

# BRUG AF REDSKABER I REHABILITERING TIL HVERDAGENS AKTIVITETER PÅ ÆLDREOMRÅDET

En beskrivelse af kommunernes erfaringer og analyse af anvendeligheden



Publikationen er udgivet af  
Socialstyrelsen  
Edisonsvej 18, 1.  
5000 Odense C  
Tlf: 72 42 37 00

E-mail: [socialstyrelsen@socialstyrelsen.dk](mailto:socialstyrelsen@socialstyrelsen.dk)  
[www.socialstyrelsen.dk](http://www.socialstyrelsen.dk)

Forfattere: Susanne Reindahl Rasmussen og  
Pia Kürstein Kjellberg

Indhold udarbejdet af Det Nationale Analyse- og  
Forskningsinstitut for Kommuner og Regioner for  
Socialstyrelsen.

Udgivet: December 2013

Fotos: Colourbox  
Layout: [www.kreativgrafisk.dk](http://www.kreativgrafisk.dk)

Download eller bestil rapporten på **[www.socialstyrelsen.dk](http://www.socialstyrelsen.dk)**  
Der kan frit citeres fra rapporten med angivelse af kilde.

Digital ISBN: 978-87-93052-51-2



# INDHOLDS- FORTEGNELSE

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Indledning</b> .....   | <b>4</b>  |
| <b>Kapitel 1. Resumé</b> .....  | <b>6</b>  |
| <b>Kapitel 2. Baggrund, formål og rapportens struktur</b> .....   | <b>8</b>  |
| 2.1 Baggrund .....  | 9         |
| 2.2 Rapportens formål .....   | 9         |
| 2.3 Rapportens struktur .....   | 9         |
| <b>Kapitel 3. Materiale og metode</b> .....   | <b>10</b> |
| 3.1 Grundlaget for beskrivelsen af redskaberne .....  | 11        |
| 3.2 Fokusområder og beskrivelser .....  | 11        |
| 3.2.1 Den generelle beskrivelse .....   | 12        |
| 3.2.2 Den uddybende beskrivelse .....   | 12        |
| 3.3 Afgrænsning af begreber .....   | 13        |
| 3.3.1 Redskaber .....   | 13        |
| 3.3.2 Aktivitetsproblemer .....   | 13        |
| <b>Kapitel 4. Resultater</b> .....  | <b>14</b> |
| 4.1 Redskaber i kommunerne – generel beskrivelse .....  | 15        |
| 4.1.1 Information og borgerens motivation .....   | 15        |
| 4.1.2 Visitation, undersøgelse af aktivitetsproblemer,<br>målfastsættelse, monitorering og evaluering ..... | 16        |
| 4.1.3 Information/intern kommunikation og koordinering .....  | 17        |
| 4.2 Uddybende beskrivelse af redskaber .....  | 18        |
| 4.2.1 Information og borgerens motivation .....   | 18        |
| 4.2.2 Undersøgelse af aktivitetsproblemer, målsætning,<br>monitorering og evaluering .....                  | 21        |
| 4.2.3 Intern kommunikation og koordinering .....  | 30        |
| 4.3 Valg af redskaber .....   | 32        |
| <b>Kapitel 5. Sammenfatning af resultater og konklusion</b> .....   | <b>34</b> |
| <b>Litteratur</b> .....   | <b>36</b> |
| <b>Bilag 1: Spørgeguide</b> .....   | <b>38</b> |
| <b>Bilag 2: Spørgeguide for uddybende beskrivelse af redskaber</b> .....                                    | <b>39</b> |

# Indledning

I forbindelse med satspuljeforhandlingerne for 2012 blev det besluttet at afsætte midler til et projekt, der skal kvalificere, dokumentere og udbrede en metode til hverdagsrehabilitering på ældreområdet.

Projektets formål er at sikre, at hverdagsrehabiliteringsmetoden så vidt muligt udbredes i landets kommuner for derigennem at bevirke, at ældre borgere bliver mere selvhjulpne og opnår større tilfredshed, selvstændighed og livskvalitet.

Socialstyrelsen har som led i projektet foretaget en række kortlægninger af den aktuelt bedste viden på området. Kortlægningerne omfatter: En kortlægning af kommunernes indsatser og erfaringer, en kortlægning af den videnskabelige litteratur, en kortlægning af de internationale erfaringer, en kortlægning af målgruppen, en kortlægning af kommunernes dokumentation samt denne kortlægning af redskaber, som kommunerne anvender i deres arbejde med rehabilitering på ældreområdet.

Den kortlagte viden skal samles i en håndbog med anbefalinger, metoder og redskaber, der kan understøtte kommunerne i det rehabiliterende arbejde.

Kommunerne tilbydes efterfølgende processtøtte og kompetenceudvikling til implementering af en effektiv rehabiliteringsindsats. Rehabiliteringsindsatsen effektvalueres i to kommuner.

Nærværende kortlægning er udarbejdet af Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning (KORA) på opdrag fra Socialstyrelsen. Rapportens forfattere er Susanne Reindahl Rasmussen og Pia Kürstein Kjellberg.

Tak til alle de personer i kommunerne, som har bidraget med deres viden og tid i forbindelse med interviewene og tak til Amalie Hauge-Helgestad, Cecilie Hjorth, Louise Borst, Louise Ladegaard, Signe Lund Tovgaard og Toke Nahuel Pepe Grøn, som har forestået arbejdet med interviewene.



# Kapitel 1

## Resumé



Inden for de seneste år har kommunerne igangsat en række nye tiltag til rehabilitering af borgere, der henvender sig om eller får hjælp og støtte efter Serviceloven.

Denne rapport beskriver redskaber, som anvendes i den kommunale rehabiliteringsindsats til ældre borgere, som henvender sig om eller får hjælp og støtte efter Serviceloven.

Beskrivelsen af kommunale redskaber er baseret på telefoninterview af videnspersoner med specifik viden om den kommunale hverdagsrehabiliteringsindsats. Der er to niveauer af beskrivelser: 1) En generel beskrivelse af de redskaber, som kommunerne har gode erfaringer med at bruge og 2) en uddybende beskrivelse af 11 udvalgte redskaber, som anvendes i kommunerne i forbindelse med i) information og borgerens motivation, ii) undersøgelse af aktivitetsproblemer, målsætning, monitorering og evaluering eller i forbindelse med iii) intern kommunikation og koordinering. For redskaber til visitation og undersøgelse af aktivitetsproblemer er der – på basis af videnskabelig dokumentation - foretaget en vurdering af validitet, reliabilitet og redskabets evne til at skelne ændring af aktivitetsproblemer over tid.

Kortlægningen viser, at kommunerne benytter og har gode erfaringer med redskaber, der kan karakteriseres ved at være lige fra en god ide (iPads og målkort) til forskellige testredskaber (ADL Taxonomien, AMPS, Barthel

100, COPM og Timed Up and Go) og dokumentationssystemer som Fælles Sprog II.

De kommunale fagpersoner oplever ikke altid arbejdet med dokumentation af rehabiliteringsindsatsen som værende let. Det fremgår af kortlægningen, at valget af redskaber undertiden er søgt tilpasset et ønske eller krav om dokumentation af den samlede rehabiliteringsindsats og dens effekt. Det har i nogle tilfælde resulteret i u hensigtsmæssig anvendelse af redskaber.

Kortlægningen viser, at det, ved valg af redskaber til afdækning og undersøgelse af borgernes aktivitetsproblemer, er vigtigt at være opmærksom på at vælge det rette redskab efter formål og i forhold til det, redskabet er udviklet og beregnet til.

Alle ældre borgere, som henvender sig om eller får hjælp og støtte efter Serviceloven, har som udgangspunkt aktivitetsproblemer. Den faglige vurdering er, at en afdækning og undersøgelse af disse borgeres aktivitetsproblemer derfor bedst vurderes ved at omfatte både interview af borgeren og faglig observation af borgeren, når denne udfører aktiviteter. Der er fundet to velegnede redskaber til henholdsvis interview og observation af borgerens aktivitetsproblemer: COPM til afdækning af borgerens egen opfattelse af aktivitetsproblemer og AMPS til en faglig undersøgelse og måling af borgerens funktionsevne af basale og instrumentelle hverdagsaktiviteter. Der gøres opmærksom på, at omkostningseffektiviteten ved brug af disse redskaber ikke er kendt.

## Kapitel 2

# Baggrund, formål og rapportens struktur





## 2.1 Baggrund

Rehabilitering på ældreområdet er et af de store indsatsområder i disse år. En aktiv rehabiliteringsindsats ser ud til at kunne medvirke til at ældre borgere genvinder og bevarer deres funktionsevne i længere tid, hvilket giver dem mulighed for at leve et aktivt og selvstændigt liv.

Inden for de seneste fem år har kommunerne igangsat en række nye tiltag til rehabilitering af de borgere, der henvender sig om eller får hjælp og støtte efter Serviceloven. Baggrunden er gode erfaringer fra blandt andet Fredericia og Östersund Kommune i Sverige med det, de kalder hverdags- henholdsvis hemrehabilitering (1-5).

## 2.2 Rapportens formål

Det overordnede formål med denne rapport har været at beskrive redskaber i den kommunale rehabiliteringsindsats til ældre borgere, som henvender sig om eller får hjælp og støtte efter Serviceloven. Mere specifikt er formålet:

- At få identificeret og beskrevet redskaber, som kommunerne anvender og har gode erfaringer med
- At få identificeret om kommunerne har behov for udvikling af nye redskaber.

### *Målgruppe og definition af rehabilitering*

Målgruppen omfatter borgere over 65 år, bosiddende i eget hjem eller plejebolig, som henvender sig om eller får hjælp og støtte efter Serviceloven.

Rehabilitering er jævnfør [www.socialebegreber.dk](http://www.socialebegreber.dk) "et resultat, hvor en person i videst muligt omfang har genvundet, udviklet eller vedligeholdt sin funktionsevne, så den svarer til personens egen opfattelse af et selvstændigt og meningsfyldt liv".

### *Afgrænsning*

Beskrivelsen i denne rapport fokuserer på redskaber, som kommunerne i interviewene har tilkendegivet, at de har gode erfaringer med at anvende i forbindelse med kommunale tilbud om rehabilitering til målgruppen af ældre, som henvender sig om eller søger hjælp og støtte efter Serviceloven.

Redskaber i forbindelse med kommunernes generelle tilbud om forebyggelse, genoptræning, hjemmesygepleje, hjemmepleje, hjælpemidler, botilbud mv. beskrives kun i det omfang, de indgår som en del af ovennævnte tilbud.

## 2.3 Rapportens struktur

Rapporten er efterfølgende struktureret i tre overordnede kapitler. I kapitel 4 er den anvendte metode beskrevet. Kapitel 5 omfatter en generel beskrivelse af de kommunale redskaber, en mere specifik beskrivelse af 11 udvalgte redskaber samt en anbefaling for valg af redskaber baseret på denne kortlægning. Endelig er der sammenfatning af resultaterne og konklusion i kapitel 5.

# Kapitel 3

## Materiale og metode



I forbindelse med kortlægningen af kommunernes rehabiliterende indsats er der foretaget en afdækning af de redskaber, som kommunerne oplyser at de anvender og har gode erfaringer med i forbindelse med specifikke tilbud om rehabilitering. I dette kapitel beskrives indledningsvis grundlaget for beskrivelsen af redskaberne. Herefter følger en beskrivelse af hvilke områder, der er fokuseret på samt en beskrivelse af grundlaget for udvælgelsen af de redskaber, som er blevet beskrevet mere dybtgående. Endelig følger en afgrænsning af centrale begreber, som har betydning for forståelsen af kapitlet med resultater.

### 3.1 Grundlaget for beskrivelsen af redskaberne

Beskrivelsen af kommunale redskaber er som udgangspunkt baseret på telefoninterview med videnspersoner med specifik viden om den kommunale hverdagsrehabiliteringsindsats.

I forbindelse med den generelle kortlægning af kommunernes rehabiliteringsindsats (6) er der gennemført interview med ældrechefer eller tilsvarende i samtlige kommuner. Ældrecheferne/de tilsvarende er blevet bedt om at udpege de særlige tiltag i kommunen, som er målrettet rehabilitering af ældre, der henvender sig om eller søger hjælp og støtte efter Serviceloven. De blev herudover bedt om at udpege en vidensperson, som har indgående kendskab til de pågældende rehabiliteringstiltag. Videnspersonerne er efterfølgende blevet interviewet om de respektive tiltag i kommunen og som afslutning på samtlige interview, har vi spurgt ind til, hvilke redskaber de bruger i det rehabiliterende arbejde, og hvilke erfaringer de har med det pågældende redskab. Videnspersonernes angivelser er efterfølgende blevet brugt til at identificere og beskrive de redskaber, som kommunerne anvender og har gode erfaringer med. Ti kommuner er ikke repræsenteret, fordi de enten ikke havde mulighed herfor eller ikke ønskede at deltage i interview.

På baggrund heraf er der i samarbejde med Socialstyrelsen foretaget et valg af 11 redskaber til nærmere beskrivelse (se den nærmere beskrivelse af udvælgelsen i afsnit 4.2.2). Disse redskaber er beskrevet på baggrund af interview med de omtalte videnspersoner samt evt. supplerende interview med fagpersoner/praktikere i kommunerne. Endvidere er der indhentet skriftligt materiale til dokumentation og beskrivelse af hvert redskab, og to eksperter er blevet bedt om at vurdere testredskabernes egnethed i forhold til bl.a. målsætning og dokumentation.

### 3.2 Fokusområder og beskrivelser

Redskaberne er identificeret og beskrevet for følgende områder af det kommunale rehabiliteringsarbejde<sup>1</sup>:

- 1. Information** om den kommunale rehabilitering; til borgerne og eventuelt også pårørende (generelt og specifikt til målgruppen).
- 2. Borgerens motivation** i forhold til deltagelse i rehabilitering.
- 3. Visitation** til rehabilitering, herunder en forundersøgelse af borgerens aktivitetsproblemer.
- 4. Identificering og undersøgelse** af de af borgeren beskrevne aktivitetsproblemer samt de af fagpersoner observerede aktivitetsproblemer.
- 5. Målfastsættelse** af den rehabiliterende indsats.
- 6. Opfølgning på og evaluering/revurdering** af aktivitetsproblemer med henblik på undersøgelse af, om den rehabiliterende indsats har haft den tilsigtede virkning.

<sup>1</sup> Med udgangspunkt i Hvidbogens beskrivelse af rehabiliteringsarbejdet (7).

**7. Information** om rehabiliteringsindsatsen til kolleger, som ikke direkte arbejder med rehabilitering.

**8. Koordinering/dokumentation** af de enkelte borgerforløb.

Der er to niveauer af beskrivelser:

1. En generel beskrivelse af de redskaber, som kommunerne har gode erfaringer med at bruge
2. En uddybende beskrivelse af udvalgte redskaber.

Den metodiske tilgang i forhold til de to beskrivelser fremgår af de næste to afsnit.

### 3.2.1 Den generelle beskrivelse

Videnspersonerne, der er blevet interviewet til dette projekt, er blandt andet blevet bedt om at oplyse hvilke redskaber kommunen gør brug af i rehabiliteringsarbejdet. Der er brugt en semistruktureret spørgeguide, som har omfattet spørgsmål om hvilke redskaber, der bliver anvendt i forbindelse med de forskellige elementer af rehabiliteringsforløbet, hvilke faggrupper, der benytter de respektive redskaber samt i hvilke situationer. Endelig er de blevet bedt om at oplyse, hvordan de vurderer, at de pågældende redskaber fungerer, samt hvorvidt de har forslag til videreudvikling af et givent redskab eller har behov for andre redskaber (se evt. spørgeguiden i Bilag 1).

På basis af disse interview er der foretaget en generel beskrivelse af de anvendte redskaber og deres anvendelse. Der gøres opmærksom på, at beskrivelsen omfatter redskaber, som de interviewede videnspersoner har fundet værdifulde at formidle oplysninger om. Det betyder, at beskrivelsen ikke nødvendigvis er udtømmende i forhold til *alle* redskaber, der anvendes til rehabilitering i den kommunale praksis. Der er fokuseret på de redskaber, som kommunerne har gode erfaringer med at bruge i forhold til rehabilitering af ældre borgere, som henvender sig om eller modtager hjælp og støtte efter

ServiceLOVEN. Der har ikke været opstillet kriterier for betegnelsen 'gode erfaringer'.

### 3.2.2 Den uddybende beskrivelse

Der er udvalgt 11 redskaber med henblik på en nærmere beskrivelse. Valget er overvejende baseret på følgende to punkter:

- De kommunale videnspersoners vurdering af hvilke redskaber de har gode erfaringer med at anvende i forhold til at understøtte kommunens rehabiliteringsforløb (oplevet eller dokumenteret).
- En vurdering af redskabernes egnethed i forhold til at sikre inddragelse af borgerne i rehabiliteringsprocessen, herunder dialogen mellem borger og forskellige fagpersoners ønsker og mål med rehabiliteringsindsatsen.

Herudover er der - i relation til valg af redskaber til brug for visitation, undersøgelse af aktivitetsproblemer m.v. - blevet fokuseret på følgende:

- At der både vælges redskaber, som kan bruges af flere forskellige faggrupper og monofaglige redskaber (terapeutiske).
- At der vælges redskaber, som tager udgangspunkt i både borgernes vurdering af egne aktivitetsproblemer og i fagpersonernes vurderinger.

De udvalgte redskaber er efterfølgende beskrevet på baggrund af uddybende telefoninterview med fagpersoner, som hver især har gode erfaringer med et af de 11 redskaber. Hertil er brugt en semistruktureret spørgeguide, som har omfattet uddybende spørgsmål om, hvornår i rehabiliteringsforløbet, med hvilket formål og til hvem redskabet bliver brugt. Endelig er fagpersonerne blevet bedt om at oplyse hvordan redskabet kvalificerer rehabiliteringen, hvilken dataindsamlingsmetode der er anvendt, herunder hvordan borgeren inddrages, og hvilke forudsætninger der ligger til grund for anvendelse af redskabet.

delsen. Om muligt er de økonomiske omkostninger ved brugen af redskabet også beskrevet (se evt. spørgeguide for uddybende beskrivelse af redskaber i Bilag 2). I det omfang det er fundet relevant er beskrivelserne af redskaberne suppleret med oplysninger fra materiale, som fagpersonerne har udleveret eller henvist til.

I relation til beskrivelsen af redskaber til visitation og undersøgelse af aktivitetsproblemer har postdoc, Ph.d. ergoterapeut Eva Ejlersen Wæhrens<sup>2</sup> og ekstern lektor, Ph.d., fysioterapeut Nina Beyer<sup>3</sup> kommenteret og kvalificeret beskrivelserne i forhold til deres vurderinger af:

- Hvorvidt redskaberne er **valide** – også i en dansk kontekst (måler det, de skal kunne og dermed er til at stole på);
- Om de er **reliable** (fx kan gentages med samme resultat – også af flere forskellige fagpersoner).
- Om de er **responsive** (kan skelne en ændring i aktivitetsproblemer over tid).

## 3.3 Afgrænsning af begreber

### 3.3.1 Redskaber

I forbindelse med afdækningen af kommunernes brug af redskaber bruges den brede betydning af ordet 'redskab', sådan som det er beskrevet i Den Danske Ordbog. Her fremgår det, at et redskab er 'Et middel til at opnå et bestemt resultat eller lignende (overført betydning jf. elektronisk opslag i Den Danske Ordbog). Redskaber er i denne rapport således et middel til at opnå et bestemt resultat inden for kommunernes rehabiliterende arbejde jf. ovenstående otte punkter. Vi har også valgt at bruge betegnelsen redskab om tests, som fx bliver anvendt i forbindelse med visitation og undersøgelse af aktivitetsproblemer.

### 3.3.2 Aktivitetsproblemer

Ordet 'aktivitet' er det, en person kan gøre eller udføre' (jf. socialebegreber.dk). Herved forstås, at aktivitet både omfatter og kræver tilstedeværelse af fysiske, psykiske som mentale kropsfunktioner. Det er nemlig således, at kompetent udførelse af simple såvel som komplekse hverdagsopgaver forudsætter at personen har velfungerende fysiske, psykiske og mentale kropsfunktioner. Eksempelvis kan en person have problemer med at spise og tage tøj på, hvis vedkommende har ideationel apraksi<sup>4</sup> uden at have nedsat fysisk formåen.

Udtrykket 'aktivitetsproblemer' anvendes således i denne rapport i betydningen, at en person har problemer med udførelse af en opgave eller handling. Aktivitetsproblemerne kan både skyldes tab af fysisk og/eller mental formåen.

<sup>2</sup> Eva Ejlersen Wæhrens har bistået i forhold til redskaberne: 'Fælles sprog II', 'ADL Taxonomien', 'ADL-I', 'AMPS', 'Barthel 100' og 'COPM'.

<sup>3</sup> Nina Beyer har bistået i forhold til de to redskaber: 'Barthel Index 100' og 'Timed Up and Go'.

<sup>4</sup> Mangel på viden om eller idé til, hvordan man skal udføre en bestemt aktivitet.

# Kapitel 4

## Resultater



I dette kapitel følger en generel beskrivelse af redskaber, som kommunerne har gode erfaringer med at bruge i forskellige faser af rehabiliteringsindsatser målrettet ældre, der henvender sig om eller modtager hjælp og støtte efter Serviceloven (afsnit 5.1). Herefter følger en uddybende beskrivelse af 11 redskaber (afsnit 5.2).

## 4.1 Redskaber i kommunerne – generel beskrivelse

Den generelle beskrivelse af redskaber, som kommunerne oplyser, at de benytter i forbindelse med det kommunale rehabiliteringsarbejde i borgerens eget hjem, er inddelt i tre grupper.

### 4.1.1 Information og borgerens motivation

*Generel information til borgerne om rehabiliteringstilbud:* Flere kommuner oplyser, at de benytter forskellige medier i form af pjecer og nyhedsbreve, som fx kan tilgås via de kommunale hjemmesider. Flere kommuner benytter også de lokale medier, som aviser og radio samt lokal-tv til formidling af tilbud om rehabilitering. I de fleste tilfælde er der ikke viden om, hvor godt denne form for formidling fungerer.

I et par kommuner oplyser fagpersonerne imidlertid, at de finder, at brugen af lokalaviser og lokal-tv fungerer godt, idet det er blevet prioriteret at bruge kommunale ressourcer på indlæggene. I Nordfyns Kommune er erfaringen med at bruge avisen til dækning af kommunens tilbud om rehabilitering gode. I Randers Kommune har man også gode erfaringer med at gå bredt ud i medierne ved at benytte både den lokale avis samt lokal-tv. I begge kommuner har hensigten været at komme bredt ud til befolkningen med henblik på at bringe 'de gode historier' om hverdagsrehabilitering, når den lykkes.

Herudover har der i Nordfyns Kommune været oplæg om det kommunale tilbud om hverdagsrehabilitering i forbindelse med afholdelse af en 'sundhedscafe' for

pensionister. Interessen blandt de ældre borgere var tydeligvis til stede, idet der var et godt fremmøde. I Gribskov Kommune har man deltaget på en 'Ældremesse', hvilket også har fungeret godt. Men erkendelsen er i begge kommuner, at man med denne form for initiativ kun rammer de mest aktive ældre.

*Information til målgruppen:* Her benytter mange kommuner pjecer til borgerne samt informationsbreve/-foldere. Flere af de interviewede nævner, at de har svært ved at vurdere hvor godt denne form for information virker. Andre vurderer at brugen af pjecer fungerer godt, når de bliver taget med ud til den enkelte borger og suppleret med mundtlig information. En forudsætning er at de løbende bliver opdateret.

*Borgernes motivation:* En række af de kommunale fagpersoner angiver at der er gode erfaringer med at bruge 'Den motiverende Samtale' som et redskab til netop at motivere borgerne til rehabilitering og forandring. Det bliver imidlertid påpeget af flere, at dette redskab endnu ikke er fuldt implementeret, at det kan være svært at benytte, at det kræver øvelse samt kompetenceudvikling. I Esbjerg Kommune har man, ud over at lade personalet deltage i kursus i den motiverende samtale, i samarbejde med University College Syddanmark og et konsulentfirma udviklet et E-læringskursus om brugen af den motiverende samtale.

I Esbjerg og Aarhus Kommuner har man gode erfaringer med – i samarbejde med borgerne – at formulere mål på papkort (målkort), som ligger i borgerens hjem. De kan eksempelvis bruges som grundlag for samtaler med pårørende om den igangværende rehabiliteringsindsats samt til ihukommelse og motivation i forhold til aftaler og rehabiliteringsindsatser.

Andre fagpersoner oplyser at de har gode erfaringer med at bruge forskellige testredskaber (fx ADL Taxonomien<sup>5</sup>)

<sup>5</sup> ADL Taxonomien bruges til at afdække og beskrive problemer med at udføre hverdagsopgaver. Man forholder sig kun til aktiviteter, som er meningsfulde og relevante for den pågældende person.

og COPM<sup>6</sup>) til at motivere borgerne til at indgå i en rehabiliteringsindsats.

#### 4.1.2 Visitation, undersøgelse af aktivitetsproblemer, målfastsættelse, monitorering og evaluering

*Visitation af borgere til rehabilitering:* Ifølge videnspersonerne baseres visitering i flere af kommunerne på dialog og en faglig vurdering. Vurderingen heraf er varierende, idet nogle videnspersoner mener at det fungerer rimeligt, mens andre er af den opfattelse at denne tilgang til visitering fungerer godt. Enkelte giver udtryk for, at det vil være svært at bruge et konkret redskab hertil.

I flere kommuner er man ved at implementere eller allerede i gang med at bruge 'Fælles sprog II' til visitation. Fx har Greve Kommune ifølge fagpersonen gode erfaringer med at bruge modulet til funktionsevnevurdering med henblik på at vurdere borgernes rehabiliteringsbehov.

Undersøgelse af aktivitetsproblemer, målsætning, monitorering og evaluering: Her er rækken af redskaber, som de enkelte kommuner har gode erfaringer med, lang. I flere kommuner er der gode erfaringer med at bruge en ikke nærmere specificeret almen vurdering (i nogle kommuner omtales den som en faglig vurdering eller en helheds-vurdering). Andre kommuner har gode erfaringer med at bruge mere specifikke redskaber som fx ADL Taxonomien, Barthel Index 100 (Barthel 100)<sup>7</sup>, COPM og AMPS<sup>8</sup>.

I Aarhus Kommune har man valgt at benytte de to vel-

6 COPM (Canadian Occupational Performance Measure) er et redskab, der bliver brugt til at afdække og resultatmåle borgerens egen oplevelse og tilfredshed med udførelsen af vigtige daglige aktiviteter.

7 Barthel Indeks 100 (Barthel 100) er et redskab, der anvendes til at vurdere funktionsevne hos svage ældre, der er i et rehabiliteringsforløb. Det er tidligere omtalt som 'Modifieret Barthel Index'. Det anvendes i store dele af verden.

8 AMPS (Assessment of Motor and Process Skills) er et standardiseret undersøgelsesredskab, der anvendes til at måle kvaliteten af personens evne til at udføre meningsfulde og relevante hverdagsaktiviteter samt ændringer i disse.

beskrevne redskaber Barthel 100 og COPM. De anvendes ved alle rehabiliteringsforløb til både måling og målsætning samt som refleksionsredskab. Erfaringerne hermed er overordnet set gode: COPM kan være en stor mundfuld for nogle borgere, mens Barthel 100 måske ikke er tilstrækkelig præcis. Derudover er medarbejderne frit stillet i forholdt til at benytte andre redskaber til test af borgerne. I Frederikssund Kommune har man gode erfaringer med at bruge COPM til alle borgere, der er henvist til rehabilitering. Redskabet bruges sammen med borgeren til at afdække og sætte mål for rehabiliteringen samtidig med, at det på individniveau bliver brugt til evaluering og dokumentation af rehabiliteringsforløbet. I Svendborg Kommune har man gode erfaringer med at anvende Barthel 20 som redskab til evaluering og dokumentation af ændringer i funktionsniveau i forhold til det politiske niveau. Erfaringen i Svendborg Kommune er imidlertid, at Barthel 20 er for grovmasket i forhold til dokumentation af ændringer inden for de delmål, der bliver sat i samarbejde med borgeren.

I Esbjerg Kommune har man gode erfaringer med at bruge 'Borgerhjulet' til målsætningsarbejdet med borgerne. Det er et kommunalt udviklet redskab baseret på COPM. Dette nye redskab har ifølge den kommunale fagperson skabt ejerskab hos borgerne. Det er imidlertid endnu ikke blevet evalueret og valideret.

Kommunerne Hjørring og Aalborg har gode erfaringer med at bruge ADL Taxonomien til både afdækning af aktivitetsproblemer og målsætning for rehabiliteringen. Udgangspunktet for mål og målsætning for rehabiliteringen er, som i COPM, borgerens egen vurdering.

Københavns Kommune indgår i et forsknings samarbejde, hvor kommunen leverer data med henblik på at validere brugen af den interviewbaserede ADL-I i forbindelse med kommunal rehabilitering. På basis af scoringer før og efter rehabilitering beregnes ADL-I evnemål, som gør det muligt at få udtrykt ændringer af aktivitetsfor månen over tid.

I Bornholms og Guldborgsund Kommuner angiver videnspersonerne, at der er gode erfaringer med at bruge





AMPS til afdækning af borgernes aktivitetsproblemer. I Vallensbæk Kommune, hvor man bruger AMPS til identifikation af borgerne med aktivitetsproblemer, har man svært ved at vurdere, hvor godt den fungerer, da det er forholdsvis nyt, at den er blevet taget i brug. Mens opfattelsen ifølge fagpersonen fra Odder Kommune er, at rehabiliteringsforløbene er for korte til at det økonomisk kan betale sig at bruge tiden på at gennemføre en AMPS.

Til bestemmelse af borgernes funktionsniveau har Lyngby-Taarbæk Kommune gode erfaringer med at bruge FIM<sup>9</sup> (dette redskab bliver ikke omtalt i andre kommuner), mens man anvender funktionsevnevurderingen (ICF<sup>10</sup>) fra Fælles sprog II i Faaborg-Midtfyn Kommune.

I Lyngby-Taarbæk Kommune er der gode erfaringer med at benytte 'Rejse-sætte-sig testen'<sup>11</sup> til bestemmelse af funktionsniveauet hos borgerne, mens erfaringen fra Billund Kommune er at det kan være svært for visitatorerne at anvende dette redskab. For et par kommuner bliver det oplyst, at de bruger Senior Fitness Testen<sup>12</sup> til bestemmelse af borgernes fysiske funktionsniveau. Meningerne herom er imidlertid delte, i forhold til hvor velegnet denne test er. I Tårnby Kommune angiver kontaktpersonen, at den fungerer godt for terapeuterne, men tilbagemeldingen fra de øvrige faggrupper er ikke god. Endelig har Rebild og Vesthimmerlands Kommuner gode erfaringer med at bruge Timed Up and Go (TUG)<sup>13</sup>; mens man i Middelfart Kommune påpeger at det er en forudsætning, at den bliver brugt systematisk.

9 FIM (Functional Independence Measure) er et redskab, der kan bruges til at vurdere funktionsevne og afhængighed af hjælp og plejebehov

10 ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) er et internationalt klassifikationssystem der kan bruges til beskrivelse af helbredsstatus og klassificering af funktionsevne-nedsættelse.

11 Rejse-sætte-sig testen er et redskab, der kan bidrage til at vise styrke i underkroppen. Den er en af testene i Senior Fitness testen.

12 Senior Fitness Test (SFT) er et redskab til at undersøge ældres fysiske formåen. Den består af i alt seks enkelt-stående funktionstest.

13 TUG (Timed Up and Go) er et redskab, der benyttes til test af basis-mobilitet.

Flere kommuner benytter EQ5D<sup>14</sup> til måling af livskvalitet. Der er imidlertid ingen af videnspersonerne, der har oplyst, at dette redskab fungerer godt til målgruppen. I Københavns Kommune har man i en periode arbejdet med EQ5D, men den blev fravalgt igen, da det viste sig svært at opretholde datamængde og kvalitet samtidig med anvendelsen af ADL-I.

#### 4.1.3 Information/intern kommunikation og koordinering

Rækken af redskaber, som bruges i forhold til den interne kommunikation og koordinering af rehabiliteringsindsatsen er også lang, men ikke så konkret. Den omfatter brugen af 'advis', forskellige former for arbejdsbeskrivelser og dokumentation i fx en borgerjournal/kommunens elektroniske journalsystem. Det er imidlertid meget forskelligt, hvor gode erfaringer, der er med de enkelte redskaber. Der er generelt bred enighed om, at det at indgå i dialog med de andre faggrupper samt at afholde forskellige former for tværfaglige team-møder er en god ting.

I Vesthimmerlands Kommune har man god erfaring med at afholde et dialogmøde inden starten på et rehabiliteringstilbud. Et sådant er afholdt med henblik på generelt at orientere og udbrede formålet med indsatsen til kollegaer og interessenter (fx sundhedsudvalget, det kommunale ældreråd, ældrerådgivere, motionsvenner og praktiserende læger). Det giver mulighed for at få input fra andre faggrupper inden projektstart samt lejlighed til besvarelse af spørgsmål fra de respektive samarbejdspartnere.

I Horsens Kommune har man gode erfaringer med at bruge ICF til dokumentation og som begrebsramme i forhold til terapeuternes formidling til andre faggrupper om borgernes funktionsnedsættelser. Oplevelsen er, at det er forholdsvis enkelt at få kommunikeret til de øvrige samarbejdspartnere, hvorvidt borgeren har

14 EQ-5D (EuroQOL) er et spørgeskema der kan bruges til at beskrive og vurdere borgeres helbredsrelaterede livs-kvalitet ud fra deres egen vurdering af helbredet.

problemer på kropsniveau, deltagelses- eller aktivitetsniveau, og hvilken betydning det har for indsatsen.

I flere kommuner bliver der også givet udtryk for, at erfaringerne med at bruge PDA'er (håndholdte computere) er gode. I Gladsaxe Kommune har man således gode erfaringer med at alle i rehabiliteringsteamet har en iPad. Det letter arbejdet med dokumentationen, som med det samme kan udføres i borgerens hjem. Samtidig giver det mulighed for at alle faggrupper, uanset tidspunkt på døgnet, kan være opdaterede på, hvad der er sket og aftalt.

## 4.2 Uddybende beskrivelse af redskaber

I dette afsnit følger en uddybning af 11 redskaber, som kommunerne har gode erfaringer med at bruge i det (hverdags)rehabiliterende arbejde med ældre borgere. Redskaberne er som tidligere beskrevet inddelt i tre grupper:

### 1. Information og borgernes motivation:

- Lokale medier til formidling af de gode historier om rehabilitering, herunder pensionistavis og lokal-tv
- Målkort som motivation for og fastholdelse af borgeren i rehabiliteringsindsatsen
- 'Den motiverende samtale' som redskab til motivering af borgerene til deltagelse i rehabilitering.

### 2. Undersøgelse af aktivitetsproblemer, målsætning, monitorering og evaluering:

- Fælles sprog II (ICF) som redskab til visitation/identifikation af borgere til rehabilitering
- ADL Taxonomien herunder oplysninger om ADL-I – redskaber til brug for målsætning af rehabiliteringsindsats baseret på borgerens opfattelse af aktivitetsproblemer
- AMPS – et redskab, som er baseret på en faglig vurdering af borgerens aktivitetsproblemer
- Barthel 100 – et redskab, der kan baseres på både

borgerens og fagpersonens vurdering af borgerens aktivitetsproblemer

- COPM suppleret med oplysninger om brugen af Borgerhjulet – redskaber til brug for målsætning af rehabiliteringsindsats baseret på borgerens opfattelse af aktivitetsproblemer
- TUG – et redskab, der kan bidrage til fagpersonens undersøgelse af borgerens basismobilitet.

### 3. Intern kommunikation og koordinering:

- iPads som redskab til hurtig og direkte dokumentation af rehabiliteringsindsatsen
- ICF-klassifikationen som redskab og begrebsramme for den interne kommunikation og dokumentation af rehabiliteringsindsatsen.

## 4.2.1 Information og borgerens motivation

### Lokale medier: Avis og TV

I Randers Kommune har man gode erfaringer med at bruge medierne som redskab til helt generelt at få kommunikeret ud til borgerne om rehabilitering – her kaldet hverdagstræning. Hovedformålet er at få udbredt 'de gode historier' om hverdagstræning i et forsøg på at mindske modstanden mod indsatsen. Der gøres fast brug af pensionistavis og lokalavis. Herudover har man en enkelt gang bidraget til et indslag i TV2-Østjylland.

**Avisen:** Pensionistavisen, der udkommer fire gange om året, bringer så vidt muligt et indlæg om borgere, der fortæller 'den gode historie' om hverdagstræning. Pensionistavisen indgår som et indstik i lokalavisen, der omdeles til alle borgere i kommunen. Den kan også findes elektronisk på kommunens hjemmeside. Koordinatoren for hverdagstræning sender et stykke tid før udgivelse en mail til medarbejderne (ergoterapeuter/hjemmetrænere) med opfordring om at komme med gode historier, som de vil dele med offentligheden. Medarbejderne søger herefter at finde borgere, som vil medvirke. Men det er ikke altid let, da en del borgere ikke ønsker at komme i medierne. Flere borgere har givet udtryk for, at de oplever det som lidt pinligt ikke at have kunnet klare sig selv. Det er kommunens egen

journalist, som foretager interview og skriver indlægget, mens en redaktionsgruppe påtager sig det redaktionelle arbejde herunder at udvælge stoffet. Flere medarbejdere fra ældreforvaltningen sidder i redaktionen.

*”Det er jo ikke alle, der synes, at det er godt, at de selv lige pludselig skal til at lave noget og har en forståelse for det. [...] Når den enkelte borger hører og læser om de gode historier, kan deres opfattelse ændres til, at det handler om mere end den enkelte selv. Det handler om, at de ressourcer, vi samlet har til rådighed, skal bruges rigtigt, så der er ressourcer nok til at vi kan bruge dem på de borgere, der har behovet. [...] Vi har ikke længere så mange henvendelser i kommunen, men vi har ikke undersøgt årsagen hertil.” (fagperson i Randers Kommune).*

**Lokal-tv:** I Randers Kommune blev man i efteråret 2012 kontaktet af redaktionen fra TV2 Østjyllands ’Go’ Aften Østjylland’ med henblik på en god historie om hverdags-træning. Der blev taget udgangspunkt i en borger, der ikke var blevet helt selvhjulpent endnu, men var glad for det vedkommende havde nået. Der blev lavet optagelser i hjemmet med borgeren, som blev vejledt af en hjemmetræner i gulvvask. Herefter fulgte optagelser med direktøren for Sundhed og ældre, formanden for Ældresagen og formanden for Sundheds- og ældreudvalget. Alle bidrog uafhængigt af hinanden til den gode historie om at til trods for at kommunen gennem hverdagstræning sparer penge til praktisk hjælp i hjemmet, så bliver borgernes livskvalitet øget.

*”Der er kommet et paradigmeskifte: Hvis man har nogle ressourcer som borger, så skal man ikke bare passivt modtage hjælp, man skal også yde.” (fagperson i Randers Kommune).*

Koordineringen af de fire minutters indlæg i TV krævede skønsmæssigt 10-12 kommunale arbejdstimer.

Fagpersonen giver udtryk for, at intentionen i Randers Kommune på sigt er at hjemmeside, pjecer om hverdagstræning og Pensionistavis skal spille sammen i forhold til formidling om rehabilitering. Men det er ikke

noget, der kan gøres på et år eller to – de gode historier skal fortsætte og fortsat fortælles.

### Målkort

I Esbjerg og Aarhus Kommuner har man gode erfaringer med at bruge en form for målkort som motivation for og fastholdelse af borgeren i rehabiliteringsforløb. Herudover kan målkortene medvirke til at give borgeren medansvar for at nå de mål, der er aftalt. Endelig bidrager et målkort visuelt til at borgeren kan inddrage sit netværk (pårørende, venner m.fl.) i en samtale om at nå målene.

**Praksiseksempel:** Målkortet i Esbjerg Kommune er et kort i stor postkortstørrelse med Borgerhjulet på den ene side (se side 28). På den anden side er der afsat plads til at skrive borgerens mål, specielle ønsker til samarbejdet samt kontaktperson. Kortet udleveres af visitator eller tovholder og udfyldes af borgeren ved afslutningen af den kommunale tovholders besøg, hvor borgere-ns aktivitetsproblemer er blevet afdækket.

**Praksiseksempel:** Målkortet i Aarhus er et kort i A5 eller A4 størrelse. På den ene side er logoet for rehabiliteringsprojektet samt fortrykte telefonnumre på kontaktperson (hjemmetræner) og forløbsansvarlig (ergoterapeut, fysioterapeut eller sygeplejerske). På den anden side er der gjort plads til at skrive mål for træningen (formuleret som: Mine mål for træningen’) samt hvad borgeren selv skal gøre for at nå målene (formuleret som: ’For at nå mine mål skal jeg’). Kortet udfyldes af den forløbsansvarlige og udleveres til borgeren. COPM og Barthel 100 er redskaber, der bruges i forbindelse med målsætningsarbejdet. Her udgør borgerens mål og de faglige mål tilsammen målene for rehabiliteringsindsatsen. Der arbejdes på at målene bliver indskrevet i kommunens nye journalsystem.

**Kommentarer:** Effekten af at bruge sådanne målkort som dem, der bruges i Esbjerg henholdsvis Aarhus Kommuner er så vidt vides ikke undersøgt.

### Den motiverende samtale

**Formål:** I Ishøj Kommune bruges ’Den motiverende samtale’ (MI) som et redskab til at få motiveret borgere

til rehabilitering og dermed til at opnå et liv med størst mulig selvstændighed og meningsfuldhed.

**Beskrivelse:** MI er personorienteret, hvilket betyder, at det er borgerens syn på egen situation/aktivitet, som er i fokus under samtalen<sup>15</sup>. MI har fokus på at finde ressourcer til forandring hos borgeren og på at støtte borgerens egne argumenter og indre motivation til forandring. Grundtanken i MI er:

- At finde ressourcer til forandring hos borgeren (indre motivation)
- At tage udgangspunkt i borgerens egne holdninger, overvejelser og præferencer
- At undgå konfrontation og modstand i samtalen
- At frigøre borgeren nok for ambivalens (ønsker forandring/ønsker ikke forandring) til at kunne påbegynde en forandringsproces
- At anerkende borgerens ret til selvbestemmelse
- At starte tanker om at forandring er mulig.

En vigtig pointe i forhold til at få borgeren motiveret er at fagpersonen stiller åbne spørgsmål med henblik på at udforske en eventuel ambivalens ved forandring samtidig med at der fokuseres på at forstærke det positive ved forandring. Det er også vigtigt at fagpersonen indgår empatisk og ikke-moraliserende i samtalen.

**Oversættelse:** Der er udkommet en dansk oversættelse, hvori der gives vejledning i brug af MI blandt sundhedspersonalet samt en beskrivelse af evidensgrundlaget for metoden (9).

**Uddannelse/undervisning:** Der er ingen formelle krav til uddannelse.

**Tidsforbrug og udgifter:** Tidsforbruget kan variere afhængigt af borgeren og dennes indstilling til forandring.

**Målgruppe:** I Ishøj Kommuner er det borgere, som mod-

tager ydelser fra hjemmeplejen og ikke er motiveret for rehabilitering til hverdagens aktiviteter.

**Brug i Ishøj Kommune:** Med henblik på at gøre udgangspunktet for samtalen konkret i forhold til en given aktivitet eller ændring af adfærd tager man i Ishøj Kommune udgangspunkt i et 'Balanceskema'. Det er i al sin enkelhed et papir, der er inddelt i fire lige store felter. Her kan borgeren i samarbejde med fagpersonalet nedskrive:

**Fordele ved ændring af adfærd** *henholdsvis* <->  
**Ulemper ved ingen ændring af adfærd**

**Ulemper ved ændring af adfærd** *henholdsvis* <->  
**Fordele ved ingen ændring af adfærd**

Når ambivalensen er udforsket og beskrevet (det foregår som oftest ved en eller få samtaler, men det kan ifølge fagpersonen i nogle tilfælde tage måneder at nå dertil og kan foregå i relation til udførelse og afprøvning af hjemmeplejeydelser), er den første del af den motiverende samtale afsluttet. Dette lægger grunden til at borgeren sammen med hjemmeplejepersonalet og som oftest en terapeut får udarbejdet en handleplan, som bliver skrevet ind i journalen af terapeuten og efterfølgende kommer til at ligge i hjemmet hos borgeren.

En tværfaglig gruppe af social- og sundhedsassistenter, terapeuter, sygeplejersker og en diætist er blevet uddannet og uddannes fortsat til superbrugere af MI. Dette foregår på netværksmøder og qua øvelser mellem møderne. Herudover har hele hjemmeplejegruppen været på en temadag om MI, og brugen heraf trænes jævnligt på gruppemøder. Til trods herfor, erkender fagpersonen, at det er et langt sejt træk at blive god til at bruge MI, og det kræver fortsat øvelse og sparring at få det lært. MI har imidlertid medvirket til at hjemmeplejepersonalet mere kvalificeret indgår i det tværfaglige samarbejde om rehabilitering.

**Kommentarer:** Den Motiverende Samtale er en evidensbaseret samtaleteknik (10), som søger at hjælpe en person til at blive afklaret i forhold til sine værdier og livsstil,

<sup>15</sup> Metoden er udviklet af to amerikanske psykologer (8).



for dermed at få skabt en indre motivation til forandring af en konkret adfærd eller livsstil. Den blev oprindeligt brugt i samtaler med alkohol- og stofmisbrugere.

Selvom der ikke stilles formelle krav til kurser eller uddannelse før brug af MI, så viser et studie af Miller m.fl., at de, der har været på et kursus i MI bedre kan anvende det indlærte i efterfølgende praksis end de, der selv læser sig hertil. Coaching og/eller feedback øgede også de efterfølgende færdigheder (11).

#### 4.2.2 Undersøgelse af aktivitetsproblemer, målsætning, monitorering og evaluering

##### Fælles sprog II

**Formål:** Fælles sprog II anvendes ved dokumentation af afgørelser på det kommunale ældre- og handicapområdet. Vurdering af funktionsevne, som er et delelement i Fælles Sprog II, er et centralt redskab for visitation til hjælp eller træning/rehabilitering.

**Beskrivelse:** I Fælles sprog II er den elektroniske journals inddeling baseret på klassifikationen i ICF, hvor en persons funktionsevne kan beskrives med fokus på krop, aktivitet og deltagelse – samt de helbredsmæssige og kontekstuelle faktorer, der påvirker funktionsevnen (personlige og omgivelsesmæssige).

I Fælles sprog II (12) indsamler visitator oplysninger om borgerens hverdagsliv i dialog med borgeren (deltagelsesniveauet). Dette gøres med udgangspunkt i et skema (A) ifølge hvilket, der spørges ind til ni overordnede aktivitetsområder<sup>16</sup>. Undervejs i samtalen afkrydser visitator, hvor selvhjulpen borgeren er ifølge egne eller pårørendes oplysninger i forhold til de givne aktivitetsområder. Der bruges fire svarkategorier: 'Udfører selv', 'udfører dele af aktiviteten', 'udfører ikke selv aktiviteten' og 'ikke relevant'. Herudover registrerer visitator også hvilken betydning det ifølge borgeren har at aktiviteten udføres på de givne måder: 'Oplever ikke begræns-

ninger' henholdsvis 'oplever begrænsninger'. Endelig registrerer visitator borgerens ønsker og prioriteter med henblik på at få afklaret om borgeren er motiveret for at blive mere selvhjulpen.

Derefter følger den faglige vurdering af borgerens funktionsniveau for 17 basale daglige aktiviteter (ti PADL og syv IADL)<sup>17</sup>. Visitators vurdering af borgerens funktionsevne kan baseres på både borgerens/pårørendes udsagn, fagpersoners udsagn og egne iagttagelser/observationer. Visitator scorer borgerens behov for personassistance og graden af selvhjulpenhed ved de givne aktiviteter på en ordinalskala fra 0-4 (gradueret fra 'Ingen/ubetydelige begrænsninger', 'lette begrænsninger', 'moderate begrænsninger', 'svære begrænsninger' til 'totale begrænsninger').

Borgerens vurderinger af deltagelse og visitators vurdering af funktionsniveau dokumenteres i modulerne 'Borgerens Hverdagsliv' henholdsvis 'Den faglige vurdering' i Fælles sprog II. Der er herudover mulighed for at gøre brug af tre andre moduler med henblik på at beskrive og dokumentere i) personlige faktorer hos borgeren, som øver indflydelse på aktiviteterne, ii) boligens indretning med fokus på eventuelle begrænsninger for borgerens aktiviteter samt iii) sygdom (diagnoser). Endelig kan 'Den tværfaglige journal' (kropsniveau) bruges til dokumentation af oplysninger om borgerens sundhedsstatus (svækkelse, sygdom/handicap) samt til visitators dokumentation af årsagerne til borgerens begrænsninger på udførelsen af aktiviteter. Modulet 'Mål' anvendes til det retningsgivende mål, som skal afspejle den faglige ambition for, hvad der er muligt at nå hos borgeren. Jf. vejledningen til Fælles sprog II er det imidlertid en forudsætning at visitator først har vurderet borgerens udviklingspotentiale. Modulet for 'Afgørelse' bruges til dokumentation af, hvad der er tilbudt og iværksat hos den enkelte borger.

<sup>16</sup> Arbejde/uddannelse; kontakt til familie og venner; interesser/hobyer, måltider, personlig hygiejne; daglig husførelse; vedligeholdelse af bolig og have; indkøb og at komme omkring.

<sup>17</sup> PADL aktiviteter omfatter: At spise, drikke, bade, at vaske sig, pleje kroppen, klæde sig og på, toiletbesøg, færden i egen bolig, forflytning samt at sikre sammenhæng i hverdagens aktiviteter. IADL aktiviteter omfatter: At sikre indkøb af hverdagens varer, lave mad, gøre rent, vaske tøj, færdes udendørs, anvende kollektive transportmidler samt at forebygge forværring i sygdom/fald i funktionsevne.

<sup>16</sup> Arbejde/uddannelse; kontakt til familie og venner; interesser/hobyer, måltider, personlig hygiejne; daglig husførelse; vedligeholdelse af bolig og have; indkøb og at komme omkring.

**Manual:** I vejledningen til Fælles sprog II er der en indledende beskrivelse af ICF og dennes klassifikation og brug af termer. Der følger herefter en beskrivelse af Fælles sprogs inddeling i moduler i relation til klassifikationen i ICF samt en uddybende beskrivelse af, hvorledes de respektive moduler kan bruges som dokumentation. Heri indgår begrebsdefinitioner til brug for den vurdering, der skal foretages af borger henholdsvis visitator.

**Uddannelse/undervisning:** Der er ingen formelle krav til uddannelse.

**Brug i Greve Kommune:** I Greve Kommune har man igennem ca. fire år gjort brug af Fælles sprog II som basis for at foretage en helhedsvurdering, herunder en vurdering af funktionsevne. Målgruppen er borgere, som henvender sig om hjælp efter Servicelovens henholdsvis Sundhedslovens bestemmelser. På basis af en samtale samt observation vurderer og dokumenterer visitatorerne (primært sygeplejersker, et par ergoterapeuter og en enkelt sygehjælper), borgerens funktionsevne i Fælles sprog II. Vurderingen danner baggrund for, hvorvidt borgeren bliver visiteret til hverdagsrehabilitering. Efterfølgende modtager borgeren en skriftlig redegørelse for afgørelsen.

For borgere, der henvises til hverdagsrehabilitering planlægger gruppelederen et møde mellem borgeren og om muligt pårørende samt ergoterapeut og sosu-personale (social- og sundhedsassistent/-hjælper) med henblik på, at de i samarbejde sætter mål (SMARTE-mål)<sup>18</sup> og får udarbejdet en skriftlig handleplan for det videre forløb. Der tages ved mødet udgangspunkt i den af visitator udarbejdede funktionsevnevurdering. Handleplanen lægges ind i Fælles sprog II af ergoterapeut eller sosu-personale (afhængig af kompetencer i forhold til dokumentation) og udleveres efterfølgende til borgeren i papirform.

Ifølge fagpersonen har man i Greve Kommune valgt at bruge Fælles sprog II som udgangspunkt for målsætningsarbejdet, idet der her ikke er krav om en specifik

<sup>18</sup> SMARTE-mål: Specifikke, målbare, attraktive, realistiske, tidsbestemte og evaluerbare mål.

uddannelsesbaggrund eller behov for oplæring som fx i forbindelse med brugen af COPM. Herudover bemærker fagpersonen, at ergoterapeut og sosu-personalets ansigts-til-ansigts-tid med borgeren reduceres, når de tager udgangspunkt i funktionsevnevurderingen, som visitator har udarbejdet. Fagpersonens vurdering er, at der dermed ikke bliver udført dobbeltarbejde samtidig med, at det forhåbentlig giver god mening for borgeren.

**Kommentarer:** Fælles sprog II er udviklet i et samarbejde mellem KL og 12 kommuner. Af vejledningen fremgår det imidlertid ikke, i hvilket omfang validitet og reabilitet af vurderingen af funktionsevne i henhold til Fælles sprog II er undersøgt. En videreudvikling af Fælles sprog II er under udarbejdelse i form af et fælles sprog III.

### ADL Taxonomi

**Formålet** er at identificere og undersøge personers aktivitetsformåen i hverdagen på basis af aktiviteter, som er meningsfulde og relevante for den enkelte.

**Beskrivelse:** ADL Taxonomien omfatter som udgangspunkt 12 PADL- og IADL aktiviteter<sup>19</sup>. Hver aktivitet er underopdelt i 3-6 delaktiviteter; der er således i alt 47 delaktiviteter. Ved behov kan der tilføjes både flere aktiviteter og delaktiviteter. Afdækningen af aktivitetsproblemer kan foregå enten som et interview eller via observationer. Det angives hvilken metode der er anvendt. Resultatet kan registreres i et undersøgelseskema eller i en ADL cirkel, hvor aktiviteter og delaktiviteter er indskrevet.

Hvis det er cirklen, der bruges til dokumentation, kan fagpersonen ved anvendelse af forskellige tegn, linjer og farver fx registrere forskelle i, hvad borgeren kan og vedkommende gør, hvad der eventuelt måtte være irrelevant, mål og interventionsområder for rehabiliteringen samt aktivitetsformåen før og efter intervention.

Hvis det derimod er undersøgelseskemaet, der anvendes til dokumentation har forfatterne foreslået, at der

<sup>19</sup> Omfattende: Spise og drikke; forflytning; toiletbesøg; af- og påklædning; personlig hygiejne; anden kropslig pleje; kommunikation; transport; madlavning, indkøb; rengøring og tøjvask.

kan anvendes en skala, der går fra 'tilstedeværelse af' (+) til 'fravær' af (-) selvstændig udførelse. Der gøres opmærksom på, at da der er tale om en ordinalskala, bør der ikke summeres til en totalscore.

**Oversættelse, manual og udstyr:** Der foreligger en dansk oversættelse af manual for ADL Taxonomien<sup>20</sup> (13). Oversættelsen er ikke tilbageoversat, men den danske version er godkendt af originalforfatterne Törnquist K. og Sonn U. Undersøgelseskemaet er ikke oversat.

**Tidsforbrug og udgifter:** Tidsforbruget er afhængigt af indsamlingsmetode (observation eller interview) og hvorvidt flere personer inddrages i udfyldelsen. Fagpersonen i Hjørring Kommune skønner, at der bruges ½-1 time på udfyldelsen af cirklen ved brug af interview. Derudover kan der ifølge fagpersonen forekomme observation af den eller de aktivitetsproblemer, som borgeren har angivet. Dette bruges der yderligere 1-1½ time på. Der skal ikke betales afgifter for brug af testen.

**Uddannelse/undervisning:** ADL Taxonomien er udviklet til ergoterapeutisk praksis, men der er ingen formelle krav til uddannelse. Erfaringer med at bruge redskabet tværfagligt tyder imidlertid på, at det er nødvendigt med en introduktion til begrebsstrukturen.<sup>21</sup>

**Målgruppe:** ADL Taxonomien er et generisk redskab, som kan bruges til personer, som har eller er i risiko for at få problemer med udførelse af nødvendige og betydningsfulde hverdagsaktiviteter.

**Brug i Hjørring Kommune:** I Hjørring Kommune anvendes ADL Taxonomien til alle borgere, der er bevilget hjemmehjælp og visiteret til hjemmetræning. Den udfyldes af ergoterapeuter inden for de første 14 dage efter visitation og så vidt muligt igen ved slutningen af forløbet eller ved behov. Målene udarbejdes i samarbejde med borgeren og så vidt muligt deltager hjemmetræneren også i samtalen. Den udfyldte ADL cirkel

<sup>20</sup> Oversættelse af manual og ADL cirklen er foretaget af Eva Ejlersen Wæhrens i 1998.

<sup>21</sup> Personlig kommunikation med Eva Ejlersen Wæhrens, som gennem mange år har undervist i brugen af ADL Taxonomien.

scannes ind i det kommunale omsorgssystem, som et fælles dokument for terapeut og hjemmetræner. Hvis borgeren ønsker det, kommer der til at ligge en lamineret version i hjemmet. Mål og tilhørende handlinger for rehabiliteringen, der som oftest er baseret på de gule felter ('kan med besvær') og suppleret med en egentlig aktivitetsanalyse, skrives ind i en rehabiliteringsplan, som løbende evalueres.

I Hjørring Kommune har man aftalt at benytte farver til markering for forskellige grader af aktivitetsformåen (grøn for 'kan og gør; gul for 'kan med besvær', rød for 'kan ikke og gør ikke' og hvid for 'ikke relevant') (14). Bagsiden af cirklen bruges til en uddybende beskrivelse fx i tilfælde af, at en given aktivitet er for energikrævende til, at borgeren selv skal gennemføre den.

Fagpersonen opfatter ADL Taxonomien som et godt redskab til at komme hele vejen rundt om borgeren og dennes aktivitetsproblemer. Den synliggør meget klart for både borgeren og eventuelle pårørende, hvor der er aktivitetsproblemer og hvad der fremadrettet skal ske.

Kommentarer: ADL Taxonomien er udviklet som en ergoterapeutisk begrebsstruktur og beregnet til beskrivelse af aktivitetsproblemer på tværs af diagnosegrupper og sektorer. Det har således aldrig været originalforfatternes intention at redskabet anvendes som et måleredskab, men alene til at afdække og kategorisere de aktivitetsproblemer som borgere oplever. Definitionerne på ADL Taxonomiens aktiviteter samt begrebsstrukturen er valideret på basis af dels litteraturgennemgang dels ekspertudtalelser (15,16).

#### **ADL-I:**

På baggrund af ADL Taxonomien er der udviklet tre nye redskaber, ADL-Questionnaire (ADL-Q), ADL-Interview (ADL-I) og ADL-Observation (ADL-O), hvor der anvendes en mere detaljeret form for ordinal scoringsskala og hvor fagpersonernes scorer for en given person ved hjælp af Rasch analyse konverteres til et samlet intervalskalabaseret mål for ADL evne (14,17). Der pågår aktuelt forskning med henblik på at fastslå validitet

og reliabilitet ved anvendelse af disse redskaber på en række målgrupper under forskellige forhold.

Københavns Kommune leverer data med henblik på at validere brugen af den interviewbaserede ADL-I i forbindelse med den kommunale hverdagsrehabilitering på ældreområdet. På basis af ADL-I-scoringer før og efter hverdagsrehabilitering beregnes ADL-I evnemål, som gør det muligt at få udtrykt ændringer af aktivitetsformåen over tid.

I Københavns Kommune benytter man ADL-I til tre formål: i) at afdække hvor aktivitetsproblemerne er størst, ii) at sætte mål i samarbejde med borgeren samt lægge en plan for den videre træning i hjemmet og iii) at måle effekten på basis af start- og sluttet af aktivitetsformåen.

Borgeren graduerer gennem interviewet, hvordan aktiviteterne gennemføres ('kan uden problemer', 'kan med ekstra tid og ekstra kræfter', 'har behov for hjælp', 'er i risiko' eller 'kan slet ikke'). I forbindelse med hverdagsrehabilitering gennemføres ADL-I af en ergoterapeut med tilstedeværelse af hjælperen, der kommer i hjemmet. Ergoterapeuten scorer aktiviteterne på en ordinalskala med intervallet 0-6. Hjælperen udfylder efter interviewet ADL cirklen med farver, hvilket er med til at gøre hjælperen aktiv i hele rehabiliteringsforløbet samtidig med at det fremstår tydeligt for borgeren, når vedkommende senere har flyttet sig i aktivitetsniveau.

ADL-I bliver i Københavns Kommune brugt til borgere over 65 år, som bor i eget hjem og modtager hverdagsrehabilitering. Ifølge fagpersonen i Københavns Kommune er erfaringen, at ADL-I egner sig bedst til at afdække aktivitetsproblemer, der både omfatter praktisk og personlig pleje. Aktuelt er det en forudsætning for at få lov til at bruge ADL-I, at ergoterapeuterne er blevet undervist i brugen af redskabet, herunder i interviewteknik, da testen (ADL-I) ellers mister den indre validitet<sup>22</sup>.

## AMPS

**Formålet** er at undersøge og måle en borgers funktions- evne inden for såvel basale hverdagsaktiviteter (PADL) som instrumentelle hverdagsaktiviteter (IADL). Testen kan bruges til at afgøre hvor vanskelige aktiviteter borgeren kan klare. Ved at genteste kan det også afgøres hvorvidt aktivitetsudførelsen forandres over tid.

**Beskrivelse:** Testen indledes med et uformelt interview med henblik på at ergoterapeut og borger sammen finder 3-5 udfordrende aktiviteter (der er i øjeblikket 128 aktiviteter at vælge imellem). Aktiviteterne skal være velkendte, have aktuel betydning eller fremtidig relevans for borgeren. Fagpersonen observerer og vurderer herefter kvaliteten af udførelsen af mindst to aktiviteter i forhold til 16 motoriske og 20 procesmæssige færdigheder omfattende effektivitet, sikkerhed, selvstændighed og anstrengelse ved udførelsen af aktiviteten.

Fagpersonen scorer hver færdighed på en ordinalskala fra 1-4, hvor 4 er udtryk for den kompetente udførelse. På basis af heraf konverterer AMPS' computerprogram scoringerne (Rasch-statistik) til to værdier på to lineære intervalskalaer for motoriske - henholdsvis procesmæssige ADL færdigheder (logits). Dette regnearbejde tager hensyn til aktivitetens sværhedsgrad, og hvor strengt den kalibrerede terapeut bedømmer. Værdier for motoriske ADL færdigheder under 2 logits indikerer at udførelsen af velkendte dagligdags aktiviteter er anstrengende, mens værdier under eller tæt på 1 logits for procesmæssige ADL evner indikerer at udførelsen er påvirket af nedsat effektivitet samt behov for hjælp. Det er herudover muligt at sammenligne testresultatet med jævnaldrende raskes ADL-evne. Endelig bliver der på baggrund af scoringerne også produceret en engelsksproget fortolkning af testresultatet med angivelse af den samlede kvalitet ved udførelsen, den samlede motoriske ADL evne henholdsvis den samlede proces evne.

**Oversættelse, manual og udstyr:** Uddannelse og software tilbydes på dansk, mens manualerne, der jævnligt opdateres, og forslag til journalnotat foreligger på engelsk. Testen kan gennemføres i eget hjem eller i

<sup>22</sup> Eva Ejlersen Wæhrens leder forskningsarbejdet og varetager undervisningen af de kommunale ergoterapeuter.





andre omgivelser, hvor udførelse af hverdagsaktiviteter vil være naturlig.

**Tidsforbrug og udgifter:** Tidsforbruget er i størrelsesordenen 30-40 minutter (18). Fagpersonen i Bornholms Kommune skønner, at hun bruger en time til det første besøg inklusiv afprøvning af aktivitet og observation, mens den efterfølgende scoring ca. tager ½ time + ½ time til journalnotat. Der skal ikke betales afgifter for brug af testen. Software til beregning af resultater udkommer i nye versioner med 4-6 års interval, bl.a. fordi der udvikles nye relevante aktiviteter, som kan anvendes i testen. Opgradering til nyt software koster en licens på ca. \$100 pr. bruger.

**Uddannelse/undervisning:** AMPS udføres af ergoterapeuter, men resultaterne kan anvendes i en tværfaglig indsats. Forudsætningen for den valide og reliable anvendelse af AMPS er at terapeuten har deltaget i et 5-dages kursus samt er blevet kalibreret på basis af otte videoscoringer under kurset, samt efterfølgende ti observationer i egen praksis.

**Målgruppe:** AMPS er standardiseret til personer i aldersgruppen 2-103 år – også raske. Det kræver dog, at de er indstillede på at indgå i den praktiske afprøvning af aktiviteterne og har erfaringer med at udføre hverdagsaktiviteter.

**Brug i Bornholms Kommune:** AMPS bruges fast til borgere, der første gang henvender sig om praktisk hjælp eller personlig pleje og efterfølgende bliver visiteret til projektet 'træning før varig hjælp'. Ergoterapeuterne gennemfører AMPS ved første besøg med henblik på en undersøgelse af, om der er et rehabiliteringspotentiale<sup>23</sup>. Ofte bliver der taget udgangspunkt i aktiviteter, som borgeren har søgt om hjælp til. Alternativ er det ergoterapeuten, der spørger ind til, hvilke aktiviteter borgeren alligevel havde tænkt sig at udføre den pågældende dag.

<sup>23</sup> Der retestes ikke i dette projekt, men ved henvisning til anden genoptræning er det en mulighed både at teste ved start og slut af et forløb med henblik på at undersøge, om der er sket en fremgang – her bruges testen dog ikke fast.

Som supplement til AMPS gennemføres 'Rejse-sætte-sig-testen' med henblik på at undersøge borgerens styrke. Disse to test danner til sammen grundlag for den faglige vurdering af, om der er behov for at tilbyde hjælp til borgeren eller om der skal sættes ind med kompenserende eller trænende strategier. Efter indtastning i computerprogrammet af scoringen af de to aktiviteter i AMPS, udarbejder ergoterapeuten et journalnotat på 10-12 linjer baseret på det engelske forslag til et journalnotat, som typisk fylder 1½-2 sider. En trænende terapeut udarbejder efterfølgende de specifikke mål i samarbejde med borgeren.

Fagpersonen opfatter AMPS som et godt undersøgelsesredskab, til trods for at det i starten tager forholdsvis lang tid at bruge den samlede test. Erfaringen er, at man hurtigt får færdigheder i at score borgerne. Udfordringen er imidlertid at få lavet et kortfattet og for andre faggrupper forståeligt journalnotat – det er endnu ikke blevet standardiseret i form og indhold i Bornholms Kommune. Fagpersonen opfordrer andre kommuner til inden ibrugtagning af AMPS som et kommunalt redskab - at få udarbejdet en standard for journalnotatet.

**Kommentarer:** Aktiviteterne, der kan vælges, er alle kalibrerede, og fordi terapeuterne også bliver kalibrerede (95 % af alle ratere følger modellen) kan undersøgelsesresultater sammenlignes over tid og mellem forskellige borgere uanset opgaver, alder, diagnose og tester.

AMPS er et standardiseret redskab baseret på mere end 150.000 borgere i forskellige lande, herunder de nordiske lande. Det er egnet som redskab til undersøgelse af PADL og IADL formåen. Testen kan afgøre hvor vanskelige aktiviteter personen kan klare, og om der sker forandringer over tid, fx efter rehabilitering. Resultatet indikerer desuden, om personen behøver hjælp i hverdagen til ADL opgaver.

Der er gennemført en lang række studier, der understøtter redskabets validitet på tværs af aldersgrupper, køn samt mennesker med forskellige diagnoser. Der foreligger desuden dokumentation for redskabets stabilitet/reproducerbarhed samt sensitivitet i forbindelse med

effektmåling indenfor rehabilitering. Da dokumentationen er omfattende henvises til seneste aktuelle referenceliste, som er publiceret på hjemmesiden for 'Center for Innovative OT Solutions' (19).

### **Barthel 100**

**Formålet** med Barthel Indeks 100 (Barthel 100) er at vurdere selvhjulpens ved basale hverdagsaktiviteter (PADL) samt ændringer over tid.

**Beskrivelse:** Barthel 100 kan foregå som interview, observation eller ved spørgeskema. Ti forskellige hverdagsaktiviteter<sup>24</sup> vurderes i forhold til behovet for hjælp til at udføre aktiviteterne. Ved scoring af Barthel 100 er der fem svarkategorier til hver aktivitet, hvor der kan scores på en ordinalskala i intervallet 0-15. På basis af klinisk erfaring er de enkelte aktiviteter betydning blevet vægtes i forhold til den samlede selvhjulpens. Scoren for hver aktivitet lægges i henhold til manualen sammen til en totalscore (0-100 point, hvor 100 svarer til ingen funktionsnedsættelse).

**Oversættelse, manual og udstyr:** Der findes mindst to danske oversættelser af Barthel 100, hvoraf den ene er oversat til dansk af Lene Korsholm og Eva Ejlersen Wæhrens i 1996. Der er desuden foretaget en tilbageoversættelse af ergoterapeut Sue Allen (bosiddende i Danmark). Denne tilbageoversættelse er godkendt af ophavspersonen Surya Shah. Testen omfatter et skema med tilhørende scoringsnøgle med beskrivelse af fem niveauer for hvor meget hjælp, der er nødvendig til hver enkelt aktivitet. Den anden er oversat i 2003 af en arbejdsgruppe under Dansk Selskab for Geriatri og Dansk Selskab for Intern Medicin (20).

**Tidsforbrug og udgifter:** Tidsforbruget varierer efter indsamlingsmetode (interview, observation eller ved spørgeskema). Det tager 5-20 minutter at score med Barthel 100; indsamlingsmetoden er ikke anført (21), men det kan formentlig ikke være på basis af observation<sup>25</sup>.

<sup>24</sup> Omfatter: Spisning, forflytning, personlig hygiejne, toiletbesøg, bad, mobilitet, trappegang, påklædning, tarm – og blærekontrol.

<sup>25</sup> Personlig kommunikation med Eva Ejlersen Wæhrens.

Der skal ikke betales afgifter for brug af testen.

**Uddannelse/undervisning:** Skalaen er tværfaglig og der er ingen formelle krav til uddannelse.

**Målgruppe:** Barthel 100 er udviklet og målrettet til personer med apopleksi.

**Brug i Aarhus Kommune:** I Aarhus Kommune bliver Barthel 100<sup>26</sup> brugt til alle borgere ved start og slut af et rehabiliteringsforløb. Redskabet bruges sammen med blandt andet COPM til at sætte mål for rehabiliteringsforløbet. COPM gennemføres i Aarhus Kommune fortrinsvis af ergoterapeuter og enkelte fysioterapeuter, mens Barthel 100 bruges af alle medarbejdere i de tværfaglige teams - sædvanligvis scores der inden for den første uge efter visitation. Scoren er primært baseret på observation, eventuelt suppleret med direkte spørgsmål/samtale. Eventuelle ændringer af score (fra start- til slut) beregnes på individniveau. Herudover bliver der også udarbejdet statistik på aggregeret niveau (for hvert hjemmeplejedistrikt og samlet set for hele kommunen) over fx antal borgere, der har ændret score (rykket i point).

Ifølge den faglige kontaktperson er det projektleders vurdering, at Barthel 100 bringer mange hverdagsaktiviteter i spil. Den er dermed et godt sted at starte for kommuner, der vil igangsætte systematisk hverdagsrehabilitering. Styrken er at den kan bruges tværfagligt. Det påpeges imidlertid at man bør være opmærksom på, at Barthel 100 ikke er velegnet til borgere med forholdsvis stor grad af selvhjulpens, idet de ofte vil score maksimum eller tæt på allerede ved første test. I Aarhus Kommune bliver det overvejet efter nogle års brug af Barthel 100, om man skal overgå til et mere egnet redskab.

**Kommentarer:** Der findes flere versioner af Barthel Index. I Danmark anbefales det at bruge henholdsvis Barthel 20 og Barthel 100 (22). Barthel Index 20 er beregnet til monitorering af ADL-evnen hos personer med

<sup>26</sup> Den version, der er oversat af Korsholm og Wæhrens.

kronisk sygdom bredt set, mens Barthel 100 er udviklet specifikt til anvendelse hos personer med apopleksi (23) med henblik på at kunne opfange små ændringer i funktionsniveauet over tid. Testen er afprøvet hos patienter med apopleksi, patienter med cancer i terminalstadiet henholdsvis til patienter med rygmarslidelser (24). Men til trods for at testen ofte benyttes i både Danmark og udlandet er den ikke valideret.

I den forbindelse skal der gøres opmærksom på to ting. For det første kan det ikke - ud fra en moderne form for psykometri - anbefales at summere scoringerne og ej heller at beregne en forskel over tid eller foretage sammenligninger mellem borgere. Årsagen er at man ikke kan forudsætte lige stor afstand mellem de ordinale scoringsværdier. For det andet må der ikke foretages en blandingsform i den enkelte test af interview, observation og/eller brug af spørgeskema.

Herudover skal der gøres opmærksom på, at Barthel 100 lider af en 'loftseffekt' (25), som formentlig kan tilskrives, at der primært er fokus på meget basale ADL aktiviteter, hvilket betyder at det er forholdsvis let at opnå den maksimale totalscore uden at de pågældende borgere i øvrigt fungerer optimalt.

## COPM

**Formålet** med dette redskab er at undersøge tre ting: i) personens opfattelse af egen aktivitetsudførelse, ii) personens prioritering af aktivitetsproblemer og iii) personens tilfredshed med udførelsen. Den kan bruges til identifikation af problemområdet og målsætning for rehabiliteringsindsatsen.

**Beskrivelse:** COPM udføres som et semistruktureret interview, der er baseret på et undersøgelseskema med fire trin. Trin 1: Borgeren angiver sine aktivitetsproblemer inden for 'egen omsorg, arbejde og fritid' i forhold til hvad borgeren ønsker/har brug for eller forventes at kunne i hverdagen. I trin 2 vurderer borgeren på en ordinalskala fra 1-10 hvor vigtig den enkelte aktivitet er. I trin 3 udvælger borgeren de fem vigtigste aktiviteter for efterfølgende i trin 4 at vurdere udførelsen af aktiviteten henholdsvis tilfredsheden med udførelsen på en

skala fra 1-10. Borgeren revurderer efter et individuelt aftalt tidsrum de fem aktiviteter i forhold til udførelse og tilfredshed. I manualen lægges der op til beregning af en gennemsnitlig score for udførelse henholdsvis tilfredshed ved både start og slut. Resultatet ses som forskelle i scorer fra første vurdering til revurdering.

**Oversættelse, manual og udstyr:** COPM er oversat til dansk (i 2000 og 2007)<sup>27</sup>. Manualen omfatter en beskrivelse af udviklingen af testen, dens reliabilitet og validitet, anvendelse, scoring og udførelse samt eksempler på anvendelse. Til brug for selve testen indgår der et undersøgelseskema samt skalaer til værdisætning af betydning, udførelse og tilfredshed (26).

**Tidsforbrug og udgifter:** Det tager ca. 30 minutter (26) at bruge dette redskab afhængig af borgerens tilstand og ergoterapeutens erfaring. Ifølge fagpersonen i Aarhus Kommune kan det tage op til en time ved svage borgere. I Frederikssund Kommune afsættes der 1½ time til første besøg med fokus på terapeutisk kontakt og gennemførelse af COPM sammen med borgeren. Efterfølgende bruger terapeuten ca. ½ time til dokumentation. Ved revurderingen bruges der ca. 5-15 minutter og 20 minutter til en slutstatus. Der skal ikke betales afgifter for brug af testen.

**Uddannelse/undervisning:** COPM er udviklet på basis af et ergoterapeutisk paradigme, der omfatter arbejde med klienters aktivitetsudførelse<sup>28</sup>, men der er ingen formelle krav til uddannelse.

**Målgruppe:** COPM er et generisk redskab, der er udviklet med henblik på en bred anvendelse uanset alder og diagnose. Ved borgere med kognitive problemer er der behov for at en pårørende eller anden omsorgsperson er til stede, som kan hjælpe med at identificere borgers og egne behov og ønsker.

<sup>27</sup> Oversættelsen fra 2000 er foretaget af Andersen A., Ross U., Tjørnov J., Wæhrens E. En revideret 3. udgave af testen er revideret af Larsen AE. I 2007.

<sup>28</sup> Canadian Model of Occupational Performance (CMOP).

**Brug i Frederikssund Kommune:** COPM bruges både til borgere, der netop er udskrevet fra sygehus og borgere med et funktionsniveau  $\leq 3$ <sup>29</sup>, som modtager personlig eller praktisk hjælp i hjemmet. Forudsætningen er at de er vurderet til at have et rehabiliteringspotentiale og er motiverede for at blive selvhjulpne. Der gennemføres både en start- og en slutvurdering efter afsluttet rehabiliteringsforløb.

COPM gennemføres som et semistruktureret interview af en ergoterapeut. Medarbejderen fra hjemmeplejen deltager om muligt, og i samarbejde med borgeren bliver mål og indsats tilrettelagt og løbende justeret. Der arbejdes som oftest med 2-3 mål ad gangen, så det opleves overskueligt og muligt for borgeren at opleve mestring. Vurderingen fra COPM og de efterfølgende opstillede mål (SMARTE-mål) bliver dokumenteret i en elektronisk journal, som alle faggrupper kan læse. Herudover har hjemmeplejens personale via deres PDA'er adgang til terapeuten for at få løbende vejledning i, hvordan borgeren skal støttes i en given aktivitet, så det sker inden for nærmeste udviklingszone. Eventuelle ændringer i borgerens gennemsnitlige score (fra start- til slutvurdering) beregnes og dokumenteres på individniveau.<sup>30</sup>

Fordelen ved dette redskab er ifølge fagpersonen at det tager udgangspunkt i borgerens vurderinger og dermed er medvirkende til at skabe udvikling for den enkelte. En forudsætning for at kunne bruge COPM er et vist kognitivt og hukommelsesmæssigt niveau hos borgeren. Hvis borgeren ønsker det, kan en pårørendes deltagelse i samtalen være meget værdifuld.

**Kommentarer:** Ved undersøgelse af interrater reliabiliteten er der fundet moderate korrelationer mellem scorer, hvilket tolkes som en moderat interrater reliabilitet (27). Ved undersøgelse af test-retest reliabiliteten fandt man

<sup>29</sup> Jf. funktionsvurderingen i Fælles sprog II.

<sup>30</sup> I Aarhus Kommune beregnes der ligeledes gennemsnitlige ændringer over tid; men herudover anvendes de individbaserede data også på et aggregeret niveau til præsentation af frekvenser (antal borgere) af ændringer i pointintervaller i forhold til udførsel og tilfredshed.

lav overensstemmelse mellem de aktivitetsproblemer, der blev identificeret ved de to interviews, men høj korrelation mellem scorer for udførelse og tilfredshed for identiske aktivitetsproblemer (28). Det er endnu ikke undersøgt hvorvidt andre faggrupper vil opnå samme resultater som ergoterapeuter. Til trods for at grundlaget for COPM er kendt 'stof', peger et dansk studie på at danske ergoterapeuter bør sikre sig en indgående forståelse af paradigmet af hensyn til validiteten af data (29).

Idet der anvendes en ordinalskala (fra 1-10) er der tale om kvalitative data, hvorfor der gøres opmærksom på, at der ikke bør summeres for den enkelte borger, og der bør heller ikke beregnes gennemsnit endsige sammenlignes på tværs af borgere.

#### **Borgerhjulet:**

I Esbjerg Kommune har man med inspiration fra COPM, ICF og på basis af en antropologisk undersøgelse udviklet Borgerhjulet, der er en cirkel (et 'Borgerhjul') med seks aktivitetsområder. Hensigten med Borgerhjulet er at understøtte samarbejdet mellem borger og fagperson, og sikre at borgeren deltager i samarbejdet om at afdække behov og ønsker, opsætte mål og at tilrettelægge indsatsen. Borgerhjulet er et visuelt værktøj, som giver borgeren et overblik over samtalsindhold og som skaber sammenhæng mellem visitation og hjemmepleje idet værktøjet benyttes af både visitor og tovholder (sygeplejerske, ergo- eller fysioterapeut). Borgerhjulet anvendes som supplement til den sundhedsfaglige afdækning og anvendes desuden som supplement til effektmåling af hverdagsrehabilitering.

For hvert aktivitetsområde hører 3-5 hjælpekort med et påtrykt piktogram som illustration af en delaktivitet. Der er i alt 26 hjælpekort. Borgerhjul og hjælpekort bliver brugt som visuel støtte for borger og fagperson i forbindelse med borgerens afdækning af aktivitetsproblemer og målsætningsarbejdet. Visitor anvender Borgerhjulet sammen med ICF som begrebsramme til afdækning af borgerens behov for indsats. Tovholderen (sygeplejerske, ergo- eller fysioterapeut) anvender både Borgerhjul og de tilhørende hjælpekort ved start- og slut samtalen for rehabiliteringsindsatsen.



Med udgangspunkt i Borgerhjulet gennemfører tovholderen en tilsvarende procedure som ved COPM i form af anvendelse af de tre skalaer for henholdsvis betydning, udførelse og tilfredshed. Tovholderen bruger hjælpekortene til konkretisering af delaktiviteter (der kan tilføjes flere ved behov). Borgeren lægger de hjælpekort, som udtrykker borgerens aktivitetsproblemer, på ordinalskalaen for betydning. Borgeren kan ligesom i COPM vælge fem delaktiviteter, som der skal arbejdes videre med. Herefter bruges ordinalskalaerne med udførelse og tilfredshed. Disse adskiller sig fra COPMs skalaer idet, der ud over tallene 1-10, er påtrykt 'smileys' med en graduering af smilet. Ved afslutning af samtalen udarbejdes der mål, som skrives på et målkort, som ligger i borgerens hjem (se side 17).

I omsorgssystemet bliver aktiviteterne med de tilhørende scoringer samt en tværfaglig plan skrevet ind af tovholderen. I den udarbejdede vejledning til Borgerhjulet lægges der op til samme beregninger af gennemsnit som ved COPM. Resultaterne bliver aggregeret til kommunalt niveau, således at der foretages opgørelser af, hvor mange borgere der har oplevet en fremgang/tilbagegang/ingen ændring i udførelse henholdsvis i tilfredshed (en positiv værdi på 2,0 point bliver vurderet som en fremgang).

Der afsættes en time til samtalen. Alle sygeplejersker og terapeuter har modtaget 3½ times undervisning i brugen af Borgerhjulet. Herudover suppleres undervisningen med adgang til 45 minutters individuel e-læring samt sparring om anvendelsen af Borgerhjulet med andre tovholdere i et tovholdernetværk.

Ved udvikling af Borgerhjulet har man forsøgt at dække de samme aktivitetsområder som i COPM. Ifølge fagpersonen kan Borgerhjulet opleves som værende mere fokuseret på områder inden for hjemmeplejens ydelser. Der gives dog plads til at borgeren kan have mål, som ligger udenfor hjemmeplejens serviceniveau.

Fra flere brugere (i betydningen personaler) af Borgerhjulet bliver der givet udtryk for, at det er godt at have noget visuelt at tage udgangspunkt i. Der gøres

opmærksom på at anvendelsen af Borgerhjulet først bliver evalueret medio 2013.

**Kommentarer:** Der skal gøres opmærksom på at Borgerhjulet er et redskab, som ikke er valideret eller undersøgt for reliabilitet eller responsivitet. Hvis COPM skal bruges standardiseret, skal den anvendes klientcentreret. Det byder i yderste konsekvens at man også arbejder med aktivitetsproblemer, som ikke kun er snævert afgrænset til hjemmeplejeydelser.

Herudover skal det bemærkes at vurdering af forandring målt med en VAS skala forudsætter at man kender variationen i den målgruppe, der samles data på. Således er det påvist, at en klinisk meningsfuld fremgang på en smerte VAS skala skal være på mindst 2 point for at være relevant for patienten (30). Hvorvidt 2 points ændring på Borgerhjulet kan betragtes som en fremgang bør verificeres gennem relevante studier.

### Timed Up and Go

**Formålet** med Timed Up and Go (TUG) er at teste funktionel uafhængighed ved at kunne rejse og sætte sig, gå en kort afstand og vende omkring.

**Beskrivelse:** I TUG måles tiden i sekunder (ratioskala), som en person bruger på at rejse sig fra en stol med armlæn, gå tre meter, vende omkring og gå tilbage og sætte sig i stolen. Borgeren, der bliver testet, må benytte sit ganghjælpemiddel, hvis et sådant sædvanligvis benyttes. TUG kan gennemføres i borgerens eget hjem, blot der er det fornødne frie gangareal og mulighed for at stille stolen op af en væg.

**Oversættelse, manual og udstyr:** TUG er oversat til dansk (2002) (31) og senere revideret i 2012. Testen omfatter en manual med beskrivelse af udstyr, testbane og tidtagning (31). Der kræves en stol med armlæn (sædehøjde ca. 46 cm), et stopur, et målebånd og fx malertape til afmærkning af gangdistancen.

**Tidsforbrug og udgifter:** Det tager ca. 5-10 minutter fra opsætning til testen er gennemført (32). Der skal ikke betales afgifter for brug af testen.

**Uddannelse/undervisning:** Der er ingen formelle krav til uddannelse.

**Målgruppe:** TUG er et generisk måleredskab, der er udviklet til skrøbelige ældre.

**Brug i Rebild Kommune:** Formålet med TUG er ifølge fagpersonen dels at motivere borgeren til rehabilitering, dels at terapeuten får et både kvalitativt og et kvantitativt billede af borgerens basismobilitet med henblik på hvilken form for træning, der efterfølgende skal iværksættes.

I Rebild Kommune gennemføres der en start- og en sluttest. Borgeren kan gøre op til fem forsøg, hvor det hurtigste resultat registreres. Eventuelle ændringer i tidsforbrug (fra start- til sluttest) beregnes på individniveau og registreres i omsorgssystemet. I den forbindelse gør den faglige kontaktperson opmærksom på at det er vigtigt at få sluttestet, når rehabiliteringsforløbet er afsluttet, således at det bliver tydeligt for borgeren, at en eventuel forbedring kan knyttes til borgerens træningsindsats.

TUG bruges i udgangspunktet til alle borgere, der er visiteret til et rehabiliteringsforløb. Det kræver dog, at borgeren har en vis form for mobilitet og kognitiv funktion. TUG gennemføres af terapeuter (ergo- eller fysioterapeuter), da det er dem, der tager den indledende samtale om målsætning for rehabiliteringen (COPM). Testen gennemføres i borgerens hjem. Udfordringen kan være at finde en egnet stol samt at få tilstrækkelig plads. Men generelt anser fagpersonen TUG for let og hurtig at gennemføre.

**Kommentarer:** TUG har været anvendt i en lang række studier. Testen findes i forskellige varianter. Der er således mange eksempler på forskellig instruktion i forhold til ganghastighed, om man bruger streg eller kegle til at markere afstanden på 3 meter, hvilken testtid, der rapporteres, samt hvorvidt der indgår en prøvetur.

Hos patienter med hoftebrud er der vist høj inter-tester reliabilitet for TUG, udført så hurtigt og sikkert som muligt med standardiseret gangredskab (rollator) og

med anvendelse af den hurtigste af tre ture (33,34). For patienter med slagtilfælde kan TUG bruges til screening for balanceproblemer, men dens følsomhed i forhold til at måle ændringer over tid er lav-moderat, og det har vist sig, at TUG har lofteffekt ved måling af hjemmeboende med slagtilfælde (35).

En deskriptiv metaanalyse angiver normværdier for TUG hos raske ældre baseret på resultater fra 21 studier (36). TUG kan ikke bruges til at skelne blandt raske, velfungerende ældre i forhold til hvem, der kommer til falde og dem, der ikke falder (37). Samlet set er den prædiktive værdi og diagnostiske nøjagtighed i bedste fald moderat og intet cut-point kan anbefales.

Måleusikkerhed og responsiveness (følsomhed overfor ændringer over tid) hos patienter med slidgigt i hofte og slidgigt i knæ er ikke klart fastlagt (38).

## 4.2.3 Intern kommunikation og koordinering

### iPad

I Gladsaxe Kommune har man et ønske om at dokumentationen af rehabiliteringsforløb skal være kort og præcis, samtidig med at den skal foregå forholdsvis kort tid efter kontakten med borgeren eller sammen med borgeren. I sidstnævnte tilfælde betyder det at borgeren er klar over hvad der er skrevet, og at der er åbenhed om det.

Herudover er det også fagpersonens opfattelse, at når man har indgået en aftale med en borger, er det vigtigt, at denne information med det samme kan tilgå andre medarbejdere i andre vagter. Det skal derfor være konkrete mål, der bliver arbejdet med – helt ned på det basale plan – og erfaringen er, at brugen af Ipads medvirker hertil. I Gladsaxe Kommune har medarbejderne ikke printere med ud i hjemmene, så borgerne får ikke en kopi af de skrevne notater.

Alle social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker, ergo- og fysioterapeuter har en personlig iPad. De bliver brugt fx i forbindelse med visitationen samt ved de

tværfaglige udredninger. Personalet har dem altid med sig på arbejde, hvilket giver mulighed for løbende at lave opdateringer. Alle personalegrupper har adgang til hele omsorgssystemet, hvilket betyder at medarbejderne til hver en tid kan være opdaterede på fx aftaler, som borgeren ikke selv kan huske eller udtrykke. Der er fortsat mulighed for at benytte fælles Pc'er til en lidt længere status, men denne form for dokumentation er blevet minimeret.

Det er fagpersonens vurdering at der er en positiv holdning til brugen af iPads - uanset faggruppe: 'Det har stor betydning, at det er ny teknik, der er stor hastighed, og det er hurtigt at komme på nettet.' Der er tænkt på arbejdsmiljøet, så derfor udleveres der også et tastatur, som kan bruges ved lidt længerevarende skrivearbejde. iPads inklusiv tastatur og netadgang koster ca. 4.000-5.000 kr. pr. stk.

### ICF

**Formål:** International klassifikation af funktionsevne, funktionsnedsættelse og helbredstilstand (ICF) kan anvendes som en fælles referenceramme for standardiseret sprog/kommunikation henholdsvis dokumentation på tværs af faggrupper samt som et redskab til bedømmelse af behov og valg af intervention herunder behandling, træning og rehabilitering.

**Beskrivelse:** Gennem anvendelse af ICF er det muligt at beskrive en borgers funktionsevne med fokus på krop, aktivitet og deltagelse – samt de helbredsmæssige og kontekstuelle (personlig og omgivelsesmæssige) faktorer, der påvirker funktionsevnen. Kortlægning og analyse af en borgers ressourcer/begrænsninger kan bruges som grundlag for udarbejdelsen af mål og handleplaner.

Klassifikationssystemet i ICF omfatter herudover et forholdsvis omfattende talsystem, som giver mulighed for kodning af kroppens funktioner, dens anatomi, borgers aktiviteter og deltagelse med et vekslende antal grader og scoringsniveauer.

**Manual:** ICF er blevet oversat til dansk med tilhørende vejledning og eksempler på brug (39).

**Uddannelse/undervisning:** Der er ingen formelle krav til uddannelse i forhold til brugen af ICF. Erfaringen fra Horsens Kommune er dog at det i praksis kræver at den enkelte enten er blevet undervist heri eller selv har sat sig grundigt ind i redskabets struktur og terminologi.

**Brug i Horsens Kommune:** ICF bruges i Horsens Kommune som referenceramme og forklaringsmodel for terapeuternes beskrivelse af borgernes funktionsevne.

Referencerammen bliver benyttet af alle terapeuter som grundlag for det ergo- og fysioterapeutiske arbejde i forbindelse med opstarten af den kommunale levering af en hjemmeplejeydelse. Terapeuten søger i samarbejde med borgeren at afdække borgerens ressourcer, ønsker og behov til det videre forløb. Dette suppleres med en faglig vurdering og beskrivelse af borgerens ressourcer og udfordringer på de tre niveauer: Deltagelse, krops- eller aktivitetsniveau. Hertil kommer indflydelsen fra omgivelserne og personlige forhold. Den faglige vurdering af borgerens funktionsevne er endvidere baseret på at terapeuten, som en del af det tværfaglige team, bistår borgeren i den praktiske udførelse af en given aktivitet, som borgeren ikke selv er i stand til at udføre, fx morgentoilette. Stadig med ICF som referenceramme danner den faglige vurdering udgangspunkt for det videre arbejde sammen med borgeren om at sætte mål og udarbejde handleplaner. Afhængig af på hvilket niveau borgeren har ressourcer og udfordringer, er der forskellige faglige metoder, der kan støtte borgeren i det videre forløb med at kunne klare sig selv i størst muligt omfang.

Terapeuterne laver løbende opdateringer af borgerens funktionsevne i den elektroniske journal. I Horsens Kommune har man oprettet et specialark til dokumentationen (omfattende kategoriseringen krop, aktivitet og deltagelse), idet Fælles sprog I, som kommunen benytter, ikke er brugbar hertil (Horsens Kommune overgår til Fælles sprog II medio 2013). Klassifikationssystemet fra ICF er endnu ikke taget i brug i Horsens Kommune.

Ifølge fagpersonen er der i Horsens Kommune gode erfaringer med at arbejde tværfagligt i hjemmepleje-

grupperne. Fordelen ved at benytte ICF som fælles og tværfaglig referenceramme er at den medvirker til at få præciseret, hvilke udfordringer den enkelte borger har. Denne præcisering gør det muligt for faggrupperne at byde ind med hvor og hvordan, de kan støtte op om den fælles målsætning. Fagpersonen må imidlertid erkende at terapeuternes brug af ICF som begrebsramme endnu ikke har influeret på de øvrige samarbejdspartneres dokumentation, fx visitators funktionsevnevurderinger. Begrænsningen i brugen af ICF ligger ifølge fagpersonen for en stor dels vedkommende i omsorgssystemets opbygning og struktur.

Kommentarer: I en dansk vejledning for brug af ICF i praksis, er der samlet tilkendegivelser om brugen af ICF. Af de typisk positive tilkendegivelser fremgår det bl.a. at brugen af ICF giver et fælles sprog, som giver ensartethed i den tværfaglige beskrivelse af borgeren. Samtidig giver den struktur, oversigt og overblik og dermed en bredere skabelon for en tværfaglig behandlingsplan. Nogle af kritikpunkterne er at den er for generel og ikke indfanger alle relevante detaljer, der er nødvendig for en vurdering. Herudover er den vanskelig at anvende til borgere med multiple problemområder (40).

### 4.3 Valg af redskaber

Der er tilsyneladende ikke stor efterspørgsel i kommunerne efter nye redskaber, som man kunne ønske sig taget i anvendelse i forbindelse med rehabilitering. Kortlægningen viser at kommunerne benytter og har gode erfaringer med redskaber, der nærmest kan karakteriseres ved at være lige fra en god ide (iPads og målkort), til forskellige testredskaber (ADL Taxonomien, AMPS, Barthel 100, COPM og Timed Up and Go) og dokumentationssystemer som Fælles Sprog II.

Det er imidlertid vigtigt at være opmærksom på at valg af redskab nødvendigvis afhænger af kontekst og formål. Anvendelsen af redskaber, hvor fx reliabilitet, validitet og responsivitet ikke er undersøgt, fører i heldigste fald til at man spilder tid og kommunale kroner på noget, der ikke virker efter hensigten. I værste fald

går det ud over de borgere, der ikke får den rette hjælp eller rehabilitering.

Alle ældre borgere, som henvender sig om eller får hjælp og støtte efter Serviceloven, har som udgangspunkt aktivitetsproblemer. En afdækning af disse borgeres aktivitetsproblemer bør derfor både omfatte interview af borgeren og faglig observation af borgeren, når denne udfører aktiviteter. Gennem interview kan borgeren udtrykke sin egen opfattelse af egen aktivitetsudførelse og eventuelle problemer hermed, mens en faglig observation giver fagpersonen mulighed for en faglig undersøgelse og måling af borgerens funktionsevne af basale og instrumentelle hverdagsaktiviteter.

På basis af denne kortlægning, som også omfatter en beskrivelse af udvalgte redskaber og deres anvendelsesmuligheder baseret på forskningslitteraturen, er der fundet to velegnede redskaber til henholdsvis interview og observation af borgerens aktivitetsproblemer:

- **COPM**, som kan anvendes til identifikation af problemområdet og målsætning for rehabiliteringsindsatsen, idet den kan undersøge i) den ældre borgers opfattelse af egen aktivitetsudførelse, ii) personens prioritering af aktivitetsproblemer og iii) personens tilfredshed med udførelsen (et redskab til interview af borgere).
- **AMPS**, som kan anvendes til undersøgelse af en borgers funktionsevne inden for såvel PADL og IADL formåen. Ved at genteste kan det også afgøres hvorvidt aktivitetsudførelsen forandres over tid. Redskabet er valideret på tværs af aldersgrupper og køn, samt mennesker med forskellige diagnoser. Der foreligger desuden dokumentation for redskabets stabilitet/reproducerbarhed, samt sensitivitet i forbindelse med effektmåling indenfor rehabilitering. AMPS udføres af ergoterapeuter, men resultaterne kan anvendes i en tværfaglig indsats (et redskab til observation af borgers ADL-aktiviteter).

Der gøres opmærksom på, at omkostningseffektiviteten ved brug af disse redskaber ikke er kendt.





## Kapitel 5

# Sammenfatning af resultater og konklusion



Denne kortlægning viser at kommunerne benytter og har gode erfaringer med redskaber, der nærmest kan karakteriseres ved at være lige fra en god ide (iPads og målkort) til forskellige testredskaber (ADL Taxonomien, AMPS, Barthel 100, COPM og Timed Up and Go) og dokumentationssystemer som Fælles Sprog II. Arbejdet med at motivere borgerne til at indgå i rehabilitering, informere om rehabilitering, visitere til rehabilitering, undersøge og evaluere borgerens aktivitetsproblemer samt foretage dokumentation heraf opleves imidlertid ikke altid som værende let af de kommunale fagpersoner.

Fra flere interview med de kommunale videns- og fagpersoner fremgår det at valget af redskab er søgt tilpasset et ønske eller krav om dokumentation af den samlede rehabiliteringsindsats og dens effekt i forhold til målgruppen, hvilket har resulteret i at redskaberne ikke anvendes hensigtsmæssigt i alle tilfælde.

Kortlægningen viser at ved valg af redskaber til afdækning og undersøgelse af aktivitetsproblemer er det vigtigt at være opmærksom på hvordan redskaberne bør anvendes, således at redskaberne ikke benyttes til –

1. Borgere, der ikke er egnede til - enten fordi borgerne er uden for målgruppen eller aktivitetsmæssigt ikke har tilstrækkelig store problemer,
2. Dokumentation af ændringer over tid (effektmåling), selvom redskabet ikke er udviklet og beregnet til dette formål,
3. Aggregerede data uanset at redskabet ikke er udviklet hertil
4. Aggregering af data indsamlet af forskellige faggrupper uden at vide, om faggrupperne scorer borgerne ens.

På basis af interviewene synes der ikke at være den store efterspørgsel efter nye redskaber. Men noget tyder på at der i kommunerne er behov for at udvælge og bruge redskaber, der både er valide i forhold til den/de relevante målgrupper og problemstillinger, og som er i stand til at måle ændringer i aktivitetsproblemer over tid. Anvendelse af uhensigtsmæssige redskaber eller forkert anvendelse kan medføre fejlskøn både i forhold til en planlagt indsats og i vurdering og opgørelse af effekten af en given indsats.

Alle ældre borgere, som henvender sig om eller får hjælp og støtte efter Serviceloven, har som udgangspunkt aktivitetsproblemer. Den faglige vurdering er, at en afdækning og undersøgelse af disse borgeres aktivitetsproblemer derfor bedst vurderes ved at omfatte både *interview* af borgeren og *faglig observation* af borgeren, når denne udfører aktiviteter. På basis af denne kortlægning er der fundet to velegnede redskaber til interview og observation af borgerens aktivitetsproblemer: COPM til afdækning af borgerens egen opfattelse af aktivitetsproblemer og AMPS til en faglig undersøgelse og måling af borgerens funktionsevne af basale og instrumentelle hverdagsaktiviteter. Der gøres opmærksom på, at omkostningseffektiviteten ved brug af disse redskaber ikke er kendt.

# Litteratur

- (1) Kjellberg PK, Ibsen R, Kjellberg J. Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Erfaringer fra Fredericia Kommune. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2011.
- (2) Kjellberg PK, Ibsen R, Kjellberg J. Fra pleje og omsorg til rehabilitering - viden og anbefalinger (Notat). København: Dansk Sundhedsinstitut; 2011.
- (3) Kjellberg J, Ibsen R. Økonomisk evaluering af Længst Muligt i Eget Liv i Fredericia Kommune. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2010.
- (4) Kjellberg PK. Hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune. 1. devaluering. Notat udarbejdet til Fredericia Kommune. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2010.
- (5) Månsson M, Hansen H. Hemrehabilitering: vad, hur och för vem? Solna: Fortbildning/Tidningen Äldreomsorg; 2007.
- (6) Kjellberg PK, Hauge-Helgestad A, Madsen MH, Reindahl Rasmussen S. Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet. København: Socialstyrelsen; 2013.
- (7) Marselisborgcentret, Rehabiliteringsforum Danmark. Rehabilitering i Danmark: Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Århus: Marselisborgcentret; 2004.
- (8) Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior. New York: Guilford Press; 1991.
- (9) Miller WR, Rollnick S, Butler CC. Motivationssamtalen i sundhedssektoren. København: Hans Reitzel; 2009.
- (10) Rubak S, Christensen B, Sandbæk A, Lauritzen T. Motivational interviewing: Den motiverende samtale. Systematisk oversigtsartikel og metaanalyse. Månedsskrift for praktisk lægegerning 2006;84(1):81-99.
- (11) Miller WR, Yahne CE, Moyers TB, Martinez J, Pirritano M. A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. J Consult Clin Psychol 2004 Dec;72(6):1050-1062.
- (12) Vinther Poulsen M. Fælles sprog II. Dokumentation af afgørelser på det kommunale ældre- og handicapområde. [København]: KL; 2004.
- (13) Sonn U, Törnqvist K, Ergoterapeutforeningen. Analyse af ADL-færdigheder: manual: ADL-taxanomien. København: Ergoterapeutforeningen; 1998.
- (14) Waehrens EE, Fisher AG. Developing linear ADL ability measures based on the ADL Taxonomy: a Rasch analysis. Scand J Occup Ther 2009 Sep;16(3):159-171.
- (15) Törnquist K, Sonn U. Towards an ADL Taxonomy for Occupational Therapists. Scand J Occup Ther 1994;1(2):69-76.
- (16) Sonn U, Törnquist K, Svensson E. The ADL Taxonomy - from Individual Categorical Data to Ordinal Categorical Data. Scand J Occup Ther 1999;6(1):11-20.
- (17) Waehrens EE, Bliddal H, Danneskiold-Samsøe B, Lund H, Fisher AG. Differences between questionnaire- and interview-based measures of activities of daily living (ADL) ability and their association with observed ADL ability in women with rheumatoid arthritis, knee osteoarthritis, and fibromyalgia. Scand J Rheumatol 2012 Mar;41(2):95-102.
- (18) AMPS Danmark. The Assessment of Motor and Process Skills. Available at: <http://www.amps-danmark.dk/da/76823-The-Assessment-of-Motor-and-Process-Skills>. Accessed 2. maj, 2013.
- (19) Center for Innovative OT Solutions. References: AMPS-references. Available at: <http://www.innovativeotsolutions.com/content/amps/materials-and-resources/references>. Accessed 2. maj, 2013.
- (20) Matzen LE, Hendriksen C, Schroll M, Puggaard L, Christy M, Damgaard Pedersen K. Forebyggelse og behandling af funktionstab hos ældre (Ugeskrift for Læger 2003 165 Suppl.). København: Den Almindelige Danske Lægeforening; 2003.
- (21) Danske Fysioterapeuter. Barthel Indeks - (Vurdering af Barthel Indeks: Kun adgang for fysioterapeuter). Available at: <http://fysio.dk/fafo/Maleredskaber/Maleredskaber-alfabetisk/Barthel-Indeks/>. Accessed 2. maj, 2013.
- (22) Maribo T, Lauritsen JM, Wæhrens E, Poulsen I, Hesselbo B. Barthel indeks til vurdering af funktions-evne: dansk konsensus om brug. Ugeskr Læger 2006;168(34):2790-2792.

- (23) Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol* 1989;42(8):703-709.
- (24) Kucukdeveci AA, Yavuzer G, Tennant A, Suldur N, Sonel B, Arasil T. Adaptation of the modified Barthel Index for use in physical medicine and rehabilitation in Turkey. *Scand J Rehabil Med* 2000 Jun;32(2):87-92.
- (25) Kwon S, Hartzema AG, Duncan PW, Min-Lai S. Disability measures in stroke: relationship among the Barthel Index, the Functional Independence Measure, and the Modified Rankin Scale. *Stroke* 2004 Apr;35(4):918-923.
- (26) Law M, Baptiste S, Carswell A, Poll A. Canadian Occupational Performance Measure (Dansk oversat udg. 2000, revideret dansk udg. 2007 ved A. Enemark Larsen)). 3rd ed. [U.st.]: Ergoterapeutforeningen; 2007.
- (27) Eyssen IC, Beelen A, Dedding C, Cardol M, Dekker J. The reproducibility of the Canadian Occupational Performance Measure. *Clin Rehabil* 2005 Dec;19(8):888-894.
- (28) Cup EH, Scholte op Reimer WJ, Thijssen MC, van Kuyk-Minis MA. Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in stroke patients. *Clin Rehabil* 2003 Jul;17(4):402-409.
- (29) Enemark Larsen A. Pilotprojekt med tværfaglig brug af Canadian Occupational Performance Measure (COPM) på Københavns Kommunes Træningscentre (KKTC). Available at: [http://www.etf.dk/uploads/tx\\_subjectdb/ael-tvaerfaglig\\_brug\\_af\\_COPM-04.pdf](http://www.etf.dk/uploads/tx_subjectdb/ael-tvaerfaglig_brug_af_COPM-04.pdf). Accessed 2. maj, 2013.
- (30) Dworkin RH, Turk DC, Wyrwich KW, Beaton D, Cleeland CS, Farrar JT, et al. Interpreting the clinical importance of treatment outcomes in chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *J Pain* 2008 Feb;9(2):105-121.
- (31) Holm B. Timed UP & GO. *Fysioterapeuten* 2002;4:24-25.
- (32) Danske Fysioterapeuter. Timed Up and Go (TUG) - (Vurdering af Timed Up and Go: Kun adgang for fysioterapeuter). Available at: <http://fysio.dk/fafo/Maleredskaber/Maleredskaber-alfabetisk/Timed-Up-Go/>. Accessed 2. maj, 2013.
- (33) Kristensen MT, Ekdahl C, Kehlet H, Bandholm T. How many trials are needed to achieve performance stability of the Timed Up & Go test in patients with hip fracture? *Arch Phys Med Rehabil* 2010 Jun;91(6):885-889.
- (34) Kristensen MT, Henriksen S, Stie SB, Bandholm T. Relative and absolute intertester reliability of the timed up and go test to quantify functional mobility in patients with hip fracture. *J Am Geriatr Soc* 2011 Mar;59(3):565-567.
- (35) Pollock C, Eng J, Garland S. Clinical measurement of walking balance in people post stroke: a systematic review. *Clin Rehabil* 2011 Aug;25(8):693-708.
- (36) Bohannon RW. Reference values for the timed up and go test: a descriptive meta-analysis. *J Geriatr Phys Ther* 2006;29(2):64-68.
- (37) Schoene D, Wu SM, Mikolaizak AS, Menant JC, Smith ST, Delbaere K, et al. Discriminative ability and predictive validity of the timed up and go test in identifying older people who fall: systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc* 2013 Feb;61(2):202-208.
- (38) Dobson F, Hinman RS, Hall M, Terwee CB, Roos EM, Bennell KL. Measurement properties of performance-based measures to assess physical function in hip and knee osteoarthritis: a systematic review. *Osteoarthritis Cartilage* 2012 Dec;20(12):1548-1562.
- (39) MarselisborgCentret. ICF - den danske vejledning og eksempler fra praksis: International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand. Århus: Sundhedsstyrelsen; 2005.
- (40) Melchiorson H, Østergaard H, Nielsen CV. ICF og ICF-CY – en dansk vejledning til brug i praksis. International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand. Århus: MarselisborgCentret & CFK, Region Midtjylland; 2011.

# Bilag 1: Spørgeguide

**Bilagstabel 1. Skematisk opstillet spørgeguide ved telefoninterview om kommuners brug af redskaber i forbindelse med rehabilitering. 2012.**

| Hvilke redskaber bruger I til at:      | Redskab | Hvem bruger det og hvornår? | Hvordan fungerer det? | Forslag til videreudvikling/ behov for andet? |
|--|---------|-----------------------------|-----------------------|---|
| Informere målgruppen                   |         |                             |                       |   |
| Informere borgere generelt             |         |                             |                       |   |
| Identificere relevante borgere         |         |                             |                       |   |
| Motivere borgerne                      |         |                             |                       |   |
| Registrere deltagelse                  |         |                             |                       |   |
| Bestemme funktionsniveau               |         |                             |                       |   |
| Fastsætte mål                          |         |                             |                       |   |
| Måle borgers resultater                |         |                             |                       |   |
| Beskrive indsatsens resultater         |         |                             |                       |   |
| Måle livskvalitet                      |         |                             |                       |   |
| Sikre god koordination af borgerforløb |         |                             |                       |   |
| Bruger I andre redskaber?              |         |                             |                       |   |

# Bilag 2: Spørgeguide for uddybende beskrivelse af redskaber

I beskrivelsen af de 11 redskaber har vi så vidt muligt valgt at fokusere på følgende:

- Hvornår i rehabiliteringsforløbet redskabet anvendes (fx i forbindelse med visitation, ved rehabiliteringens påbegyndelse henholdsvis dens afslutning)
- I hvilket omfang redskaberne/testene anvendes målgruppespecifikt (herunder hvilke(n) eventuelle delmålgrupper de anvendes til)?
- Hvilket behov de identificerede redskaber opfylder samt hvordan de kvalificerer rehabiliteringsindsatsen?
- Hvilken form for dataindsamlingsmetode der anvendes (spørgeskema, interview, observation etc.)
- Hvorvidt og hvordan redskaberne/testene evt. bruges med henblik på at opstille mål for rehabiliteringen og i givet fald i hvilket omfang og hvordan borgeren inddrages i fx målsætning af den rehabiliterende indsats; herunder hvad kommunernes erfaringer er med anvendelse af redskabet i forhold til dialogen mellem kommune og borger?
- Hvordan og i hvilket omfang redskaberne/testene anvendes med henblik på at vise/dokumentere en effekt af indsatsen?
- Hvilke forudsætninger der danner udgangspunkt for redskaberne/testenes resultater (forudsætninger for fx borger, pårørende, personale (forudgående undervisning inden brug af redskabet), tidsforbrug for givne personalegruppe, eventuelle krav til de fysiske rammer samt eventuelle muligheder for elektronisk datamæssig bearbejdning)?
- De økonomiske omkostninger ved brugen af redskabet/testen.
- Hvorvidt det er et redskab/test som kan bruges af flere faggrupper.



Socialstyrelsen  
Edisonsvej 18, 1.  
5000 Odense C  
Tlf: 72 42 37 00  
[www.socialstyrelsen.dk](http://www.socialstyrelsen.dk)

