

# EVIDENSBASERET PRAKSIS – EN PERSPEKTIVERENDE HOLDNINGSARTIKEL

Evidensbaseret praksis fra et fysioterapeutisk udøvelsesperspektiv

Formålet med denne holdningsartikel er at supplere den eksisterende grundbogslitteratur indenfor fysioterapi gennem en indholdsbeskrivelse af de tre elementer i evidensbaseret praksis: patientens præferencer, fysioterapeutens erfaring og evidensen, som et udgangspunkt for en perspektivering over udøvelsen af evidensbaseret praksis. Der er efter 30-årsdagen for begrebet evidensbaseret praksis stadig uklarhed om, hvad begrebet egentlig betyder i fysioterapeutisk praksis. Dette kan have betydning, når der i klinisk praksis skal lægges en plan for behandling og målsætning, da der er flere kilder til information om de bedste kliniske beslutninger for den enkelte patient. Ordlyden evidensbaseret praksis kan være årsagen til dette, da den fejlagtigt antyder, at den forskningsmæssige evidens har en særlig tyngde. Vi perspektiverer over, hvordan der sættes et tydeligere fokus på betydningen af alle tre elementer i sammenhæng med klinisk praksis fremfor blot en italesættelse af det uklare begreb evidensbaseret praksis og den tilhørende proces, der skal lede til identificering af evidens.

## FORFATTERE

**Daniel Ramskov**, ph.d., lektor, fysioterapeutuddannelsen, UCN

**Morten Pallisgaard Støve**, lektor, fysioterapeutuddannelsen, UCN og ph.d.-studerende ved Aalborg Universitet.

**Allan Riis**, lektor, fysioterapeutuddannelsen, UCN og lektor ved Forskningsenheden for Almen Praksis, Aalborg Universitet

## INDLEDNING

Som beskrevet i den rammesættende artikel Fysisk aktivitet som forebyggelse og behandling af

Anne-Mette Lücke Dissing, så inddrager fysioterapeuter hyppigt fysisk aktivitet i form af træning i behandlingen af patienter. Den kliniske beslutning at benytte træning i behandlingen giver rigtig god mening, da der er stærk evidens for effekten af træning på tværs af mange patientgrupper. Fysioterapeuter er en faggruppe, hvis kliniske praksis kan benævnes som evidensbaseret praksis (Uddannelses- og Forskningsministeriet, 2016). Grundbogslitteraturen indenfor fysioterapi præsenterer evidensbaseret praksis som værende med evidensen i centrum

(Bjørnlund et al., 2017; Hansen et al., 2008). Et ensidigt fokus, som muligvis påvirker både undervisere og studerende til at vægte betydningen af evidensen uhensigtsmæssigt tungt i forhold til de to andre elementer, klinisk erfaring og patientens præferencer, som evidensbaseret praksis også indeholder.

Oprindeligt blev evidensbaseret praksis defineret således: "Evidence based medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients". Det blev beskrevet første gang i 1992 af en gruppe

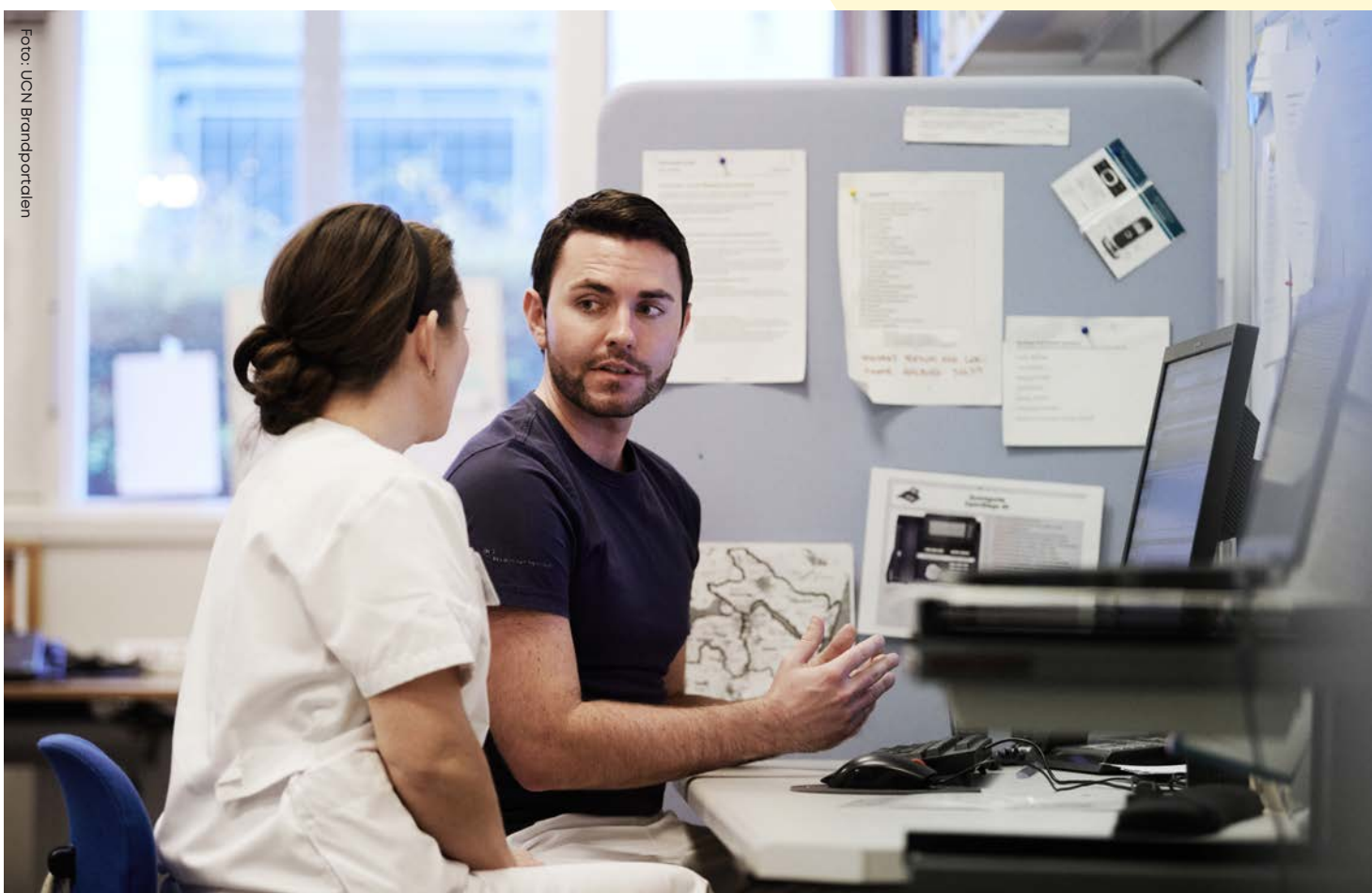
kaldet Evidence-Based Medicine Working Group (Evidence-Based Medicine Working Group, 1992; Sackett et al., 1996). Hensigten med italesættelsen og defineringen af en evidensbaseret praksis var en bevægelse væk fra en klinisk praksis, der udelukkende var baseret på intuition, usystematisk klinisk erfaring og patofysiologi som fundamentet for kliniske beslutninger. I stedet foreslog gruppen, at den kliniske beslutningstagen også skulle baseres på viden fra forskning, og at fastsættelse af og mål for behandling skulle benævnes evidensbaseret praksis, når f.eks. fysioterapeuten var opmærksom på, at beslutninger om behandlingsplanen og målsætningen var en afbalancering mellem patientens præferencer, klinikerens erfaringer og den videnskabelige litteratur. I praksis betyder det, at

når en fysioterapeut første gang møder en patient i praksis, så gennemføres en klinisk undersøgelse. Denne undersøgelse har til formål at stille en diagnose (eller flere) og få indblik i patientens fysiske, psykiske og/eller kognitive udfordringer, tilgængelige personlige og kontekstafhængige ressourcer samt forventninger til fremtiden – ofte med henblik på at lave en behandlingsplan og en målsætning for behandlingen. Undervejs i denne kliniske undersøgelse bør erfaringer fra praksis inddrages i overvejelser om behandlingsplanen og i fastsættelsen af mål for behandlingen. Udover egne, teamets og arbejdspladsens erfaringer er det også vigtigt at kende til den mest relevante forskning (Alexopoulos et al., 2021). Særlig vigtigt er det at have kendskab til eventuelle behandlingsretningslinjer og/eller

oversigtsartikler, der begge samler relevant viden på et område (Tikkinen & Guyatt, 2021). Patientens forventninger og mål for behandlingen er også vigtige forudsætninger for at lykkes med en personcentreret behandling, da patientens præferencer og mål jo netop er grunden til, at patienten vælger at søge hjælp hos en fysioterapeut med en tilhørende faglighed og klinisk erfaring.

På trods af dette har et ensidigt fokus på og en ensidig vægtning af evidensen fra litteraturen i mange år præget italesættelsen af og perspektivet på evidensbaseret praksis og gør det i stort omfang stadig i dag (Thomas et al., 2022). Dette gør sig gældende for mange sundhedsprofessioner, også indenfor fysioterapien. Problemstillingen er ikke ny, og allerede i 1996 påpegede Sackett et al. (1996), at et fokus på

Foto: UCN Brandportalen



evidensen i centrum var for unuan- ceret og beskrev vigtigheden af evidensbaseret praksis som en treenighed bestående af både patientpræferencerne, den kliniske erfaring og evidensen fra litteratu- ren. Formålet med denne artikel er derfor at supplere den eksisterende grundbogslitteratur indenfor fysio- terapi gennem en indholdsbeskrivelse af de tre elementer i evidensbaseret praksis: patientens præferencer, fysioterapeutens erfaring og eviden- sen, som et udgangspunkt for en perspektivering over udøvelsen af evidensbaseret praksis.

### PATIENTENS PRÆFERENCER

Det første element i evidensbaseret praksis er vigtigheden af patientens præferencer. Først og fremmest kan man som fysioterapeut sjældent igangsætte behandling eller lave en målsætning uden patientens sam- tykke (Indenrigs- og Sundhedsmini- steriet, 2019). Juridisk bygger danske patienters selvbestemmelse på sundhedslovens § 2. Sundhedsloven fastsætter kravene til sundhedsvæ- senen med henblik på at sikre respekt for det enkelte menneske og dets integritet og selvbestemmelse i forbindelse med behandlingsvalg (Indenrigs- og Sundhedsministeriet,

2019). Hvor § 15 uddyber, at ”Ingen behandling må indledes eller fort- sættes uden patientens informerede samtykke”, og at patienten har ret til valgfrihed (Indenrigs- og Sundheds- ministeriet, 2019).

Patientens præferencer kan bestå af patientens ønsker til forløbet og konkrete behandlingsinitiativer, f.eks. fysisk aktivitet. Patientens præferen- cer kan også bygge på patientens eget ønske om at genvinde et tidligere funktionsniveau, patientens risikovillighed i forhold til bivirkninger og patientens villighed til og mulig- hed for at investere kræfter og økonomi. Derudover kan patientpræ- ferencer for behandlingsstrategier bygge på tidligere positive såvel som negative erfaringer med konkrete behandlingsinitiativer indeholdende specifikke former for fysisk aktivitet. Inddragelse af patientens præferen- cer er ikke kun et etisk krav, det er også fundet effektivt til at øge adherence til behandling og til at opnå højere funktionsniveau (Say & Thomson, 2003).

Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren arbejder for, at patientinddragelse og øget bruger- styring skal understøttes i et kom- mende fælles sundhedsvæsen, for at patienter oplever sammenhæng i

deres behandlingsforløb. Udvidet brug af patientrapporterede oplysninger er en blandt flere tilgange til at øge patientinddragel- se. Men patientinddragelse og øget individualisering kræver også en tydelighed om, at brug af de eksisterende internationale og/eller nationale retningslinjer stadig skal tillade, at patienternes individuelle valg respekteres og skal kunne rummes indenfor rammerne af standarder for god behandling (Dansk Selskab for Kvalitet i Sund- hedssektoren, 2021). Udover valg af behandlingsform kan timing, som f.eks. igangsat behandling kort efter modtagelse af en diagnose, være vigtig for patienters tilfredshed med behandlingen (Green et al., 2014).

### FYSIOTERAPEUTENS ERFARING

Det andet element i evidensbaseret praksis er klinisk erfaring, som består af praksisbaseret erfaring, som er opbygget gennem arbejdspladsens, teamets og den enkelte fysiotera- peuts arbejde og kompetencer. Klinisk erfaring kan opbygges ved, at nyuddannede ”står i mesterlære” ved kolleger med længere ancienni- tet, og at der igennem arbejdslivet afholdes møder eller faglige arran- gementer på arbejdspladsen. Denne opbygning af, at ”sådan gør vi her”, kan forstærkes yderligere af en tendens til, at kolleger ofte deltager på de samme efteruddannelseskur- ser. Men klinisk erfaring består også af flere andre elementer udover egen klinisk erfaring, og tilsammen kan de skabe et helhedsorienteret billede af patientens tilstand, konteksten (det konkrete behand- lingssted, sektoren og kulturen), hvori behandlingen gives, samt erfaringer med, hvad der virker bedst på det aktuelle behandlingssted. Nogle gange kender fysioterapeuten patienten i forvejen, i andre situatio- ner kender fysioterapeuten til patientens arbejdsplads eller idrætsgren. Dette kendskab kan bidrage til en dybere forståelse af, hvad patienten skal tilbage til, og

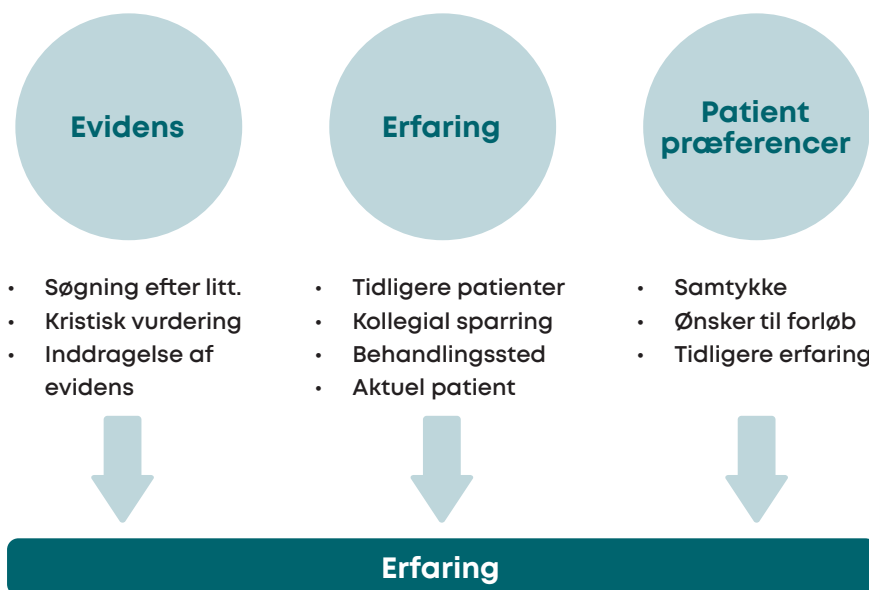


Foto: UCN Brandportalen

have betydning for fysioterapeutens bud på behandlingsplan og målsætning. Klinisk erfaring skal således omfavne omgivelsernes og patientens situation i den givne og helt unikke situation. Dette medfører ofte et oplyst valg, hvor fysioterapeuten nogle gange må gå på kompromis med en eller flere faktorer for at finde den bedst mulige behandlingsplan/strategi på et oplyst grundlag (Haynes et al., 2002). Klinisk erfaring kan også defineres som den dygtighed og dømmekraft, den enkelte fysioterapeut tilegner sig gennem klinisk erfaring. Øget klinisk erfaring viser sig således eksempelvis via hurtigere og mere effektiv diagnosticering og en større evne til at tilpasse behandlingen til den enkelte patient (Haynes et al., 2002). Undersøgelser viser også, at ældre "sundhedsfaglige" i højere grad end yngre vægter den kliniske erfaring tungt i fastsættelsen af en diagnose, i valget af behandling og i målsætningen (Welink et al., 2020). Et problem ved dette kan være, at klinisk erfaring forlader sig delvist på hukommelsen, som har en tendens til at lagre både erfaringer og fakta selektivt (Middleton & Brown, 2005). Klinisk erfaring alene kan derfor lede til forkerte kliniske beslutninger, fordi erfaring ikke tager højde for kontekstuelle forskelle, der kan have betydning for patientens behandlingsplan eller prognose (Alexopoulos et al., 2021). Der er således en tendens til, at forbedringer i patientens tilstand altid tilskrives den udførte behandling, til trods for andre faktorer som eksempelvis spontan remission eller naturlige variationer i symptom billedet (Alexopoulos et al., 2021).

### EVIDENSEN

Det tredje element i evidensbaseret praksis er evidensen – altså forskningslitteraturen. Arbejdet med det tredje element i evidensbaseret praksis beskrives som en trinvis proces bestående af: (1) erkendelse af behov for viden, (2) formulering af



et klinisk spørgsmål, (3) søgning efter litteratur, (4) kritisk vurdering af litteraturen, (5) inddragelse af evidensen i klinisk praksis samt (6) evaluering af udbyttet af processen. Processen med inddragelse af forskningsevidens i praksis har til formål at understøtte klinikerens i at bevæge sig fra undren over praksis og et klinisk fokuseret spørgsmål til implementering af evidens i praksis (Bjørnlund et al., 2017; Hansen et al., 2008). For at dette kan lade sig gøre, kan man søge viden fra eksisterende retningslinjer, eller man kan selv søge efter individuelle studier til at belyse den kliniske problemstilling. Færdigheder og kompetencer indenfor litteratursøgning og kritisk vurdering af evidensen er nøgleelementer, når den videnskabelige litteratur skal understøtte praksis med en patient eller patientgruppe i fokus (Bjørnlund et al., 2017; Hansen et al., 2008).

### UDØVELSEN AF EVIDENSBASERET PRAKSIS

Det er ikke og har aldrig været hensigten med evidensbaseret praksis, at fysioterapeuter absolut skal tvinge den tilgængelige videnskabelige evidens ned over alle kliniske beslutninger, uafhængigt af patientens eller

fysioterapeutens egen autonomi. For det første siger sundhedslovens § 15, at "Ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke", og at patienten har ret til valgfrihed (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2019). For det andet er det yderst relevant at nuancere forståelsen af videnskabelig evidens, da evidens ikke er det samme som, at der er et endegyldigt bevis, altså en endegyldig sandhed, og evidens kan have forskellige videnskabsteoretiske udgangspunkter.

Fra et naturvidenskabeligt perspektiv er et centralt forhold ved evidens, at evidens i stedet skal forstås som en sandsynliggørelse af, hvorvidt en hypotese er sand. F.eks. er der stærk evidens for effekten af fysisk aktivitet i forhold til blodsukkerkontrol og forebyggelse af tidlig død blandt patienter med type 2-diabetes, mens der derimod kun er moderat evidens for, at fysisk aktivitet virker mod langvarige rygsmerter (Hayden et al., 2021; The Look AHEAD Research Group et al., 2013; Sundhedsstyrelsen, 2018). Forskellen her er typen af forskning og antallet af videnskabelige forsøg, som uafhængigt af hinanden har bekræftet hypotesen om, at fysisk aktivitet har en positiv effekt i

forhold til kontrol af blodsukker og forebyggelse af tidlig død hos patienter med type 2-diabetes. Andre gange er der modsatrettet evidens, som når nogle studier peger på én behandling som den mest fordelagtige, mens andre studier peger på en anden behandling. Evidens er sjældent entydig og kan gradbøjes og befinder sig derfor på en slags skala, eller sagt med andre ord er evidens altså ikke lig med bevis. Derfor er det vigtigt, at man som fysioterapeut også tør tage beslutninger på baggrund af både patientpræferencer og klinisk erfaring, som en del af en samlet refleksion over alle tre elementer. I det efterfølgende gives et bud på, hvordan en sådan proces kan se ud.

Hvordan forholder det sig med udøvelse af evidensbaseret praksis, når fysioterapeuten er bevidst om, at evidens ikke er lig med bevis? Lad os tage den stærke evidens for den positive effekt, fysisk aktivitet har hos patienter med type 2-diabetes, som et eksempel.

God praksis bør anerkende, at der er stærk evidens – fysioterapeuten bør altså have en intention om at igangsætte fysisk aktivitet hos en patient med type 2-diabetes. Men hvordan skal den fysiske aktivitet planlægges og gennemføres? Som tidligere nævnt kan kliniske retningslinjer og oversigtsartikler på området være et udgangspunkt, men hvis disse ikke eksisterer, må der søges efter enkeltstående studier. Som eksempel på et enkeltstående studie kan Look AHEAD-undersøgelsen (AHEAD står for Action for Health in Diabetes) nævnes (The Look AHEAD Research Group et al., 2013).

Look AHEAD-undersøgelsen var et stort videnskabeligt forsøg, som indeholdt en omfattende og intensiv livsstilsintervention indeholdende både regelmæssig træning, kostændringer og ugentlige gruppemøder. Med dette udgangspunkt kunne udøvelsen af evidensbaseret praksis, med inddragelse af de tre elementer, have følgende forløb.



1. Fysioterapeuten inddrager det konkrete indhold i Look AHEAD-undersøgelsen som udgangspunkt for behandlingen af en konkret patient med type 2-diabetes.



2. Fysioterapeutens erfaring fra tidligere patienter og/eller kollegial sparring giver grund til refleksion over eventuelle fysiske, psykiske, sociale, økonomiske eller praktiske udfordringer hos patienten og behandlingsstedet i forhold til det samlede indhold i livsstilsinterventionen fra Look AHEAD-undersøgelsen.



3. Fysioterapeuten ved måske på forhånd, at behandlingsstedet ikke kan tilbyde ugentlige gruppemøder, men at der i stedet kan tilbydes træning i hold, som dog ikke vil være specifikke for type 2-diabetes.



4. Fysioterapeuten ved måske også, at behandlingsstedet ikke har ansat eller samarbejder med en diætist. Men fysioterapeuten selv har viden om og god erfaring med patientuddannelse og har generelt et sundhedsfremmende perspektiv på egen praksis.



5. I mødet med den konkrete patient med type 2-diabetes bliver det tydeligt, at patienten har mange tidligere både gode og dårlige erfaringer med træning. Patienten giver udtryk for et ønske om, at fysioterapeuten hjælper med at skabe sammenhæng i træningen i forhold til type 2-diabetes og sikre progression. Patienten ønsker ikke at træne i hold, primært pga. praktiske udfordringer.



Hvis fysioterapeuten i ovenstående eksempel mestrede en inddragelse af patientens præferencer, en god brug af kliniske erfaringer og en inddragelse af evidens, ville

udøvelsen af evidensbaseret praksis måske have følgende resultat: Planen for den konkrete patient kom ikke til at indeholde gruppemøder som i Look AHEAD, og denne beslutning var

forankret i klinisk erfaring (praktiske omstændigheder på behandlingsstedet). I stedet blev der foreslået træning i hold, hvilket patienten ikke havde præference for (samtykke). Ligeledes varetog fysioterapeuten selv kostændringer gennem inddragelse af viden om og erfaring med patientuddannelse og sundhedsfremme. Denne del blev ikke varetaget af en diætist som i Look AHEAD (praktiske omstændigheder på behandlingsstedet). Patientens positive erfaringer med træning blev inddraget i samspil med dele af træningen fra Look AHEAD i overensstemmelse med patientens ønske om en bedre sammenhæng mellem træningens indhold og type 2-diabetes (patientpræferencer + evidens). Fysioterapeuten vurderede baseret på klinisk erfaring, at det konkrete træningsindhold i Look AHEAD ville være for intensivt i forhold til patientens udgangspunkt. For at sikre den progression, som patienten havde et ønske om, udarbejdede fysioterapeuten og patienten en målsætning om, hvilke dele af træningsindholdet fra Look AHEAD som fremadrettet skulle indgå i patientens træning.

## KONKLUSION

Denne artikel har nuanceret både indholdet og forholdet mellem patientens præferencer, fysioterapeutens erfaringer og evidensen og givet et bud på, hvordan udøvelsen af evidensbaseret praksis kan se ud. Det er særlig vigtigt at fremhæve, at ingen af de tre elementer kan stå alene eller har mere betydning end de andre, men at det er den samlede kliniske ræsonneringsproces, som er vigtig for at kunne tilbyde patienten den bedste behandling.



Foto: UCN Brandportalen

## Litteraturliste

- Alexopoulos, S., Cancelliere, C., Côté, P. & Mior, S. (2021). Reconciling Evidence and Experience in the Context of Evidence-Based Practice. *The Journal of the Canadian Chiropractic Association*, 65(2), 132-136.
- Bjørnlund, I.B., Sjöberg, N.E. & Lund, H. (2017). *Basisbog i fysioterapi* (2. udgave). Munksgaard.
- Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren. (2021). *Hvor er perspektiverne på kvalitet i de 21 sundhedsklynger spørger Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren*. <https://DskS.Dk/Wp-Content/Uploads/2021/06/Hvor-Er-Perspektiverne-Paa-Kvalitet-i-de-21-Sundhedsklynger-Spoerger-Dansk-Selskab-for-Kvalitet-i-Sundhedssektoren.Pdf>. <https://dskS.dk/wp-content/uploads/2021/06/Hvor-er-perspektiverne-paa-kvalitet-i-de-21-sundhedsklynger-spoerger-Dansk-Selskab-for-Kvalitet-i-Sundhedssektoren.pdf>
- Evidence-Based Medicine Working Group. (1992). Evidence-Based Medicine: A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. *JAMA*, 268(17), 2420-2425. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03490170092032>
- Green, H.J., Steinnagel, G., Morris, C. & Laakso, E.L. (2014). Health Behaviour Models and Patient Preferences Regarding Nutrition and Physical Activity after Breast or Prostate Cancer Diagnosis. *European Journal of Cancer Care*, 23(5), 640-652. <https://doi.org/10.1111/ecc.12190>
- Hansen, K.B., Herbert, R., Jamtvedt, G. & Mead, J. (2008). *Evidensbaseret praksis* (1. udgave). Munksgaard.
- Hayden, J., Ellis, J., Ogilvie, R., Malmivaara, A. & van Tulder, M. (2021). Exercise for Treatment of Chronic Low Back Pain. *Cochrane Evidence Synthesis and Methods*. Cochrane Library. [https://www.cochrane.org/CD009790/BACK\\_exercise-treatment-chronic-low-back-pain](https://www.cochrane.org/CD009790/BACK_exercise-treatment-chronic-low-back-pain)
- Haynes, R.B., Devereaux, P.J. & Guyatt, G.H. (2002). Clinical Expertise in the Era of Evidence-Based Medicine and Patient Choice. *Vox Sanguinis*, 83, Suppl 1, 383-386.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2019). *Bekendtgørelse af sundhedsloven*. <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/903>
- Middleton, D. & Brown, S. (2005). *The Social Psychology of Experience: Studies in Remembering and Forgetting*. SAGE.
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M., Gray, J.A., Haynes, R.B. & Richardson, W.S. (1996). Evidence Based Medicine: What It Is and What It Isn't. *The BMJ*, 312(7023), 71-72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Say, R.E. & Thomson, R. (2003). The Importance of Patient Preferences in Treatment Decisions – Challenges for Doctors. *The BMJ*, 327(7414), 542-545. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7414.542>
- Sundhedsstyrelsen. (2018). *Forebyggelsespakke – fysisk aktivitet*. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/forebyggelsespakke-fysisk-aktivitet>
- The Look AHEAD Research Group, Wing, R.R., Bolin, P., Brancati, F.L., Bray, G.A., Clark, J.M., Coday, M., Crow, R.S., Curtis, J.M., Egan, C.M., Espeland, M.A., Evans, M., Foreyt, J.P., Ghazarian, S., Gregg, E.W., Harrison, B., Hazuda, H.P., Hill, J.O., Horton, E.S., ... Yanovski, S.Z. (2013). Cardiovascular Effects of Intensive Lifestyle Intervention in Type 2 Diabetes. *The New England Journal of Medicine*, 369(2), 145-154. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1212914>
- Thomas, A., Chin-Yee, B. & Mercuri, M. (2022). Thirty Years of Teaching Evidence-Based Medicine: Have We Been Getting It All Wrong? *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice*, 27(1), 263-276. <https://doi.org/10.1007/s10459-021-10077-4>
- Tikkinen, K.A.O. & Guyatt, G.H. (2021). Understanding of Research Results, Evidence Summaries and Their Applicability – Not Critical Appraisal – Are Core Skills of Medical Curriculum. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 26(5), 231-233. <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2020-111542>
- Uddannelses- og Forskningsministeriet. (2016). *Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i fysioterapi*. BEK nr. 503. <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=180536>
- Welink, L.S., Van Roy, K., Damoiseaux, R.A.M.J., Suijker, H.A., Pype, P., de Groot, E. & Bartelink, M.-L.E.L. (2020). Applying Evidence-Based Medicine in General Practice: A Video-Stimulated Interview Study on Workplace-Based Observation. *BMC Family Practice*, 21(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1073-x>

# FYSISK AKTIVITET I HVERDAGSREHABILITE- RINGSFORLØB TIL HJEMMEBOENDE ÆLDRE

Udvikling af en tværfaglig hverdagsrehabiliterende intervention til at fremme fysisk aktivitet og selvhjulpethed hos hjemmeboende ældre

Andelen af plejkrævende ældre over 60 år stiger markant i de kommende år. Dette kombineret med rekrutteringsvanskeligheder på ældreområdet udfordrer danske kommuner i forhold til at kunne opretholde det nuværende serviceniveau. Hverdagsrehabilitering kan være en løsning på udfordringen, da interventionerne fokuserer på at inddrage og aktivere den ældre i daglige gøremål. Projektets formål var at generere viden om, hvilke ændringer der skulle til i praksis, for at Thisted Kommune kunne implementere hverdagsrehabilitering i den kommunale hjemmepleje og således sikre borgernes selvhjulpethed og livskvalitet.

Inspireret af metoden design thinking blev hæmmende og fremmende faktorer for implementeringen af hverdagsrehabilitering i hjemmeplejen udforsket. Der blev indhentet ændringsforslag fra medarbejdere, der efterfølgende testede og evaluerede forslagene i praksis.

Medarbejdernes evaluering og teorien "relational koordinering" blev anvendt til at udvikle en intervention til implementering af hverdagsrehabilitering i Thisted Kommunes hjemmepleje. Interventionen indeholder en tværfaglig rehabiliteringsgruppe, ekstra refleksionstid til plejepersonalet, sparring fra ergo- og fysioterapeuter samt faste tværfaglige teammøder.

## FORFATTERE

**Anne Nielsen**, adjunkt, fysioterapeutuddannelsen, UCN, og videnskabelig assistent, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aalborg Universitet

**Malene Andersen**, sygeplejerske, cand.scient.san.publ., udviklingskonsulent og projektleder, rehabiliteringsindsatsen, Thisted Kommune

**Allan Riis**, lektor, fysioterapeutuddannelsen, UCN, og lektor ved Forskningsenheden for Almen Praksis, Aalborg Universitet

## BAGGRUND

### Demografisk udvikling

Andelen af ældre over 60 år stiger globalt, og i 2050 forventes populationen at nå to milliarder (World Health Organization, 2018). I Danmark forudses en lignende udvikling, hvor antallet af 80-årige og derover øges fra 292.000 i 2022 til 426.000 i 2030, svarende til en stigning på 46 %. Stigningen formodes at fortsætte i en lang årrække herefter, hvor antallet af 80+-årige forventes at toppe med ca. 655.000 i 2057, hvilket er ca. 125 % flere end i

2022 (KL, 2022). Samtidig vil der i fremtiden være færre i den arbejdsdygtige alder til at hjælpe det øgede antal af ældre med behov for pleje og rehabilitering (Børne- og Undervisningsministeriet, 2018), hvilket udfordrer danske kommuner i forhold til at kunne opretholde det nuværende serviceniveau.

### Ældres inaktivitet

Ældre er ofte mere inaktive end yngre borgere (Hallal et al., 2012, s. 247), hvilket påvirker de ældres kondition, muskelstyrke,