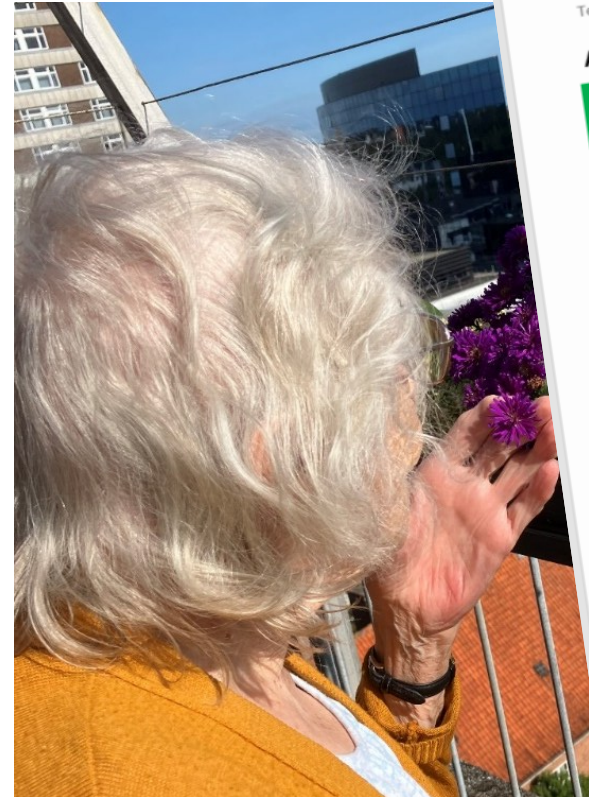


Deltagelsesfremme under indlæggelse *Meningsfuld "mobilisering" ?*



Deltagelsesfremme under indlæggelse
Patient: _____
Terapeut: _____

Aktiviteter, som jeg klarer selvstændigt og

Bevægelse og færden

- ☐ At komme fra liggende i seng til stående og modsat 
- ☐ At bevæge mig rundt i afdelingen 

Egenomsorg

- ☐ At klare toiletbesøg 
- ☐ At vaske mig og børste tænder 
- ☐ At tage tøj af og på 
- ☐ At hente mad og drikke og aflevere service ved madvognen 

Jeg har fået selvtræningsprogram og laver det:
☐ Morgen ☐ Middag ☐ Aften

Ved fysioterapeut Tobias Kaarsbo og ergoterapeut Anne Bek Jellinghof
Udviklingsterapeuter ved Ældremedicinsk sengeafsnit, OUH, Odense



Dagsorden

- Projektets udvikling og grundlag
- Hvad så vi i praksis?
- Fra ”mobilisering” til deltagelse
- Hvad gjorde vi?
- Hvad har vi erfaret?

Tidslinje: Fra idé til impl



2024, medio

Idéudvikling og arbejde på projektbeskrivelse



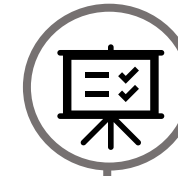
2024, okt.

Nedsættelse af projektgruppe og opstart af projekt



2025, jan.

Eksplorativt casestudie om den selvhjulpne patient

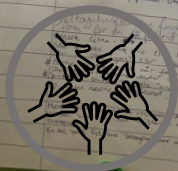


2025, marts

Præsentation til Strategisk lederforum
"Deltagelsesfremme –
Et tværprofessionelt prioriteret fokus?"

[illegible]

Faglig udvikling i
terapeutgr.
(DUI-idéen opstod)



Afprøvningsperiode
for terapeuter.



Evalueringsmøde i
terapeutgr.

Kh Tobias og Anne



Præsentation til
ledermøde, beslutning:
Implementering af
DUI-skema



Præsentation til plejegruppen

HVORFOR ER DET VIGTIGT

- Konsekvenser ved manglende aktivitet

DET VED I GODT – ELLERS KIG PÅ NEFAH-HJEMMESIDE

<https://www.hvidovrehospital.dk/nefah/om-os/Sider/inaktivitet.aspx>

Barrierer for bevægelse under indlæggelse:

- **Frygt** for at falde
- **Forværring** i sygdomstilstand
- Forventning om at sengeleje er en **nødvendig del** af indlæggelsen
- Symptomer herunder **smerter**
- Frygt for at **genere personalet**
- **Manglende** tilgængelighed af **ganghjælpemidler**
- **Mangel** på **meningsfulde aktiviteter** og underholdning
- Aktivitetsbegrænsninger (fx **behandlingsregimer**, katetre)
- Manglende målsætning for mobilitet
- Personale, der **undervurderer** patientens **evner (overkompencering)**
- Begrænsede muligheder for fysisk aktivitet på hospitalet
- Hospitalsrutiner, der ikke fremmer patientens deltagelse dagliglivet (fx mangel på tid)

Fremmende faktorer for bevægelse på hospitalet:

- Positive relationer til personalet
- Opmuntring, ros og anerkendelse af milepæle
- Tydelig målsætning for bevægelse og færden
- Personlig og **skræddersyet personlig assistance**
- Et understøttende og **bevægelsesfremmende miljø**
- Viden om betydningen af bevægelse og **konsekvenserne af sengeleje**
- Selvbestemmelse og medinddragelse
- **Frygt** for afhængighed (motiverer til selvstændighed)

Særligt ift. interprofessionel dynamik

- **Manglende begrebsafklaring** (Maria Swennergren Hansen, postdocforsker ved NEFAH-webinar, 3. sept. 2024)
- **Rolleforvirring og ansvar**
- **Kommunikation og koordination** (Sheehan et al. J Multidiscip Health 2021)

Men hvordan ser(så!) det ud i vores praksis?

Det fik vi indblik i ved:

- Faglige udviklingsseancer, hvor vi i gruppen delte overvejelser om barrierer og idéer til mulige facilitatorer (udmøntede sig i at idékatalog)
- Eksplorativt casestudie med observationer, spørgeskema, interview, kapacitetsvurdering over en selvhjulpne patient på Ældremedicinsk afdeling

Overvejelser over vores praksis

Patientens oplevelse af ventetid og passivitet

- Hvordan påvirker hospitalsrutiner patientens oplevelse af egen funktionsevne?
- Hvilken rolle spiller strukturel ventetid i inaktivitet og funktionsevnetab?

Overkompensering vs. præcisionskompensering vs. underkompensering

- Hvordan understøtter eller hæmmer personalet patientens involvering i dagliglivet?
- Hvordan kan præcisionskompensering implementeres for at fremme involvering i dagliglivet?

Manglende patientinvolvering i egen hverdag

- Hvordan kan patienterne gøres mere bevidste om deres muligheder for aktiviteter? Er der behov for øget information?

Overvejelser over vores praksis, fortsat..

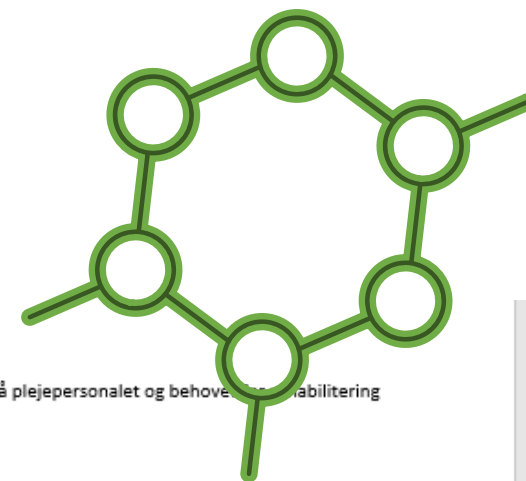
Sundhedsprofessionelles praksis og arbejdsgange og involvering af pårørende

- Kan der skabes en kultur-/praksisændring, hvor deltagelsesfremme bliver et tværprofessionelt prioriteret fokus?
- Hvordan kan pårørende inddrages i at motivere patienten til aktivitet?

Strukturelle og organisatoriske barrierer

- Hvordan påvirker hospitalsindretning og normer deltagelsesfremme?
- Kan små organisatoriske ændringer (f.eks. frikvarter/dagsskema) forbedre patientens autonomi og minimere ligge-/siddetid?

Mange relevante "angrebepunkter"



Projektbeskrivelse: Deltagelsesfremme på ældremedicinsk sengeafsnit, OUH, Odense

Projektstyregruppe

Tobias, Anne, Jeppe og Lisbeth.

Projektperiode

Den 1. november 2024 til X.

Projektgruppemøder: Anne indkalder til møder, med en frekvens på ca. 2 uger.

Nøglepersoner

Nøglepersoner tænkes her som sparing på udvikling af indsatser og afprøvning af indsatser i klinikken. Der forventes deltagelse fra nøglepersonerne i 10 minutters i tavlemøder hver uge i projektperioden.

Ønsker til nøglepersoner:

- Sygeplejerske: [redacted]
- Social- og sundhedsassistent: [redacted]
- Fysioterapeut: [redacted]
- Ergoterapeut: [redacted]
- Læge: [redacted]

Baggrund

Indlæggelse på et ældremedicinsk sengeafsnit medfører ofte en risiko for, at patienter bliver passive (passiveret) og mister deres funktionsevne. Mange ældre patienter oplever et fald i aktivitetsniveauet under hospitalsophold, hvilket kan føre til funktionsevnetab og en øget risiko for helbredscomplicationer. Der er en formodning om, at sundhedspersonalet ofte overkompenserer for ældre patienter – enten som en del af en traditionspræget hospitalskultur eller i et bevidst forsøg på at beskytte dem mod skader og udvise omsorg (og noget om ressource). Denne overkompensering kan paradoksalt nok bidrage til inaktivitet og en gradvis reduktion af patientens funktionsevne.

Kontekstuelle faktorer såsom arbejdsmiljø, sikkerheds- og hygiejnehensyn, hospitals-/professionskulturer og tidspres spiller en væsentlig rolle i denne problematik og kan fungere som barrierer for patientens involvering i dagliglivet. Ved at anvende strategier som præcisionskompensering – en målrettet indsats på baggrund af kvalificeret funktionsevnevurdering for at identificere aktivitetsspecifik behov for personlig assistance eller hjælpemidler – kan man potentielt undgå overkompensering og derved minimere risikoen

ressourceoptimering ved at reducere ressourcetrækket på plejepersonalet og behovet for rehabilitering efter indlæggelse.

Teoretisk ramme

Aktionslæring

Afsæt for metoden i dette projekt er aktionslæring, som har sin oprindelse fra aktionsforskningen. Begge metoder fokuserer på at forbedre praksis gennem en cyklisk og deltagelsesbaseret tilgang. Aktionslæring er en velegnet metode, når der ønskes at skabe udvikling og læring på arbejdspladsen eller i en organisation ved at engagere deltagerne i at identificere problemer, reflektere over disse og afprøve løsninger i praksis. Forholdet mellem aktionslæring og aktionsforskning er tæt, men der er en vigtig forskel:

- Aktionslæring er praksisorienteret og fokuserer primært på læring gennem handling og refleksion, hvor deltagerne lærer af de erfaringer, de gør sig undervejs.
- Aktionsforskning har et stærkere forskningsfokus og inkluderer ofte systematisk dokumentation og analyse for at skabe ny viden, der kan være til gavn for andre end de direkte involverede.

Begge metoder bruger en cyklisk proces bestående af planlægning, handling, refleksion og tilpasning, og har som mål at skabe forbedringer i praksis, men aktionsforskning lægger større vægt på at producere videnskabelig viden.

ALG-metoden vil være basis for arbejdet med udvikling af indsatser til deltagelsesfremme hos indlagte på geriatrisk sengeafsnit.

ALG står for "aktionslæringsgruppen", som er en struktureret tilgang til aktionslæring. Denne metode indebærer, at en gruppe arbejder sammen om at løse konkrete udfordringer gennem en struktureret proces med gensidig refleksion og videndeling. ALG-metoden består typisk af følgende elementer:

1. Problemidentifikation: Gruppen identificerer en praktisk udfordring eller problemstilling, som de ønsker at arbejde med.
2. Refleksion og erfaringsdeling: Gennem dialog og refleksion deler gruppemedlemmerne deres erfaringer og perspektiver, hvilket hjælper med at belyse forskellige aspekter af problemet.
3. Planlægning af handlinger: Gruppen planlægger konkrete handlinger eller eksperimenter, som de ønsker at gennemføre for at løse problemet.
4. Gennemførelse og refleksion: De aftalte handlinger gennemføres, og deltagerne reflekterer løbende over processen og resultaterne.
5. Tilpasning og løbende læring: Gruppen justerer deres handlinger på baggrund af refleksioner og erfaringer og fortsætter cyklussen med nye handlinger og refleksion.

ALG-metoden hjælper deltagerne med at skabe meningsfulde og erfaringsbaserede læringsforløb, som både forbedrer praksis og styrker fællesskabet og samarbejdet i gruppen.

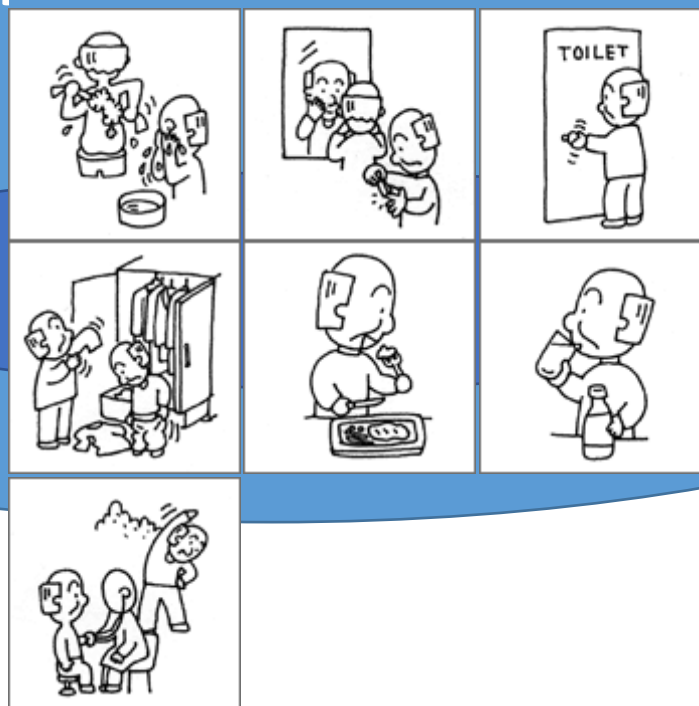
Reference: Anna Paldam Folker og Sigurd Lauridsen. Aktionslæring - om at skruer på praksis. I: Leif Tøfting

Deltagelsesfremme

Bevægelse og færden



Egenomsorg



Husførelse



Interpersonelt samspil og kontakt



Hvad gjorde vi?

- Involvering af terapeutkollegaer fra start (*vi ønskede flere faggrupper men ikke muligt*)
- Iterativ proces baseret på aktionslæring med:
 - Workshop over indsatser: F.eks. "*Kunne man lave en pendant til det lyserøde skema?*"
 - Udvikling af form og indhold på DUI (grønne) skema
 - Afprøvning og tilpasning af DUI skema
- Ledergruppegodkendelse
 - Projekt modificeret → skema godkendt
 - Implementeret som afdelingsindsats ved "kick off"-oplæg for sygeplejersker og SOSU'er

Spise- og drikkerestriktioner

Kompetencecenter for Rehabilitering
Odense Universitetshospital og
Svendborg Sygehus

Patient: _____

Ergoterapeut: _____

Dato: _____

FOIS: _____

Madkonsistens

☐ Intet per os
☐ Cremet
☐ Gratin
☐ Blød
☐ Umodificeret/almindelig sygehuskost
Mængder: _____

OBS: _____

Drikkekonsistens

☐ Intet per os
☐ Meget fortykket - gelékonsistens (3 måleske fortykningsmiddel)
☐ Moderat fortykket - sirupskonsistens (2 måleske fortykningsmiddel)
☐ Let fortykket - kærnemælkskonsistens (1 måleske fortykningsmiddel)
☐ Dansk vand med frisk brus
☐ Almindelige tynde væsker
Mængder: _____

OBS: _____

Piller

☐ Afprøvet

Deltagelsesfremme under indlæggelse _____ Dato: _____

Patient: _____

Terapeut: _____

Aktiviteter, som jeg klarer selvstændigt og sikkert:

Bevægelse og færden

☐ At komme fra liggende i seng til stående og modsat

☐ At bevæge mig rundt i afdelingen

Hjælpemidler:

☐ Stok
☐ Rollator
☐ Gangstativ
☐ Tølerstol
☐ Kærestol
☐ Andet: _____

Egenomsorg

☐ At klare toiletbesøg

☐ At vaske mig og børste tænder

☐ At tage tøj af og på

☐ At hente mad og drikke og aflevere service ved madvognen

Hjælpemidler:

☐ Strømpepåtager
☐ Gribe tag
☐ Badebræk
☐ Andet: _____

Jeg har fået selvtræningsprogram og laver det:

☐ Morgen ☐ Middag ☐ Aften

DUI-skema

- Udfyldes efter terapeutisk vurdering
- Enten foretaget i FAM eller på afdelingen
- Forventningsafstemning med patienten
- Hænges op ved patientens seng
- Noteres på Cetrea
- Nævnes på daglige konferencer eller ved andre kollegiale kontakter

Deltagelsesfremme under indlæggelse

Patient: _____ Data: _____

Terapeut: _____

Aktiviteter, som jeg klarer selvstændigt og sikkert:

Bevægelse og færden

☐ At komme fra liggende i seng til stående og modsat

☐ At bevæge mig rundt i afdelingen




Hjælpemidler:

☐ Stok
☐ Rollator
☐ Gangstativ
☐ Talerstol
☐ Kørestol
☐ Andet: _____

Egenomsorg

☐ At klare toiletbesøg

☐ At vaske mig og børste tænder

☐ At tage tøj af og på

☐ At hente mad og drikke og aflevere service ved madvognen






Hjælpemidler:

☐ Strømpetåger
☐ Gribetag
☐ Badebænk
☐ Andet: _____

Jeg har fået **selvtræningsprogram** og laver det:

☐ Morgen ☐ Middag ☐ Aften

Hvad har vi erfaret?

“ *Fru Hansen er selv og sikkert gået til og fra toilet, skulle hun ikke have et DUI-skema? (HH, SSA)*

- Katalysator for kulturændring (tværprofessionelt) og har understøttet fælles:
 - Forståelse af betydning (vigtighed!) af indsatsen
 - Begrebsapparat
 - Klinisk opmærksomhed
- Startede bredt og ambitiøst → Endte simpelt og praksisnært med én indsats



Kollegainvolvering og lederbeslutning





patienten først OUH

Tak for opmærksomheden



Tobias Kaarsbo

Klinisk udviklingsfysioterapeut
Tobias.kaarsbo@rsyd.dk



Anne Bek Jellinghof

Klinisk udviklingsergoterapeut
Anne.Jellinghof@rsyd.dk