, samt at de bygger på individuelle mål formuleret i et samarbejde mellem borger og fagpersoner.**

I dette tema beskrives nogle af de centrale begreber og den viden, der ligger til grund for modellen for rehabiliteringsforløb. En gruppe forskere fra Marselisborgcentret har bidraget med at beskrive, hvordan ICF (International Classification of functioning) kan forstås og praktiseres i en kommunal rehabiliteringspraksis. Jette Thuesen, ph.d., har bidraget med en beskrivelse af, hvordan rehabilitering og aldring kan opleves fra de ældres eget perspektiv.

### Kilder

- 1) Marselisborgcentret (2004): Hvidbog om rehabilitering
- 2) <http://www.marselisborgcentret.dk/forskning-udvikling/rehabilitering/rehabiliteringsdefinitioner/>

### Forslag til god praksis

Overvej på forhånd hvilke data, det er relevant at skabe som afsæt for god ledelsesinformation, og sørg for at monitorere og justere den samlede rehabiliteringsindsats løbende.

## 3.2 ICF og funktionsevne

Af Thomas Maribo, Hanne Melchiorson og Claus Vinther Nielsen

Funktionsevne er et af de væsentligste elementer i rehabilitering. I denne håndbog beskrives funktionsevne, som den er beskrevet

i international klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand (ICF) (4, 6).

Funktionsevne forstås i tre dimensioner – den kropslige (fysiske og mentale), den der udfoldes

i hjemmet (aktivitet), samt den der udfoldes i samspil med andre (deltagelse). Funktionsevnen og konteksten (de personlige og omgivelsesmæssige faktorer) påvirker hinanden og er væsentlige i vurderingen af en borger.

ICF er en internationalt anerkendt bio-psyko-social model, som Danmark i 2001 forpligtede sig til at anvende (2). I den bio-psyko-sociale tilgang ser man på samspillet mellem de biologiske, psykologiske og sociale forhold, og alle faktorer har betydning. Pointen er, at det hele spiller sammen og påvirker hinanden – hele tiden. Det vil sige, at man skal se på den ældres samlede situation, ikke kun en enkelt del. ICF-modellen anvendes i stigende grad i kommunerne og indgår eksempelvis i Fælles Sprog og Genoptræningsplanerne.

Mange kommuner anvender og arbejder med ICF-modellen, der beskriver det dynamiske samspil mellem funktionsevne og helbredstilstand (eller sundhedstilstand) på den ene side og på den anden side omgivelsesfaktorer og personlige faktorer. Det dynamiske samspil betyder, at den ældres sundhedstilstand og funktionsevne påvirkes af konteksten, der omfatter omgivelserne og personlige faktorer (dette udfoldes på de følgende sider).

Det dynamiske samspil er væsentligt for at forstå bredden i rehabilitering, og hvordan alle fagområder og sektorer i samfundet må spille sammen for at opnå det bedste resultat af rehabilitering (1, 5). Bredden i moderne rehabilitering betyder, at der tages udgangspunkt i personens egen opfattelse af et selvstændigt og meningsfyldt liv. Det medfører, at der ikke kan ses isoleret på eksempelvis et problem på kropsniveau.

**Funktionsevne forstås i tre dimensioner – den kropslige (fysiske og mentale), den der udfoldes i hjemmet (aktivitet), samt den der udfoldes i samspil med andre (deltagelse).**

### Funktionsevne

Funktionsevne omfatter kroppens funktioner og anatomi, aktiviteter og deltagelse. Vær opmærksom på, at kroppens funktioner indeholder både fysiske og mentale områder (4). Som ICF-figuren viser, påvirkes funktionsevnen både af personens helbredstilstand og af omgivelsesfaktorerne og de personlige faktorer.

Personer, der tilbydes rehabilitering, har funktionsevnenedsættelse. Det betyder, at de kan have nedsat kropslig funktion (fysisk og/eller mental funktion) og/eller begrænsninger i aktivitet og deltagelse (4).

Ud over det nævnte eksempel med Hans, der havde problemer med at gå, kunne man også forestille sig Anna, der har mistet sin mand. Efter mandens død er hun stoppet med selskabelighed – hun går ikke længere ud og inviterer heller ikke. Hun ønsker ikke længere at deltage i aktiviteterne på dagcentret. Hun har mistet lysten og begynder at få svært ved at klare sine daglige gøremål. Den rehabiliterende indsats vil her rette sig mod komponenten deltagelse. Når Annas funktionsevne skal afdækkes, vil man også se, om der er problemstillinger under de andre komponenter: Anna har en sorg og en tristhed, der giver hende søvnproblemer og tapper hende for energi ▶

### Info & eksempler

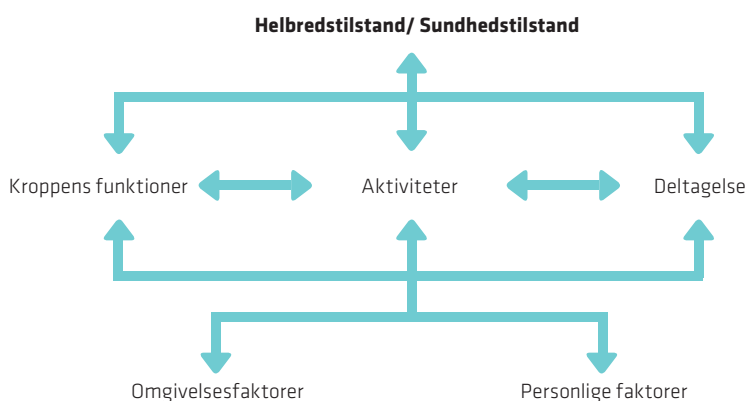
Vi kan som eksempel tage Hans på 79 år, der har problemer med at gå pga. smerter i det ene knæ. Han kan ikke længere gå til dagcentret, hvor han plejer at spise og deltage i gymnastikholdet. Årsagen (smerter i højre knæ) kan findes under kroppens funktioner, men smerterne har konsekvenser for hans gang (aktivitet) samt hans deltagelse (fællesspisning og gymnastik). En visitation kunne ud over tiltag i forhold til kropsfunktionerne (træning eller medicinering) indeholde tiltag rettet mod omgivelsesfaktorer, fx en midlertidig madordning eller transport til dagcentret.

(kroppens funktioner), måske svært ved at tage beslutninger eller håndtere pressede situationer (aktivitet). Under kontekstuelle faktorer kan man se på, om der er noget, der fremmer eller hæmmer funktionsevnen i omgivelserne, eksempelvis støtte fra familie/naboer/venner (omgivelsesfaktorer) og endelig se på, hvordan Anna generelt mestrer situationen (personlige faktorer).

Tidligere har der ved tale om generhvervelse af funktion ofte været fokus på kropsfunktioner (fysisk/mentalt). Med den bredere definition

af funktionsevne er der altså tale om en mere omfattende forståelse, hvor rehabiliteringen er rettet mod et meningsfuldt hverdagsliv.

ICF flytter fokus fra sygdom, symptomer og livsforlængelse til også at omfatte det, der har betydning for deltagelse i et almindeligt hverdagsliv, hjemme, i fællesskab med andre og i samfundet generelt. Formålet med ICF er at tilbyde et fælles, standardiseret sprog og en tilsvarende begrebsramme til beskrivelse af funktionsevne og funktionsevnenedsættelse (2).



### Elementer i ICF

ICF er bygget op som en dynamisk model med fem komponenter, der gensidigt påvirker hinanden.

Helbredstilstand er en oversættelse af "health". Helbredsstilstand skal altså forstås bredere end noget, der kan begrænses af et sundhedsfagligt perspektiv. I modellen ovenfor er sundhedstilstand tilføjet for at understrege, at eksempelvis sociale forhold også spiller en væsentlig rolle.

Kroppens funktioner og anatomi er de fysiologiske funktioner (herunder mentale funktioner) og kroppens forskellige dele (organer, muskler, lemmer osv.). Funktionsnedsættelse på kropsniveau er problemer i kroppens fysiologiske funktioner (også mentale funktioner) eller anatomi som fx muskelsvækkelse, brud, hukommelsesproblemer, tristhed osv.

Aktivitet er handlinger, den ældre kan udføre. Aktivitetsbegrænsninger er vanskeligheder, den ældre har med at udføre aktiviteter. Det kan være i forhold til at komme omkring, tage tøj på, lave mad, gøre rent osv.

Deltagelse er den ældres involvering/engagement i hverdagslivet. Deltagelsesbegrænsninger er vanskeligheder, den ældre oplever ved involvering i dagliglivet sammen med andre. Deltagelsesbegrænsning kan eksempelvis være i forhold at kunne varetage et arbejde, modtage undervisning, deltage i sociale begivenheder som familiefester, kortspil, sociale arrangementer og lignende. Omgivelsesfaktorer er de fysiske, sociale og holdningsmæssige omgivelser vi bor og lever i. Omgivelsesfaktorerne kan have hæmmende eller fremmende indflydelse på den ældres mulighed for et selvstændigt og meningsfuldt liv. ▶

En hæmmer kan eksempelvis være vanskelig tilgængelighed, negative holdninger, manglende hjælpemidler, ingen venner. Fremmede kan eksempelvis være gode relationer som familie, støtte fra venner, formue og så videre.

Personlige faktorer er knyttet til den ældre; ud over alder, køn, social status er det også mestringsevne, livsstil, adfærd, vaner, livserfaring med mere.

Omgivelsesfaktorer og personlige faktorer betegnes samlet som kontekstuelle faktorer eller blot 'konteksten' (2).

Deltagelse er den ældres involvering/engagement i hverdagslivet. Deltagelsesbegrænsninger er vanskeligheder, den ældre oplever ved involvering i dagliglivet sammen med andre. Deltagelsesbegrænsning kan eksempelvis være i forhold til at kunne varetage et arbejde, modtage undervisning, deltage i sociale begivenheder som familiefester, kortspil, sociale arrangementer og lignende. Omgivelsesfaktorer er de fysiske, sociale og holdningsmæssige omgivelser vi bor og lever i. Omgivelsesfaktorerne kan have hæmmende eller fremmede indflydelse på den ældres mulighed for et selvstændigt og meningsfuldt liv. En hæmmer kan eksempelvis være vanskelig tilgængelighed, negative holdninger, manglende hjælpemidler, ingen venner. Fremmede kan eksempelvis være gode relationer som familie, støtte fra venner, formue og så videre.

Personlige faktorer er knyttet til den ældre; ud over alder, køn, social status er det også mestringsevne, livsstil, adfærd, vaner, livserfaring med mere.

Omgivelsesfaktorer og personlige faktorer betegnes samlet som kontekstuelle faktorer eller blot 'konteksten' (2).

### **ICF danner udgangspunkt for et helhedsbillede af den ældres situation**

Med ICF-modellen er professionelle sammen med den ældre i stand til at beskrive et helhedsbillede af den ældres situation, der omfatter helbred/sundhed, funktionsevne og kontekst på en måde, der kan anvendes tværfagligt og tværsektorielt med henblik på at afdække behov og definere mål og indsatser. Hele livssituationen inddrages, og alle relevante faggrupper får mulighed for sammen med den ældre at samarbejde mod et fælles mål. Med ICF ses helbredstilstanden/sundhedstilstanden ikke isoleret, men i relation til alle aspekter af funktionsevnen og den ældres kontekst. Det bliver derfor muligt detaljeret at kortlægge og afdække ressourcer/begrænsninger hos borgere, der har behov for rehabilitering.

Hvis vi ser på et af de tidligere eksempler – Anna, der har mistet sin ægtefælle og derfor er trist og opgivende (kroppens funktioner), er nogle af konsekvenserne, at hun bliver hjemme og er langt mere stillesiddende (aktivitet). Hun har ikke lyst til at komme ud og har heller ikke lyst til at ▶

### **Info & eksempler**

Eksempel: Eva og Ida.

En relativt simpel kropslig funktionspåvirkning som en forstuvet ankel skal tackles meget forskelligt afhængig af tidligere aktivitetsniveau, ønske om deltagelse, personlige som omgivelsesmæssige faktorer. Hos den ene 82-årige kvinde med et højt aktivitetsniveau og gode personlige og omgivelsesmæssige faktorer (Eva) kan en forstuvning af anklen have mindre betydning, hvorimod det for en anden med færre ressourcer (Ida) kan være fatalt.

Eva tager selv hånd om skånehensyn, der erstattes af tilpasset aktivitet målrettet højt aktivitetsniveau, så snart det er muligt. Netværket sørger for de nødvendige indkøb, ligesom de har en klar forventning til, at hun meget snart er på toppen igen. Det kommunale tilbud her kan være meget begrænset med måske et støttende besøg den første uge, der sikrer personlig hygiejne og måske midlertidig rengøring.

Ida derimod lægger sig efter en forstuvning af anklen i sengen, og det i forvejen lave aktivitetsniveau falder yderligere. Energiniveau og initiativ påvirkes i negativ retning, og de få aktiviteter, hun har deltaget i, aflyses. Der er ikke et netværk, der støtter og forventer noget, så den kommunale indsats vil være betydelig med indsatser på mange områder. På grund af de personlige faktorer, omgivelserne og tidligere lave aktivitetsniveau vil en rehabiliterende indsats her være mere omfattende og af længere varighed, men det vil være muligt at forbedre funktionsevnen.

modtage besøg – selv de gamle veninder, som hun jævnligt har talt i telefon med, ønsker hun ikke at tale med (deltagelse). Her kunne tilgangen til den ældre være et besøg fra en visitator (omgivelsesfaktorer), der kender mulighederne for kommunal støtte. Visitatoren kunne foreslå aktiviteter, der er målrettet mod langsomt at skabe deltagelse, øget livskvalitet og forhåbentlig afhjælpe tristhed og ensomhed. Også her er det vigtigt at huske de personlige faktorer - hvordan kan de aktiviteter, visitator foreslår, understøtte Annas vaner, livsstil, fremme fysisk aktivitet og bygge videre på hendes livserfaringer, ønsker og behov.

### Den ældre i centrum

I det tværfaglige samarbejde bliver det med ICF-modellen klart, at de enkelte faggrupper har primære kompetencer på enkelte områder af helheden. Det bliver også klart, at mål og indsatser, der defineres og udføres af en faggruppe, skal ses som dele af en samlet rehabiliteringsplan. Rehabiliteringsplanen indebærer nødvendigvis samarbejde mellem de involverede. Det er vigtigt, at de rigtige indsatser gives på det rigtige tidspunkt for at opnå det bedste resultat for den ældre.

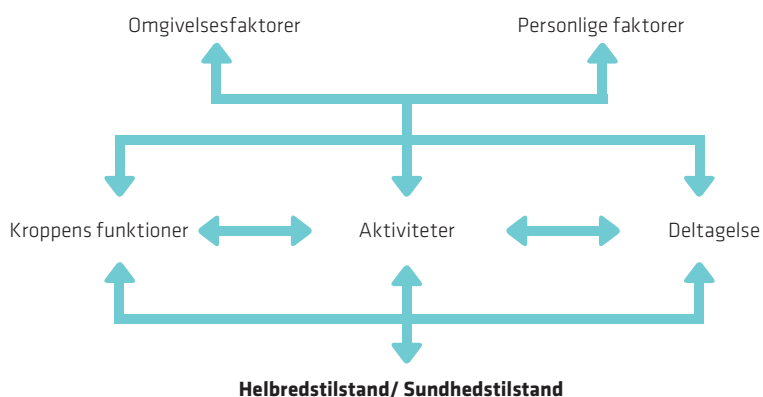
Med ICF-modellen er det muligt at sætte den ældre i centrum, tage udgangspunkt i hele den ældres livssituation og samtidig sikre, at enkelte medarbejdere og faggrupper ikke mister overblikket over den ældres situation. Som eksempel kan nævnes udskrivelse fra sygehus: Når vi vurderer, om den ældre har behov for hjælp, vil vi ud over de fysiske funktioner inddrage en vurdering af hjemlige forhold, der fremmer eller begrænser aktiv deltagelse i pleje og genoptræning.

At sætte den ældre i centrum og tage udgangspunkt i hele livssituationen er en vanskelig proces, der kræver mere end blot en teoretisk model. Hvis dette skal lykkes, er det nødvendigt, at der på alle niveauer arbejdes mod dette mål. Der vil i mange tilfælde være tale om at påvirke kultur og vaner, der udover ledelsesmæssig opbakning kræver en systematisk og målrettet indsats.

### ICF-modellen skal forstås cirkulært

ICF-modellen beskriver den ældres funktionsevne ud fra et helhedsorienteret og dynamisk perspektiv. Det dynamiske illustreres med de dobbeltrettede pile i figuren. Funktionsevnen påvirkes og bestemmes positivt eller negativt af helbredstilstanden/sundhedstilstanden og konteksten. ▶

### ICF-modellen kan derfor med lige så god mening vende således:



ICF-modellen baserer sig på en cirkulær tilgang (systemteoretisk). Når vi benytter den cirkulære tilgang, skal et problem undersøges fra forskellige vinkler, og det bliver tydeligt, at problemet kan have forskellige årsager, der måske påvirker hinanden. Den cirkulære tilgang står i modsætning til en traditionel (lineær) tilgang, hvor årsag-virknings-forholdet er mere enkelt: I den lineære tilgang vil en årsag føre til et problem, og løsningen er at sætte ind over for dette problem. I den cirkulære tilgang anerkendes, at der måske skal sættes ind på flere fronter for at løse et problem. Når en borger ønsker hjælp til et problem, må vi erkende, at problemet sjældent har én enkelt udløsende faktor, men at nedsat funktionsevne ofte er en kompleks tilstand, der påvirkes af forskellige faktorer. Kompetencer og kultur skal påvirkes, så kommunens medarbejdere arbejder mod et mere helhedsorienteret syn på en borgers nedsatte funktionsevne. Der vil ligeledes være tale om en kulturændring hos de ældre, der måske forventer en kompenserende indsats, men mødes med tilbud om en trænende indsats. Også her er det nødvendigt med en helhedsorienteret tilgang for på bedste måde at kunne nå til overensstemmelse mellem forventninger og muligheder.

ICF-modellen skal altså ikke kun forstås fra venstre mod højre eller oppefra og ned. At ICF-modellen er dynamisk og baserer sig på en cirkulær tilgang betyder, at modellen kan vendes og dermed illustrere, at de forskellige komponenter kan påvirke hinanden i et komplekst samspil. Hvis en borger visiteres til rehabilitering på baggrund af en sygehusindlæggelse, vil det typisk være på baggrund af helbredstilstanden (en diagnose, der giver problemer for kroppens funktioner og anatomi). Hvis en borger derimod visiteres til rehabilitering på baggrund af et forebyggende hjemmebesøg, vil det typisk være på baggrund af nedsat aktivitet (hygiejne, påklædning) og/eller deltagelse (kan ikke længere varetage indkøb), og indgangen vil derfor være aktivitet- eller deltagelsesbegrænsning. Indgangen til et rehabiliteringsforløb kan også være ændrede omgivelsesfaktorer.

Hvis en borger med halvsidig lammelse mister sin ægtefælle, kan dette betyde begrænsninger i mentale funktioner (tristhed) eller i aktivitet (rengøring og indkøb) pga. manglende daglig støtte og kontakt. Hvis rehabiliteringstankegangen skal give den ønskede betydning for funktionsevnen, skal vi ikke se på funktionsevne som opdelt i kasser som forskellige fagpersoner skal 'behandle'. I stedet skal vi acceptere, at funktionsevnen påvirkes forskellige steder fra. Den ønskede virkning af indsatserne forudsætter, at kommunen tilbyder en samlet koordineret indsats, hvor den ældre sammen med de involverede fagpersoner arbejder mod et fælles mål.

ICF-modellen skal altså ikke kun forstås fra venstre mod højre eller oppefra og ned. At ICF-modellen er dynamisk og baserer sig på en cirkulær tilgang betyder, at modellen kan vendes og dermed illustrere, at de forskellige komponenter kan påvirke hinanden i et komplekst samspil. Hvis en borger visiteres til rehabilitering på baggrund af en sygehusindlæggelse, vil det typisk være på baggrund af helbredstilstanden (en diagnose, der giver problemer for kroppens funktioner og anatomi). Hvis en borger derimod visiteres til rehabilitering på baggrund af et forebyggende hjemmebesøg, vil det typisk være på baggrund af nedsat aktivitet (hygiejne, påklædning) og/eller deltagelse (kan ikke længere varetage indkøb), og indgangen vil derfor være aktivitet- eller deltagelsesbegrænsning. Indgangen til et rehabiliteringsforløb kan også være ændrede omgivelsesfaktorer.

Hvis en borger med halvsidig lammelse mister sin ægtefælle, kan dette betyde begrænsninger i mentale funktioner (tristhed) eller i aktivitet (rengøring og indkøb) pga. manglende daglig støtte og kontakt. Hvis rehabiliteringstankegangen skal give den ønskede betydning for funktionsevnen, skal vi ikke se på funktionsevne som opdelt i kasser som forskellige fagpersoner skal 'behandle'. I stedet skal vi acceptere, at funktionsevnen påvirkes forskellige steder fra. Den ønskede virkning af indsatserne ►

forudsætter, at kommunen tilbyder en samlet koordineret indsats, hvor den ældre sammen med de involverede fagpersoner arbejder mod et fælles mål.

Eksemplet skal illustrere, at ICF-modellen kan bringe helhedsperspektivet ind i forhold til alle fagområder. ICF har fokus på både fysiske, psykiske og sociale elementer relateret til funktionsevne og på den kontekst, individet indgår i. ICF har på den måde ikke alene fokus på sygdom og helbredelse, men på det, der har betydning for at deltage i hverdagslivets aktiviteter og fællesskaber og i sidste ende for et selvstændigt og meningsfuldt liv (2).

#### Kilder

1. Dean, S.G.; Siegert, R.J. & Taylor, W.J. (2012): Interprofessional rehabilitation: a person-centred approach, Wiley-Blackwell, Chichester, West Sussex
2. MarselisborgCentret (2013): ICF og ICF-CY en dansk vejledning til brug i praksis
3. MarselisborgCentret & Rehabiliteringsforum Danmark 2011; 2004, Rehabilitering i Danmark: hvidbog om rehabiliteringsbegrebet, Aarhus.
4. Schiøler, G., Dahl, T., World Health Organization & Danmark. Sundhedsstyrelsen (2012); (2003): ICF - international klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand, 1. udgave edn, Munksgaard Danmark: Verdenssundhedsorganisationen, WHO, Kbh.
5. Wade, D.T., Smeets, R.J. & Verbunt, J.A. (2010): Research in rehabilitation medicine: methodological challenges. Journal of clinical epidemiology, vol. 63, no. 7
6. WHO (2001): ICF: The International Classification of Functioning, Disability and Health, Geneva.

## 3.3 Mestring og motivation

Når ældre oplever tab af funktion, har deres evne til at mestre hverdagslivet betydning for, hvordan situationen udvikler sig. I rehabiliteringsforløb er det vigtigt, at vi har fokus på, hvad den ældre selv kan gøre for at få livet og hverdagen til at fungere efter en svækkelse. Samtidig bør vi have fokus på, hvad fagpersoner kan gøre for at støtte mestring og livsførelsesstrategier. Den ældres egne perspektiver på sin situation er udgangspunkt for rehabiliteringsforløbet for at kunne styrke evnen til at håndtere og mestre egen livsførelse og skabe et meningsfuldt hverdagsliv.

De indsatser, der indgår i forløbet, skal bidrage til, at den ældre fastholder kontrol over sit eget liv og sin hverdag. Fagpersoner, som støtter den ældre i en rehabiliteringsproces, skal gå i dialog med den ældre om, hvilke tidligere eller nye gøremål og sociale relationer, der kan bidrage til et meningsfuldt hverdagsliv ud fra den ældres og de nærmestes eget perspektiv.

#### Mestringsstrategier er afgørende for at udvikle sin funktionsevne

En række undersøgelser peger på, at det i rehabiliteringsforløb er meget vigtigt at arbejde aktivt med at udvikle og fastholde den ældres mestringsstrategier.

Ældre, der er tilfredse med deres liv, udnytter forskellige mestringsstrategier som fx personlige evner, aktiv tilpasning og støtte fra andre (3). Ældre med nedsat førlighed, der er tilfredse med deres egen situation, gør fx brug af personlige evner og aktiv tilpasning som accept, stædighed, godt humør og åbenhed over for at lære nyt. Andre faktorer, der har betydning for mestringsevnen, kan være støtte fra venner og familie, at bo i gode omgivelser og have naboer som kilde til hjælp og tryghed. At kunne komme ud af hjemmet er også ofte tæt forbundet med tilfredshed i dagligdagen.

En dansk undersøgelse viser, at når et ældre menneske indgår i et rehabiliteringsforløb, skal ►



livsførelsen i hverdagen bevares og fremmes på måder og i et omfang, som den ældre og dennes nærmeste selv ønsker. Udgangspunktet er den ældres eget perspektiv med henblik på at skabe muligheder (4).

Forskning peger på, at ældre, der understøttes i at reflektere over egen situation og i arbejdet med at virkeliggøre personlige mål, får bedre funktionsevne og er mere tilfredse med deres liv end ældre, der ikke får denne indsats. Indsatser, der har som mål at styrke de ældres mestringsevne i hverdagen (kaldet: lifestyle redesign) kan derudover give økonomisk gevinst på længere sigt (5).

Sundhedsstyrelsens medicinske teknologivurdering om hjemmetræning af patienter med følger efter apopleksi henviser ligeledes til undersøgelser, der pointerer vigtigheden af at arbejde med udgangspunkt i den ældres eget perspektiv og udvikling af mestringsstrategier for at understøtte en daglig livsførelse, der er tilfredsstillende for den enkelte (6).

Motivation, forstået som den drivkraft, der får mennesker til at handle, som de gør, er en afgørende faktor i rehabiliteringsforløb og udvikling af mestringsstrategier. Motivation er situationsbestemt og påvirkes af værdier og erfaringer med mere. Motivation er således ikke et personlighedstræk, men en følge af den enkeltes samspil med sine omgivelser (7). Derfor har fagpersoner, der er involveret i rehabiliteringsforløb, en stor opgave i at hjælpe den ældre med at finde frem til, hvilke forandringer han eller hun selv er motiveret for (8).

#### Kilder

1. Den store danske: [http://www.denstoredanske.dk/Krop,\\_psyke\\_og\\_sundhed/Psykologi/Psykologiske\\_termer/mestring,\\_Gyldendal](http://www.denstoredanske.dk/Krop,_psyke_og_sundhed/Psykologi/Psykologiske_termer/mestring,_Gyldendal)
2. Effersøe, Gannik D. (1999): Situationel sygdom, Samfundslitteratur
3. Johannesen, Annette (2006): Svækket - men stærk - Hverdagsliv for 85- og 90-årige, som mestrer fysisk svækkelse, Gerontologisk Institut, Hellerup
4. Borg, T. (2002): Livsførelse i hverdagen under rehabilitering: et socialpsykologisk studie, ph.d.-afhandling Institut for Sociale Forhold og Organisation, Aalborg Universitet, Center for Sundhed, Menneske og Kultur; Institut for Filosofi, Aarhus Universitet, Aarhus
5. Clark F., Azen S.P., Zemcke R. et al. (1997): Occupational Therapy for Independent-living Older Adults. A randomized controlled Trial, Journal of The American Medical Association (JAMA) 1997, 22/29: 278,16
6. Sundhedsstyrelsen (2005): Hjemmetræning af patienter med følger efter apopleksi – en medicinsk teknologivurdering, [http://www.sst.dk/publ/publ2005/cemtv/hjemmetraening/hjemmetraening\\_apopleksi.pdf](http://www.sst.dk/publ/publ2005/cemtv/hjemmetraening/hjemmetraening_apopleksi.pdf)
7. Rosdahl, G. (2013): Den motiverende samtale i teori og praksis, Munksgaard, København
8. KORA (2015): Ældres oplevelse af hverdagsrehabilitering
9. O'Halloran, P.O. et al (2014): Motivational interviewing to increase physical activity in people with chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis

## Viden

Mestring kan defineres på følgende måde: De strategier og fremgangsmåder en person eller en familie bruger for at klare eller håndtere nye, svære og truende situationer (1). Strategierne kan enten arbejde for eller imod personens hensigter – det vil sige, at mestringsstrategier kan understøtte eller modarbejde en persons mål med sit liv (2).

## 3.4 Grundprincipper fra Hjemmehjælpskommissionen

I 2012 nedsatte Folketinget en hjemmehjælpskommission, der fik til opgave at beskrive udfordringerne og komme med forslag til, hvordan ressourcerne anvendes bedst muligt på hjemmehjælpsområdet (1). I rapporten fra 2013 anbefaler kommissionen blandt andet en mere systematisk rehabiliteringsindsats og peger på otte grundprincipper for rehabiliteringsforløb, som kan være det fundament, vi arbejder ud fra.

De otte grundprincipper er:

1. Den ældres aktive deltagelse i forløbet
2. Individuel og fleksibel tilrettelæggelse med afsæt i den ældres behov
3. Helhedsorienteret tilgang i forhold til den ældres samlede livssituation
4. Målorienterede og tidsafgrænsede forløb
5. Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde
6. Koordinerede forløb
7. Planlægning
8. Vidensbaseret og kvalitet

### 1. Den ældres aktive deltagelse i forløbet

Det er et centralt element i et rehabiliteringsforløb, at den ældre er en samarbejdspartner og er aktivt involveret i forløbet. Formålet med rehabilitering er – i samarbejde med den ældre – at fremme den ældres mulighed for at klare sig selvstændigt og forbedre livskvaliteten, så den ældre bevarer og styrker sin funktionsevne også i tiden efter rehabiliteringsforløbet. I et rehabiliteringsforløb har den ældre både medindflydelse og medansvar. Succesfulde rehabiliteringsforløb med den ældre som aktiv deltager er stærkt forbundne med den ældres motivation. Motivation opstår og styrkes ved den enkeltes samspil med sine omgivelser. At arbejde med motivation i rehabiliteringsforløb handler om at tage udgangspunkt i, hvilke forandringer den ældre selv er motiveret for at arbejde med. Fagpersonen skal derfor ved rehabilitering tale med den ældre om, hvilke mål, han eller hun gerne vil arbejde imod. Efter en fælles vurdering mellem fagpersonen og den ældre skal disse mål bruges i rehabiliteringsforløbet i stedet for, at fagpersonen fortæller den ældre, hvad der er

**Det er et centralt element i et rehabiliteringsforløb, at den ældre er en samarbejdspartner og er aktivt involveret i forløbet**

nødvendigt. På den måde bringes den ældres egne ressourcer og ønsker i spil.

Der skal løbende være fokus på den ældres motivation og på dialogen med den enkelte ældre. Eventuelt også med den ældres pårørende omkring formålet med forløbet. Hvis det vedvarende ikke lykkes fagpersonerne at fremkalde den ældres motivation for at indgå i et rehabiliteringsforløb, bør der foretages en ny faglig vurdering af, om der skal tilbydes en anden hjælp end et rehabiliteringsforløb.

### 2. Individuel og fleksibel tilrettelæggelse med afsæt i den ældres behov

Et rehabiliteringsforløb bør indledes med en tværfaglig udredning af de områder, der er relevante for den enkelte ældre. Udredningen danner grundlag for målene med indsatsen. Mål og indsatser i et rehabiliteringsforløb varierer således fra person til person og afhænger af den ældres aktuelle ressourcer, behov og ønsker for sit eget liv. Derfor er det vigtigt, at vi har en bred vifte af rehabiliteringsindsatser at trække på, når vi tilrettelægger de enkelte forløb, og at vi planlægger forløbet i samarbejde med den ældre og eventuelle pårørende.

### 3. Helhedsorienteret tilgang i forhold til den ældres samlede livssituation

Rehabiliteringsforløb sigter mod at forbedre den ældres samlede funktionsevne og kan rette sig mod problemer af både sygdomsmæssig, psykosocial og funktionsmæssig karakter. Rehabilitering tager udgangspunkt i den ældres aktiviteter i hverdagen. Målet er at ændre de ▶

forhold, der har indflydelse på, at den ældres funktionsevne er nedsat, og at han eller hun derfor har behov for hjemmehjælp. Sammen med den ældre finder fagpersonerne frem til hvilke forhold, der kan forbedres og hermed fremme mulighederne for et mere selvstændigt hverdagsliv. Det kan dreje sig om at styrke netværket, ændre de fysiske rammer i boligen eller nærmiljøet, fx ved at installere hjælpemidler, eller styrke de personlige mestringsstrategier. Eller det kan dreje sig om træning i daglige aktiviteter, fx rengøring eller indkøb. Det kan også dreje sig om træning af sociale aktiviteter som fx at deltage i foreningsliv eller etablere kontakt til netværket. Endelig kan rehabiliteringen også handle om at træne kroppens fysiske formåen, som fx at få bedre muskelstyrke og kondition. Der vil ofte være brug for en kombination af de forskellige indsatsområder.

#### **4. Målorienterede og tidsafgrænsede forløb**

Et rehabiliteringsforløb er en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces, hvor mål og delmål for forløbet defineres og fastsættes i et samarbejde mellem den ældre og fagpersonerne. Målene skal være realistiske i forhold til den ældres ressourcer, og indsatserne skal være egnede til at nå målene i samarbejde med den ældre. Center for kliniske retningslinjer har udarbejdet en retningslinje om systematisk anvendt målsætning i rehabilitering til borgere over 65 år (2). Systematisk målsætning er et centralt element af rehabiliteringsforløb, fordi det både motiverer den ældre til at deltage, tydeliggør forventningerne til indsatsen, fremmer en målrettet og koordineret indsats fra de involverede fagpersoner og muliggør evaluering af den tværfaglige indsats. Den ældres mål vil skulle nedbrydes i delmål som forudsætninger for at nå det overordnede mål. Hvis den ældres mål fx er at kunne deltage i sociale aktiviteter i en forening, kunne delmål herunder

være at varetage personlig pleje, kunne gå på trapper, kunne ringe efter en taxa osv.

At rehabiliteringsforløb er tidsafgrænsede vil sige, at der sættes tidsrammer for det samlede forløb og for delmål afhængig af den ældres situation, og at der sker en løbende opfølgning, så mål, delmål, indsatser og tidsramme fortsat stemmer overens. Tidsrammen fastsættes ud fra den ældres behov. Tidsafgrænsningen bidrager til en fokuseret indsats fra såvel fagpersoner som den ældre for at nå de fastsatte mål. Samtidig bidrager tidsafgrænsningen til at skabe gennemsigtighed for den ældre i forhold til det forløb, han eller hun tilbydes.

#### **5. Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde**

Rehabiliteringsforløb forudsætter ofte, at forskellige faggrupper og sektorer samarbejder. Den ældres behov afgør graden af et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde. Der vil også være forløb, som ikke kræver et tværsektorielt samarbejde. Det vigtige er, at det er den ældres behov, der er styrende, og at vi løbende vurderer behovet for at inddrage forskellige faggrupper, forvaltninger og sektorer. Det tværfaglige samarbejde kan foregå internt i kommunen ved, at forskellige faggrupper og/eller enheder skal samarbejde, fx social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter, diætister, demenskoordinatorer, audiologopæder med flere.

Indgangen til hjemmehjælp sker for en stor gruppe via sygehuset i forbindelse med udskrivning til eget hjem eller via den praktiserende læge eller det forebyggende hjemmebesøg. I disse tilfælde er det afgørende at sikre et stærkt tværsektorielt samarbejde omkring det rehabiliteringsforløb, der igangsættes. Det er væsentligt for den samlede indsats, at sektorerne og de forskellige fag- ▶

**Et rehabiliteringsforløb er en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces, hvor mål og delmål for forløbet defineres og fastsættes i et samarbejde mellem den ældre og fagpersonerne.**

grupper arbejder sammen for at kunne overbringe hinanden den ældres mål og problemstillinger. På den måde skabes det stærkeste vidensgrundlag for rehabiliteringsforløbet. Det er fx vigtigt at være opmærksom på at koordinere indsætterne i en eventuel genoptræningsplan i forlængelse af et sygehusophold (sundhedslovgivningen) med indsætterne i et kommunalt rehabiliteringsforløb. Et stærkt samarbejde på tværs af fagfunktioner, forvaltninger og sektorer kan ledes af, at den ældres mål er styrende for indsatsen, sådan at alle faggrupper arbejder sammen om et fælles mål.

## 6. Koordinerede forløb

For at sikre, at indsatsen er hensigtsmæssig og effektiv, er det vigtigt, at vi har klarhed over, hvem der har hvilke opgaver og kompetencer i forløbet. Den ældre har brug for at opleve et rehabiliteringsforløb, hvor indsætter, mål og hverdagslivet i øvrigt hænger sammen. Dette kan fx løses ved at udpege en forløbsansvarlig fagperson for hvert enkelt rehabiliteringsforløb, som har til opgave at være tovholder for forløbet og inddrage de relevante fagligheder. Rehabiliteringsforløb skal ikke blot koordineres i forhold til de enkelte faggrupper, enheder og sektorer, men også i forhold til det liv, den ældre lever og ønsker at leve, så vi fx tager højde for, at den ældre har færre kræfter de dage, han eller hun deltager i sociale aktiviteter.

## 7. Planlægning

Selve rehabiliteringsforløbet skal planlægges sammen med den ældre med de aftalte mål som det styrende element. Mange kommuner har gode erfaringer med at udarbejde en fælles plan med mål, delmål og handlinger, som alle fagfolk arbejder ud fra. En rehabiliteringsplan, der er tilgængelig for både fagpersoner, den ældre og eventuelle pårørende kan danne udgangspunkt for løbende dokumentation og evaluering af forløbet. Planen må løbende justeres, så den hele tiden passer til den ældres aktuelle behov. Hvis målsætningen fx ændrer sig, fordi det viser sig, at den ældre genvinder sin funktionsevne hurtigere end først antaget, må de nye mål og handlingerne, der leder derhen, fremgå klart af planen.

## 8. Vidensbaseret og kvalitet

Det er vigtigt, at rehabiliteringsforløb bygger på de metoder, der har størst effekt, og at de professionelle arbejder ud fra den bedste faglige viden og praksis og så vidt muligt anvender evidensbaserede indsætter, målemetoder m.m. Det er væsentligt, at vi kontinuerligt arbejder i overensstemmelse med den aktuelt bedste viden, der findes i relation til ældre og rehabilitering. Derfor er det en god ide at overveje, hvordan vi kan indrette organisationen, så vi har det bedste grundlag for effektivt at indsamle og udbrede den nyeste viden. Det stiller samtidig krav om adgang til uformel kompetenceudvikling eller løbende praksisnær læring i form af fx refleksion, supervision, sidemandsoplæring og coaching af de enkelte faggrupper. Socialstyrelsen har udgivet fire rapporter, der beskriver den aktuelt bedste viden om rehabiliteringsindsætter.

---

### Kilder

1. Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale forhold (2013): <http://sm.dk/publikationer/hjemmehjaelpskommissionens-rapport>

2. Center for kliniske retningslinjer: <http://www.kliniske-retningslinjer.dk/retningslinjer/godkendte-retningslinjer/kommunikation/kr-kl-maalsætning-rehab.aspx>

## 3.5 Rehabilitering på ældreområdet: Vidensgrundlag for håndbogen

Håndbogens forslag, metoder og redskaber er baseret på viden identificeret gennem:

- En systematisk litteraturgennemgang af videnskabelige undersøgelser af effekten af rehabilitering på ældreområdet (1)
- En kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet (2)
- En kortlægning og analyse af de redskaber, som kommunerne bruger ved rehabilitering på ældreområdet (3)
- En undersøgelse af målgruppen baseret på registerstudier og interview (4).

### Håndbogen er derudover baseret på:

- Den kliniske retningslinje vedrørende systematisk målsætning i rehabilitering, der er udarbejdet i samarbejde mellem KL og Sundhedskartellet (5)
- Sundhedsstyrelsens redskaber til tidlig opsporing af sygdomstegn hos ældre medicinske patienter (6)
- Hjemmehjælpskommissionens anbefalinger (7).

En række kommuner, eksperter og organisationer har også bidraget med indsigt til håndbogen ved at deltage i ekspertgrupper og paneler, og to forskere inden for rehabiliteringsfeltet har forfattet særskilte afsnit til dette tema.

Kortlægningen af kommunal praksis viste blandt andet, at de fleste kommuner har oplevet arbejdet med rehabilitering som et brud med en velkendt måde at arbejde på. Derfor kræver det stor vedholdenhed fra ledere og medarbejdere at implementere et rehabiliterende fokus i dagligdagen.

### Vidensgrundlag for virkninger af rehabilitering

Socialstyrelsen fik i 2013 udarbejdet en litteraturgennemgang med det formål at kortlægge evidensen for rehabiliteringsindsatser målrettet ældre med nedsat funktionsevne (1). Litteratursøgningen blev udført på baggrund af følgende søgekriterier:

### Målgruppe:

- + Ældre over 65 år
- + Ældre med nedsat fysisk, psykisk eller social funktionsevne
- - Ældre med specifikke sygdomme (dvs. denne gruppe af ældre må gerne indgå i studiet, men de må ikke alene udgøre målgruppen).

### Interventioner:

- + Interventioner, hvor rehabiliteringen foregår i primærsektor eller i kommunen
- + Interventioner, som er individuelt målrettet den ældre borgers behov
- + Interventioner, der er multikomponente, tværfaglige og helhedsorienterede, dvs. omfatter sammensatte indsatser, der involverer flere sundhedsprofessionelle faggrupper, og som har fokus på det bred funktionsevnebegreb (fysisk, psykisk og/eller social funktionsevne).

Samme litteratursøgning blev gentaget i januar 2016 med henblik på at opdatere den tidligere søgning og sikre, at håndbogen bygger på den nyeste viden på området (8).

De to litteratursøgninger omfatter nationale såvel som internationale studier og viser bredt set, at rehabilitering til ældre over 65 år kan hjælpe til at forbedre deres funktionsevne og reducere behovet for hjælp og støtte i hverdagen i form af:

- Reduceret risiko for at falde
- Reduceret risiko for at tabe funktionsevne
- Øget sandsynlighed for at kunne blive i eget hjem
- Reduceret risiko for at blive indlagt
- Nedsat sandsynlighed for at flytte i plejebolig.

Nedenfor ses eksempler på rehabiliteringsindsatser, som har betydning for rehabiliteringsforløb for ældre med nedsat funktionsevne iflg. studier. ►

### Case management

Case management er en indsats, hvor ældre med behov for rehabiliteringsforløb støttes i at få overblik over problemområder, og hvor der bygges bro til relevante tilbud. Case management er mest effektivt, når interventioner og procedurer er veldefinerede, og arbejdsopgaverne er afstemte mellem de involverede faggrupper. Interventionsperioden varierer typisk fra 6 uger til 12 måneder. I de beskrevne studier er intensiteten varierende fra overvejende telefonisk kontakt til hyppige hjemmebesøg. Fælles for de beskrevne studier er, at den ældre har udstrakt adgang til at kontakte case manageren. Metoden fremmer en effektiv tilrettelæggelse af det tværfaglige samarbejde for ældre, der har behov for et rehabiliteringsforløb. De beskrevne interventioner er foretaget af forskellige faggrupper i form af sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter, diætister samt alment sundhedsfagligt personale. Internationalt har brugen af case management i rehabiliteringsforløb til ældre vist virkninger i forhold til øget selvvalideret livskvalitet samt nogen virkning i forhold til øget funktionsevne, øget brug af kommunale ydelser i rehabiliteringsperioden, reduceret institutionalisering og en reduktion i antallet af hospitalsindlæggelser. Case management findes i flere varianter, og der er ikke belæg for at anbefale den ene variant frem for den anden i denne sammenhæng (9,10,11).

### Målsætning

Målsætning er et centralt element i rehabilitering, da det bidrager til at øge den ældres motivation og fremmer et målrettet forløb. Derudover bliver samarbejdet målrettet, og rehabiliteringsforløbet forkortet, når der er opstillet en velfungerende målsætning sammen med den ældre (3). Det er især i begyndelsen af rehabiliteringsforløbet, at målsætningen finder sted. Samtidig er det vigtigt, at der løbende sker en justering af målene. Målsætning kan bestå af:

- systematisk identifikation af den ældres oplevede problemområder
- forhandling af målsætning over flere omgange
- etablering af både kort- og langsigtede mål
- inddragelse af pårørende
- tværfaglig kommunikation vedrørende den ældres mål
- udarbejdelse af individualiseret handleplan
- løbende justering af mål og handleplan (5).

Målsætning sker typisk i samarbejde med den ældre. Medinddragelse af den ældre har større virkninger på resultatet af indsatserne sammenlignet med virkninger af indsatser, hvor den ældre ikke har været inddraget i målsætningen (12).

Internationalt har brugen af målsætning i rehabiliteringsforløb vist resultater i forhold til øget helbredsbetonet livskvalitet, øget sandsynlighed for at forblive i eget hjem, forbedret målopfyldelse, mindre afhængighed af hjælp til personlig pleje og reduceret risiko for indlæggelser og/eller forkortede hjemmeplejehjælpinterventioner (5).

### Komplekse interventioner

I denne sammenhæng forstås komplekse interventioner som indsatser, der er kendetegnet ved at være tværfaglige og individuelt tilrettelagte. Det vil sige, at interventionerne kan bestå af multikomponente indsatser. Der er potentielt mange forskellige faggrupper involveret i komplekse interventioner. To systematiske reviews viser, at brugen af komplekse interventioner har god virkning i forhold til at opretholde funktionsevne samt vedligeholde eller forbedre udførelse af ADL (13, 15). Der er påvist nogen virkninger i forhold til faldforebyggelse, mindsket risiko for institutionalisering eller hospitalsindlæggelse og reduktion af sygeplejeydelser (1).

### Social deltagelse og aktivitet

Indsatser, der er orienteret mod øget social deltagelse og aktivitet, omhandler blandt andet deltagelse i arbejde, intellektuelle aktiviteter, såsom at læse bøger eller aviser, deltagelse i fysiske aktiviteter og modificering af fysisk eller socialt miljø (16). Hyppigheden af interventionerne er ikke angivet i reviewet. Indsatsen er kendetegnet ved hjælp til netværksdannelse via inddragelse af familie og andre nære relationer (16, 26). En undersøgelse har vist indikerer af de indsatser, der kombinerer social deltagelse med fysisk aktivitet. Resultater viser sig i forhold til lavere dødelighed, bedre sundhedsrelateret livskvalitet, opretholdelse af funktionsevne, øget mentalt velbefindende og forbedret udførelse og selvhjulpethed i forhold til ADL (16, 17). ▶

### Forebyggelse af ensomhed

Ensomhed har en negativ virkning på helbred og livskvalitet. Det øger sandsynligheden for behov for hjælp, risikoen for tidlig institutionalisering og dødsfald (18, 19, 20, 21). Indsatser rettet mod at reducere ensomhed kan være gruppeinterventioner uden aktiv deltagelse, gruppeinterventioner med aktiv deltagelse, interventioner med eller uden teoretisk afsæt samt interventioner målrettet individet. I det refererede review vurderes over halvdelen af de undersøgte studier at være af høj kvalitet. Brugen af målgruppespecifikke gruppeinterventioner, der fordrer aktiv deltagelse og har et teoretisk afsæt, har vist nogen virkning i form af bedre kognitiv funktion, bedre subjektivt vurderet helbred, bedre psykologisk velbefindende, færre årlige sundhedsomkostninger per borger og bedre overlevelse (15, 22). Interventioner, der beror på en-til-en-kontakt, har formentlig ingen eller begrænset virkning, idet kun et af elleve studier tyder på en virkning. Derudover kan der være andre typer af interventioner, som har en virkning, men ikke er undersøgt (22).

Fælles for alle de nævnte indsatser er, at virkningen endnu ikke er undersøgt i forbindelse med rehabilitering af ældre i en dansk sammenhæng. Derudover er et fælles kendetegn, at indsatserne har forskellig intensitet i forhold til varighed og hyppighed. Forløbene strækker sig typisk fra et par uger til flere måneder. Enkelte undersøgelser har forløb, der strækker sig over flere år, men det er atypisk.

### Langtidseffekten af rehabiliteringsindsatser

Der er ikke meget viden om langtidseffekterne af rehabilitering af ældre, men i Australien er der gennemført en retrospektiv analyse af borgere, der har henholdsvis modtaget og ikke modtaget rehabilitering, som viser mulige langtidseffekter. Undersøgelsen er udført med en kontrolgruppe, men ikke randomiseret.

Home Independence Program (HIP) er et rehabiliteringsprogram, der er udviklet i Australien. Programmet er et forebyggende rehabiliteringsprogram af op til 12 ugers varighed. Indsatserne kan bestå af målrettede interventioner, der har til formål at øge funktionsevnen gennem undervisning i for

**Indsatser rettet mod at reducere ensomhed kan være gruppeinterventioner uden aktiv deltagelse, gruppeinterventioner med aktiv deltagelse, interventioner med eller uden teoretisk afsæt samt interventioner målrettet individet**

eksempel egenhåndtering af kronisk sygdom, sund aldring, medicinforbrug, strategier for faldforebyggelse m.v., træning i styrke, balance og udholdenhed samt modificering af de fysiske omgivelser. Sideløbende med indsatserne ydes der en høj grad af støtte per telefon og et minimum af ansigt-til-ansigt-tid. Indsatserne i programmet er organiseret omkring et tværfagligt, interdisciplinært team, der består af sygeplejersker, ergoterapeuter og fysioterapeuter og er karakteriseret ved en omfattende indledende udredning, inddragelse af den ældre i fastsættelse af mål og en individuelt tilrettelagt handleplan. Det er det eneste program, som Sundhedsstyrelsen er bekendt med, der er foretaget længerevarende randomiserede effektstudier af. Programmet resultater indikerer mulighed for at reducere eller helt eliminere behovet for hjemmeplejeydelser i op til tre år efter afslutning af indsatser (12). ▶

### Beskrivelse af ældre, der modtager hjemmehjælp

Alle borgere, der er berettiget til hjælp efter serviceloven, kan være i målgruppen for et rehabiliteringsforløb, hvis det vurderes, at den ældres funktionsevne kan forbedres. Det er derfor relevant at afdække, både hvad der kendetegner målgruppen af ældre generelt, men også mere specifikt de ældre, der modtager hjælp efter servicelovens § 83 og § 83 a.

### - Sandsynligheden for at få behov for hjemmehjælp

En analyse blandt ældre viser, at sandsynligheden for at modtage hjemmepleje stiger med alderen. Sandsynligheden for at få behov for ▶



hjemmepleje er større for kvinder end for mænd. Sandsynligheden stiger derudover for ældre, som er blevet enke/enkemand inden for det seneste år. Særligt rygere samt de, som er uønsket alene, har markant større sandsynlighed for at modtage hjemmepleje (23).

#### - **Selvvrurderet funktionsevne for modtagere af hjemmehjælp**

Ældres egen vurdering af, hvad de har brug for hjælp til, er typisk at gå på trapper og at gå i bad. Det er også almindeligt for målgruppen at opleve behov for hjælp til at blive flyttet fra seng til stol samt til at klæde sig på. Kun en begrænset del af målgruppen oplever et behov for hjælp til spisning, toiletbesøg og personlig hygiejne (20).

#### - **Restlevetid uden funktionsevnededsættelse**

Helbredstilstanden blandt ældre forbedres vedvarende, og derved udskydes nedsættelse af funktionsevnen generelt til senere i livet. Det betyder, at den længere levetid ikke i sig selv medfører flere år med større plejebehov (7).

#### - **Kronisk sygdom**

Forekomsten af kronisk sygdom stiger med alderen. Derfor kan den generelt længere levetid medføre et voksende antal ældre med kroniske sygdomme. Forebyggende indsatser kombineret med forbedrede behandlingsmuligheder betyder dog, at det er svært at forudsige, hvordan det øgede antal ældre med kroniske sygdomme vil påvirke det fremtidige plejebehov (7).

#### - **Multisygdom**

Et stigende antal mennesker lever længere med kroniske sygdomme. Det betyder for nogle en øget risiko for fejlmedicinering, indlæggelse og forhøjet dødelighed blandt dem, som lever med to eller flere langvarige sygdomme. Flere samtidige sygdomme stiller store krav til den enkelte, der skal indgå i flere forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsforløb (24).

#### - **Komplekse plejebehov**

Sundhedsvæsenet har gennemgået store forandringer, der har resulteret i kortere indlæggelsestider og flere ambulante

behandlinger. Det betyder, at ældre i eget hjem kan have mere komplekse plejebehov end tidligere (7).

#### - **Demens**

Kommunerne vurderede i 2009, at ca. 25 % af modtagerne af hjemmehjælp havde en demenssygdom (25). Det anslås, at knap 90.000 havde en demenssygdom i 2013 (26). Det skønnes, at mere end hver femte, der bliver 85 år eller derover, vil blive ramt af en demenssygdom (27).

#### - **Netværk**

Ældre, der modtager hjemmehjælp, har sjældnere kontakt med deres familie eller øvrige netværk sammenlignet med ældre, der ikke modtager hjemmehjælp (20, 28). ▶

#### - **Fald**

I gruppen af ældre, der bor i egen bolig, falder hver tredje mindst en gang årligt. Forekomsten af fald stiger med alderen. Fald dækker over snublefald samt sværere faldproblematikker. Op mod halvdelen af alle fald forårsager en eller anden form for skade, og ca. 5 % resulterer i knoglebrud (29).

#### - **Ensomhed**

Sandsynligheden for at opleve ensomhed stiger med alderen. Ensomhed kan forstås i forhold til to dimensioner:

At være uønsket alene og at føle sig alene blandt andre (30). Antallet af ældre, der selv vurderer, at de er ensomme, var blandt de 67-årige på 11 % i 2012. Blandt de 87-årige var andelen 21 %, alt imens andelen var 24 % blandt de 92-årige (17).

#### - **Social ulighed**

Der er en socioøkonomisk skæv fordeling af behovet for hjemmehjælpsydelse. Jo mindre økonomisk velstillet den ældre er, desto flere timers ydelser vil vedkommende ofte få. Mindrebemidlede ældre har ofte flere indlæggelser og modtager flere hjemmehjælpsydelse end mere velstillede ældre. Ved at inddrage de ældres børn viser en analyse ▶ en svag tendens i retning af, at jo højere indkomst de mest velstillede børn har, desto flere ydelser modtager den ældre (31).

**Kilder**

- 1: Socialstyrelsen (2013): Evidens for effekten af rehabilitering på ældreområdet – en litteratur-gennemgang, <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2013/~-/media/7F96FF7FC205427F9873BED318DA44CB.ashx>
- 2: Socialstyrelsen (2013): Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet, <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2013/~-/media/68CD1891EDC24AA29EDDD0A4B7065E7F.ashx>
- 3: Socialstyrelsen (2013): Brug af redskaber i rehabilitering til hverdagens aktiviteter på ældreområdet, <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2013/~-/media/B66F5F50ED304A19B876A9EE048E71DF.ashx>
- 4: Socialstyrelsen (2013): Målgruppen for rehabilitering til hverdagens aktiviteter, <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2013/maalgruppen-for-rehabilitering-til-hverdagens-aktiviteter>
- 5: Center for kliniske retningslinjer (2013): <http://www.kliniskeretningslinjer.dk/retningslinjer/godkendte-retningslinjer/kommunikation/kr-kl-maalsætning-rehab.aspx>
- 6: Sundhedsstyrelsen (2013): Værktøj til tidlig opsporing af sygdomstegn hos ældre, <http://www.sst.dk/~-/media/3F3B1C4D98664E728C76E8FFE668F19D.ashx>
- 7: Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale forhold (2013): Hjemmehjælpskommissionens rapport, [http://sum.dk/~-/media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2013/Hjemmehjaelpskommissionen-fremtidens-hjemmehjaelp-juli-2013/Hjemmehjaelpskommissionen-fremtidens-hjemmehjaelp-juli-2013.ashx](http://sum.dk/~-/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2013/Hjemmehjaelpskommissionen-fremtidens-hjemmehjaelp-juli-2013/Hjemmehjaelpskommissionen-fremtidens-hjemmehjaelp-juli-2013.ashx)
- 8: Sundhedsstyrelsen (2016): Søgestrategi
- 9: Eklund, K. & Wilhelmson, K. (2009): Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: A systematic review, *Health & Social Care in the Community*, 17 (5)
- 10: Low, Yap & Brodaty (2011): A systematic review of different models of home and community care services for older persons, *BMC health services research*, 11, 93.
- 11: You, E. C. et al (2012): Effects of case management in community aged care on client and carer outcomes: a systematic review of randomized trials and comparative observational studies.
- 12: Lewin, G. et al (2013): Evidence for the long term cost effectiveness of home care reablement programs, Dove Press
- 13: Arbesman, M. et al (2012): A systematic review of occupation and activity based health management and maintenance interventions for community dwelling older adults, *The American Journal of Occupational therapy*: official publication of the American Occupational Therapy Association, 66 (3).
- 15: Momsen, A. et al (2012): Multidisciplinary team care in rehabilitation: an overview of reviews.
- 16: Dahan-Oliel et al. (2008): Social participation in the elderly: What does the literature tell us? *Critical reviews, Physical and Rehabilitation Medicine*, 20 (2).
- 17: SFI's ældredatabase
- 18: Nicholson, N. R. et al (2012): A review of Social Isolation: An Important but Underassessed Condition in Older Adults. *J. Primary Prevent* 2012 33:137-152
- 19: Pitkala et al (2009) og (2011): Psychosocial group rehabilitation for lonely older people: favourable processes and mediating factors of the intervention leading to alleviated loneliness
- 20: Rostgaard, Tine et al (2013): Omsorgsbetinget livskvalitet og hjemmehjælp
- 21: Scwarzbach, M. et al (2013): Social relations and depression in late life – A systematic review, *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2014, 29:1-21
- 22: Cattan, Mima et al (2005): Preventing social isolation and loneliness among other people: a systematic review of health promotion interventions, Cambridge University press.
- 23: Kjellberg, Jakob (2013): Analyse af hvilke borgere, 65+, som modtager hjemmepleje og om der er særlige udløsende faktorer, Socialstyrelsen
- 24: Sundhedsstyrelsen (2012) <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/folkesygdomme/kronisk-sygdom/forloepsprogrammer/multisygdom>
- 25: KL (2009): Kvalitet i kerneydelserne
- 26: Stav, W. B. et al (2012): Systematic review of occupational engagement and health outcomes among community dwelling older adults, *The American Journal of Occupational therapy*: official publication of the American Occupational Therapy Association, 66(3)
- 27: Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale forhold (2010): [http://sim.dk/media/946402/17\\_kortl\\_gning-demensomr\\_det-dec2010.pdf](http://sim.dk/media/946402/17_kortl_gning-demensomr_det-dec2010.pdf)
- 28: H.H. Lauritzen et al (2012): Ældres ressourcer og behov, i Danmarks statistisk (2012): 65+ et portræt af de ældres liv
- 29: Vind, A.B. et al (2012): Undersøgelse og behandling af ældre efter faldtilfælde – en medicinsk teknologi-vurdering, Sundhedsstyrelsen.
- 30: Marselisborg – Center for Udvikling, Kompetence og Viden (2012): Ældre og ensomhed - hvem, hvorfor og hvad gør vi? <http://aktivtaeldreliv.dk/media/427126/%C3%86ldre-og-ensomhed-hvem-hvorfor-og-hvad-goer-vi.pdf>
- 31: Danmarks Statistik (2013): Den socioøkonomiske fordeling af sociale ydelser til de ældre

## 3.6 Rehabilitering og aldring

Af Jette Thuesen

*Ph.d. og forsker ved REHPA (Videnscenter for rehabilitering og palliation), Jette Thuesen, har skrevet følgende afsnit til håndbogen om rehabilitering set fra de ældres perspektiv. Det er et væsentligt bidrag til at forstå rehabilitering på ældreområdet, fordi det giver et indblik i, hvordan rehabilitering og hverdagsliv kan opleves af de ældre selv. Ved at bygge på den forståelse kan fagpersoner lettere imødekomme den ældre og hjælpe til at skabe motivation for forløbet.*

Gennem historien er aldring blevet forstået på vidt forskellige måder. Skiftende forståelser af aldring har betydning for den hjælp, samfundet tilbyder ældre med tab af funktionsevne. I dag mødes svækkede ældre, der har svært ved at klare hverdagen, ofte med et tilbud om rehabilitering. Nedsat funktionsevne skal ikke længere ses som et nærmest naturgivent vilkår, man som ældre menneske er underlagt.

I dag bygger rehabilitering på ældreområdet på værdier om alderdom og livsforløb, som er formuleret gennem de seneste 100 år. Alderdommen forstås ikke som radikalt forskellig fra andre livsfaser, og tab af funktionsevne ses ikke som uafvendelige og naturgivne følger af høj alder. Der er altså muligheder for forandring og udvikling, også i alderdommen. Dette perspektiv kaldes kontinuitetstænkning.

Der eksisterer også en anden forståelse af alderdom. Nemlig at ældre menneskers tilbagetrækning fra det sociale liv er et naturligt og normalt aspekt ved aldring. Samfundet er derfor ikke i samme grad forpligtet på at understøtte ældres aktive deltagelse (for denne forståelse refereres ofte til Cumming og Henry, 1961) (2).

De to forskellige forståelser kan fx ses i det slogan, som har været brugt om udbredelsen af rehabilitering i den kommunale hjemmepleje: Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Pleje og omsorg kobles til en tilbagetrækningstænkning og rehabilitering til en kontinuitetstænkning, og der er gang i et skifte fra den ene til den anden tænkning.

Ingen af de to måder at forstå aldring på kan dog alene forklare aldring, som mennesker oplever den. Aldring er fra et menneskeligt perspektiv fuld af modsætningsfyldte og komplekse erfaringer.

### **Aldring som både kontinuitet og tilbagetrækning – aldring set fra de ældres perspektiv**

Ifølge hvidbogens definition er målet med rehabilitering et selvstændigt og meningsfuldt liv (5). Hvis rehabiliteringens tankesæt og praksis skal give mening for svækkede ældre mennesker, skal den understøtte, hvordan de selv oplever og håndterer svækkelse i senlivet. Det betyder ikke, at ældre menneskers holdninger og handlinger ikke må udfordres, men det betyder, at deres egne oplevelser og strategier må anerkendes.

Svækkelse i alderdommen opleves og håndteres af ældre selv på komplekse måder. Når ældre taler om sygdom og svækkelse taler de både om det som normale og uafvendelige fænomener, de må lære at leve med og kompensere for og som fænomener, der kan gribes ind over for enten af dem selv eller af fagpersoner. Ofte hører man i rehabiliteringskredse, at ældre refererer til "gammeldags" forståelser af aldring; at nogle ældre mennesker forstår svækkelse som noget, der følger med det at blive gammel og ikke altid har forståelse for, at svækkelse ofte er noget, der kan gøres noget ved – og som de selv kan gøre noget ved. Men forskning om, hvordan ældre forholder sig til og aktivt håndterer svækkelse i senlivet tyder på, at ældre mennesker har viden om, at de selv har indflydelse på og ansvar for, hvordan de fungerer i hverdagen (4, 7).

Det at søge kompenserende hjælp eller at holde op med aktiviteter, man ellers dyrkede, kan også ses som en måde at forsøge at opretholde selvbestemmelse på. Svækkelse og sygdom skaber, hvad man i et hverdagslivsteoretisk perspektiv kan kalde forskydninger eller brud i hverdagslivets selvfølgeligheder, rytmerne og rutinerne. Og her kan en ansøgning om hjemmehjælp eller fravalg af tirsdaysbridgen ses som uafhængigheds-bestræbelser; som en måde ▶

at forsøge at stabilisere en hverdag, som er destabiliseret (4, 6, 7). Senlivet er en livsfase med mange forandringer, fysiske såvel som sociale, og det kræver aktiv håndtering at opretholde en vis form for kontrol over hverdagen.

En aldringsteori, der understøtter den kompleksitet, er den socialpsykologiske teori om vellykket aldring, som er udviklet af gerontopsykologerne Baltes og Baltes. Den sammenfatter uenigheden mellem en kontinuitetstænkning og en tilbagetrækningstænkning og beskriver vellykket aldring som både aktiv deltagelse og tilbagetrækning. Teorien beskrives ofte som SOK-modellen: Selektion, Optimering og Kompensation. De ældre, som oplever en god alderdom, og som mestrer at leve med svækkelse, er dem, der formår at vælge (selektere) hvilke aktiviteter, det er vigtigst at opretholde og at optimere, og hvilke aktiviteter og domæner man skal vælge fra og kompensere for i hverdagen. Vellykket aldring i den forstand er således både karakteriseret ved tab og gevinst; ved samtidig udvikling og afvikling af socialt liv og aktiv deltagelse (1, 3). Det er vigtigt at være opmærksom på, at et godt liv i alderdommen også fordrer, at man kan prioritere sine kræfter og vælge aktiviteter og domæner i livet fra. Fagpersoner i rehabilitering på ældreområdet skal også understøtte og anerkende den bevægelse og hjælpe til både udvikling, kontinuitet og tilbagetrækning.

---

#### Kilder

- 1) Baltes, P.B.; Baltes, M.M. (1990): Psychological Perspectives on Successful Aging: The Model of Selective Optimization with Compensation i P.B. Baltes; M.M. Baltes (red): Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences. Cambridge University Press
  - 2) Cumming, E.; Henry, W.E. (1961): Growing Old: The Process of Disengagement. Basic Books
  - 3) Johannesen, A. (2006): Svækket – men stærk. Hverdagsliv for 85- og 90-årige, som mestrer fysisk svækkelse. Gerontologisk Institut
  - 4) Jolanki, O.H. (2009): Agency in talk about old age and health i Journal of Aging Studies, årg. 23, nr. 4
  - 5) Marselisborgcentret (2004): Hvidbog om rehabilitering
  - 6) Swane, CE (1996): Hverdagen med demens. Billedannelser og hverdagserfaringer i kulturgerontologisk perspektiv. Munksgaard, København.
- Thuesen, J. (2013): Gammel og svækket i nye omgivelser. Narrativt arbejde i brugerorienterede rehabiliteringsforløb. Roskilde Universitet.



# Redskaber til brug i rehabiliteringsforløb

- 4.1 Redskaber til brug i rehabiliteringsforløb
- 4.2 Redskab: De Morton Mobility Index (DEMMI)  
Måler: Mobilitet hos ældre borgere
- 4.3 Redskab: World Health Organization Disability Assessment Schedule II 36 (WHODAS 36)  
Måler: Helbredstilstand og funktionsevneniveau
- 4.4 Redskab: Canadian Occupational Performance Measure (COPM)  
Måler: Den ældres opfattelse af ændringer i aktivitetsudførelse over tid
- 4.5 Redskab: Den motiverende samtale  
Redskabet afdækker motivation til forandring af en uhensigtsmæssig vane
- 4.6 Redskab: Ensomhedsskala (UCLA 3)  
Måler: Ensomhed
- 4.7 Redskab: ADL-TAXONOMI  
Måler: Aktivitetsformåen i hverdagen på basis af aktiviteter som er meningsfulde og relevante for den enkelte
- 4.8 Redskab: Barthel 100  
Måler: Basale ADL-funktioner, fysisk funktionsniveau og plejetyngde

## 4.1 Redskaber til brug i rehabiliteringsforløb

Der findes en række redskaber og værktøjer, som fagprofessionelle kan anvende til at opspore og identificere ældre, der kan have gavn af en rehabiliterende indsats. Flere af redskaberne kan desuden anvendes til at kvalitetsudvikle, monitorere og måle effekten af de iværksatte indsatser.

På de næste sider har vi samlet beskrivelser af en række redskaber, der kan understøtte en rehabiliterende indsats. Redskaberne er udvalgt enten, fordi de anvendes i Sundhedsstyrelsens projekt om kvalificering og afprøvning af rehabiliteringsmodel på ældreområdet, eller fordi de hyppigt bliver brugt i kommunerne.

Med undtagelse af 'Den motiverende samtale' kan alle redskaber anvendes til at opspore ældre, der er i målgruppen for en indsats og/eller som et redskab til løbende monitorering og resultatopfølgning.

Alle redskaber er validerede og oversat til dansk. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en rapport, der kortlægger brugen af redskaber i kommunernes arbejde med rehabilitering af ældre (1). Rapporten viser blandt andet, at der anvendes mange og forskelligartede redskaber. Listen over redskaber i håndbogen er ikke udtømmende, og der findes andre brugbare redskaber. I det følgende beskrives redskaber, der er valgt fordi:

- Redskaberne er validerede
- Redskaberne er oversat til dansk
- Redskaberne samlet set giver et bredt indblik i den ældres samlede funktionsevne

Flere af redskaberne anvendes i den model for rehabiliteringsforløb, der afprøves i Syddjurs og Slagelse Kommuner.

I skemaet herunder kan du se en oversigt over de forskellige redskaber, som beskrives i håndbogen.

Redskaber	Måler	Opsporing af risikofaktorer	Resultatopfølgning og monitorering	Andet
<b>DEMMI</b>	Mobilitet	•	•	–
<b>WHODAS 36</b>	Helbredstilstand og funktionsevne	•	•	–
<b>COPM</b>	ADL- funktioner	•	•	–
<b>Den motiverende samtale</b>	Redskabet øger motivation til forandring	–	–	•
<b>UCLA 3</b>	Ensomhed	•	•	–
<b>Taxonomi</b>	ADL-funktioner	•	•	–
<b>Barthel 100</b>	ADL-funktioner	•	•	–

### Kilder

1: Socialstyrelsen (2013): Brug af redskaber i rehabilitering til hverdagens aktiviteter på ældreområdet, <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2013/brug-af-redskaber-i-rehabilitering-til-hverdagens-aktiviteter-paa-aeldreområdet>



## 4.2 Redskab: De Morton Mobility Index (DEMMI)

### Om redskabet

De Morton Mobility Index (DEMMI), der er udviklet i Australien, er designet til at måle mobilitet hos ældre. DEMMI kan måle mobilitet hos personer med mange fysiske begrænsninger og hos personer med ingen/få fysiske begrænsninger (1).

### Hvordan bruges redskabet

DEMMI består af fem deltest, hvortil der i alt hører 15 opgaver. Opgaverne skal vise, hvor svært eller let det er for testpersonen at komme rundt, når han eller hun ligger, sidder, står og går. Opgaverne fordeler sig på følgende fem deltest:

#### Seng (forflytninger)

- 1) Bækkenløft
- 2) Rulle om på siden
- 3) Liggende til siddende

#### Stol (forflytninger)

- 4) Sidde uden støtte
- 5) Siddende til stående
- 6) Siddende til stående uden brug af arme

#### Statisk balance (uden sko, uden strømper, uden gangstativ)

- 7) Stå uden støtte
- 8) Stå med samlede fødder
- 9) Stå på tæer
- 10) Tandemstand med lukkede øjne

#### Gang

- 11) Gangdistance m/u gangredskab
- 12) Selvstændig gangfunktion

#### Dynamisk balance (uden sko, uden strømper og uden gangredskab)

- 13) Samle kuglepen op fra gulvet
- 14) Gå fire skridt baglæns
- 15) Hoppe

### Måler:

**Mobilitet hos ældre borgere**

### Forudsætninger

Testene kan udføres af en bred skare af sundhedsfagligt personale, men det kræver oplæring. Det er vigtigt, at instruktionen til de enkelte opgaver og protokol til DEMMI følges. DEMMI er let at administrere, desuden har instrumentet et simpelt scoringssystem. DEMMI tager gennemsnitlig 10 minutter at udføre (2).

### Rettigheder

DEMMI er gratis at anvende og kræver ingen licensaftale.

### Link til redskab

Den danske oversættelse af skemaet samt instruktion til de enkelte opgaver og protokol til administration af DEMMI findes på nedenstående link:

<http://fysio.dk/Upload/Graphics/PDF-filer/Maleredskaber/DEMMI/DEMMI%20original%20dansk%20skema%2020.02.12.pdf>

### Kilder

1) <http://fysio.dk/fafo/Maleredskaber/Maleredskaber-alfabetisk/DEMMI1/>

2) <http://www.demmi.org.au/demmi/web/home.html>



## 4.3 Redskab: World Health Organization Disability Assessment Schedule II 36 (WHODAS 36)

### Om redskabet

WHODAS II er et generisk spørgeskema, der blev udviklet af WHO som en standardiseret metode til at måle helbred og funktionsevnenedsættelse på tværs af kulturer. Instrumentet blev udviklet på baggrund af ICF. Der er udviklet tre versioner af WHODAS II (36 -, 12 - og 12 + 24 spørgsmål), der varierer i omfang og tilsigtet administrering.

I projekt Rehabilitering på ældreområdet afprøves og evalueres bl.a. WHODAS 36, der er den mest detaljerede af de tre versioner. WHODAS er relativt uprøvet i dansk sammenhæng. Evalueringen forventes at kunne bidrage med viden om, hvorvidt den detaljerede version er nødvendig for at afdække den ældres funktionsevne, eller om den enkelte kommune med fordel kan anvende en af de kortere versioner.

### Hvordan bruges redskabet?

WHODAS 36 består af 36 spørgsmål, der relaterer sig til nedsat funktionsevne oplevet af den ældre inden for seks livsdomæner gennem de sidste 30 dage.

- Domæne 1: Kognition
  - forståelse og kommunikation
- Domæne 2: Mobilitet
  - bevæge sig og komme omkring
- Domæne 3: Egenomsorg
  - varetagelse af egen hygiejne, påklædning, spise og være alene
- Domæne 4: Samvær
  - interagere med andre mennesker
- Domæne 5: Aktiviteter i dagligdagen
  - huslige forpligtelser, fritid, arbejde og skole
- Domæne 6: Deltagelse i samfundslivet
  - deltage i aktiviteter i lokalsamfundet, samt deltagelse i samfundet

WHODAS 36 kan udfyldes på 5 minutter af personen selv, eller udfyldes gennem et interview på ca. 20 minutter. Interviewformen anvendes i Sundhedsstyrelsens rehabiliteringsprojekt.

**Måler:**  
**Helbredstilstand og funktionsevneniveau**

### Forudsætninger

Vælges interviewformen, anbefales det, at interviewere trænes ved hjælp af Manual for WHO Disability Schedule – WHODAS 2.0 (WHO 2010), som inkluderer en interviewguide og andet træningsmateriale. Manualen indeholder retningslinjer for standardisering af WHODAS II, hvilket sikrer ensartethed (1).

### Rettigheder

WHO tillader fri adgang og brug af WHODAS II og har derfor offentliggjort instrumentet. I kan frit anvende instrumentet efter udfyldelse af en online registreringsformular på hjemmesiden for WHODAS II (2).

### Link til redskabet

En dansk oversættelse af WHODAS 36 – version – Interviewer-administreret findes på nedenstående link:

[http://www.etf.dk/sites/default/files/uploads/public/documents/Redskaber/whodas2\\_0\\_spoergeskema.pdf](http://www.etf.dk/sites/default/files/uploads/public/documents/Redskaber/whodas2_0_spoergeskema.pdf)

### Kilder

1) WHODAS manual  
[http://www.etf.dk/sites/default/files/uploads/public/documents/Redskaber/whodas\\_manual.pdf](http://www.etf.dk/sites/default/files/uploads/public/documents/Redskaber/whodas_manual.pdf)

2) WHO's hjemmeside om WHODAS  
<http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/>

## 4.4 Redskab: Canadian Occupational Performance Measure (COPM)

### Om redskabet

COPM er et individualiseret redskab, der kan opfange ændringer i en persons egen opfattelse af sin aktivitetsudførelse over tid i forbindelse med egenomsorg, arbejde og fritid.

### COPM anvendes til:

- At identificere problemområder inden for aktivitetsudførelsen
- At vurdere, hvordan den ældre prioriterer daglige aktiviteter, der er problematiske
- At vurdere udførelse og tilfredshed i forhold til disse problemområder
- At måle ændringer i løbet af interventionen

### Hvordan bruges redskabet

COPM kan bruges for personer med forskellige former for funktionsnedsættelse uanset udviklingsniveau eller alder. Diagnoser eller årsager til funktionsbegrænsningen har ingen betydning for muligheden for at anvende redskabet. Dog tages der forbehold for personer, som er svært maniske eller svært deprimerede samt personer med kognitive funktionsforstyrrelser. Talking Mats kan være et alternativ til COPM, hvis den ældre har kognitive begrænsninger, der gør, at han eller hun ikke kan gennemføre COPM (<http://www.kc-hil.dk/metoder-og-varktøjer-til-kommunikation/med-og-selvbestemmelse.html>).

COPM er et standardiseret redskab, idet der er specifikke instruktioner og metoder for, hvordan testen anvendes og scores. Den blev designet som et klientcentreret redskab til afdækning af behandlingsbehov, målsætning og resultatmåling og er baseret på et semistruktureret interview og en struktureret scoringsmetode (1).

COPM udføres som et semistruktureret interview, og det tager ca. 20-30 min.

Interviewet styres af interviewerens med respondenterne som den, der identificerer aktivitetsproblematikkerne.

**Redskabet afdækker den ældres opfattelse af ændringer i aktivitetsudførelse over tid**

### Trin 1: Identificering af aktivitetsproblematikker

Det første trin i processen er at interviewe den ældre om hans eller hendes aktivitetsudførelse. COPM-skemaet er opdelt i tre aktivitetsområder: Egenomsorg, arbejde og fritid inden for hvilke interviewerens stiller en række spørgsmål.

### Trin 2: Vurdering af betydning

Når de specifikke problemer er identificeret, skal den ældre vurdere, hvor vigtig aktiviteten er i hans eller hendes liv. Betydningen vurderes på en 10-pointskala.

### Trin 3: Scoring

Herefter skal den ældre vælge op til fem problemer, som synes presserende eller vigtige. For hvert af disse problemer skal den ældre ved hjælp af en 10-pointskala foretage:

- A. En egenvurdering af den nuværende udførelse af aktiviteten
- B. En egenvurdering af tilfredsheden med den nuværende situation

Til sidst udregnes den gennemsnitlige score, og tallene noteres i skemaet.

Efter trin 3 finder den sædvanlige planlægning og udførelse af interventionen sted.

**Trin 4: Revurdering**

Senere foretages der en revurdering, hvor de samme problemfelter igen vurderes, og den samlede score udregnes på ny, noteres i skemaet og sammenlignes med den forrige score. Identificeres der ikke flere aktivitetsproblematikker, afsluttes den terapeutiske kontakt.

**Forudsætninger**

Det er vigtigt, at interviewer har tilegnet sig den nødvendige ekspertise og træning i at anvende redskabet. Hjælpe midler til støtte i tilegnelsesprocessen (træningsmanual og video) kan rekvireres på den canadiske COPM hjemmeside: ([www.caot.ca/copm](http://www.caot.ca/copm))

Man behøver ikke at være uddannet ergoterapeut for at anvende redskabet, men man skal have en sundhedsfaglig uddannelse samt oplæring i brug af redskabet.

**Rettigheder og rekvirering**

Den tredje udgave af COPM-manualen er oversat og udgivet af Ergoterapeutforeningen i 2000 og revideret i 2007. Manual, interviewskema og undersøgelseskort kan downloades gratis på Ergoterapeutforeningens hjemmeside: [etf.dk](http://etf.dk). Der er copyright, så materialet må ikke kopieres eller ændres (2).

---

**Kilder**

1) Metodecentret, 2013 Resultatdokumentation Inspirationskatalog til det specialiserede område. 2. udgave

2) <http://www.etf.dk/redskaber-til-aktivitetsomraadet>

## 4.5 Redskab: Den motiverende samtale

### Om redskabet

Den motiverende samtale er et redskab til at øge menneskers motivation til at forandre især en uhensigtsmæssig vane eller livsstil.

### Hvordan bruges redskabet

Grundtanken i den motiverende samtale er via spejling og åbne spørgsmål at finde ressourcer til forandring hos den enkelte. Redskabet tager udgangspunkt i den ældres egne holdninger, overvejelser og præferencer. Målet er at starte tanker om, at en forandring er mulig (1-2).

### Grundtanken i metoden er:

- At finde ressourcer til forandring hos den ældre selv
- At tage udgangspunkt i den enkeltes egne holdninger, overvejelser og præferencer
- At undgå konfrontation og modstand i samtalen
- At frigøre den enkelte nok fra ambivalens (usikkerhed og uafklarethed) til at kunne begynde en forandringsproces
- At anerkende den enkeltes ret til selvbestemmelse
- At starte tanker om, at forandring er mulig

### Forudsætninger

Den motiverende samtale kan med forudgående uddannelse anvendes af alle fagprofessionelle.

Der findes en række private udbydere af kortere og længere varende kurser i den motiverende samtale.

**Redskabet øger motivation til forandring af en uhensigtsmæssig vane**

### Rettigheder

Anvendelse kræver ikke særlige rettigheder.

### Link til redskab

En beskrivelse af Den motiverende samtale kan findes i 'Den motiverende samtale – en kort introduktion'

[http://rogfrihed.dk/fileadmin/user\\_upload\\_roegfri/PDF/metoder/Den\\_motiverende\\_samtale\\_til\\_portal.pdf](http://rogfrihed.dk/fileadmin/user_upload_roegfri/PDF/metoder/Den_motiverende_samtale_til_portal.pdf)

---

### Kilder

- 1) Sund By Netværket (2011): Den motiverende samtale – en kort introduktion  
[http://rogfrihed.dk/fileadmin/user\\_upload\\_roegfri/PDF/metoder/Den\\_motiverende\\_samtale\\_til\\_portal.pdf](http://rogfrihed.dk/fileadmin/user_upload_roegfri/PDF/metoder/Den_motiverende_samtale_til_portal.pdf)
- 2) Rosdahl, G. (2013), Den Motiverende Samtale i teori og praksis. Munksgaard.  
[http://bibliotek.dk/vis.php?origin=kommando&field1=fritekst&term1=den+motiverende+samtale+i+teori+og+praksis+&spellcheck\\_hit=1](http://bibliotek.dk/vis.php?origin=kommando&field1=fritekst&term1=den+motiverende+samtale+i+teori+og+praksis+&spellcheck_hit=1)

## 4.6 Redskab: Ensomhedsskala (UCLA 3)

### Om redskabet

De fleste ældre lever et godt socialt liv, men for nogle er ensomhed et stort og ofte overset problem. Ensomhed kan have store konsekvenser for den enkeltes livskvalitet, helbred og trivsel. Redskabet UCLA er oprindeligt konstrueret med henblik på at screene for social isolation og ensomhed hos yngre mennesker i USA, men er siden blevet afprøvet og anvendt hos ældre (1). UCLA findes i forskellige versioner med hhv. 20, 10, 4 og 3 spørgsmål. I Sundhedsstyrelsens projekt om rehabilitering anvendes den korte version (UCLA – 3).

### Hvordan bruges redskabet?

Redskabet består af tre spørgsmål, der omhandler ensomhed:

- 1: Hvor ofte føler du dig isoleret fra andre?
- 2: Hvor ofte føler du, at du savner nogen at være sammen med?
- 3: Hvor ofte føler du dig holdt udenfor?

Svarkategorierne til de tre spørgsmål er delt op efter sjældent (1), en gang imellem (2), ofte (3). Den ældre bliver interviewet i forhold til, hvordan han/hun har det. Udført som interview er tidsforbruget cirka 5 minutter.

Der kan scores 3-9 point. Jo højere score, des højere grad af ensomhed og social isolation (2).

**Måler:**  
**Ensomhed**

### Forudsætninger

Det kræver ingen særlige forudsætninger at anvende UCLA (3).

### Rettigheder

Anvendelse af testen forudsætter ikke særlige rettigheder.

### Link til redskab

[www.static.sdu.dk](http://www.static.sdu.dk)

---

### Kilder

- 1) Lasgaard (2007): Reliability and validity of The Danish Version of the UCLA Loneliness Scale. 1: Personal and Individual Differences. Nr. 42
  - 2) Russell (1996): UCLA Loneliness Scale Version 3: Reliability, Validity, and Factor Structure. Journal of Personality Assessment. 66 (1), 20-40
- Smith (2012): Toward a Better Understanding of Loneliness. In Community-Dwelling Older Adults. Journal of Psychology



## 4.8 Redskab: Barthel 100

### Om redskabet

Barthel 100 er oprindeligt udviklet til andet formål, men anvendes i dag både nationalt og internationalt til vurdering af funktionsevne hos ældre (1).

### Hvordan bruges redskabet?

Redskabet bruges til at afdække 10 funktionsområder, der er nødvendige for at klare sig i hverdagen:

1. Spisning
2. Mobilitet
3. Forflytning
4. Trappegang
5. Personlig hygiejne
6. Påklædning
7. Toiletbesøg
8. Tarmkontrol
9. Badning
10. Blærekontrol

Hvert funktionsområde vurderes i forhold til behovet for hjælp til at udføre funktionerne. Der er 5 svarkategorier til hvert funktionsområde, hvor der scores på en skala fra 0-15. Den samlede score lægges sammen til en totalscore, der kan være mellem 0-100, hvor 100 svarer til ingen funktionsnedsættelse (2).

### Måler:

**Basale ADL-funktioner, fysisk funktionsniveau og plejetyngde**

### Forudsætninger

Redskabet kan anvendes på tværs af faggrupper, men brugen af redskabet forudsætter et godt kendskab til borgeren.

### Rettigheder

Redskabet kan frit benyttes til ikke-kommercielle formål.

### Link til redskabet

[http://www.etf.dk/sites/default/files/uploads/public/documents/Redskaber/barthel-100\\_shah-89\\_dk\\_waehrens.pdf](http://www.etf.dk/sites/default/files/uploads/public/documents/Redskaber/barthel-100_shah-89_dk_waehrens.pdf)

### Kilder

- 1: <http://www.etf.dk/ergoterapi-og-politik/barthel-indeks>
- 2: Socialstyrelsen (2013): Brug af redskaber i rehabilitering til hverdagens aktiviteter på ældreområdet