

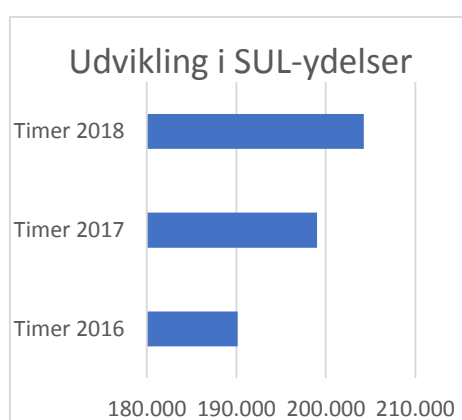
**Titel:** Rehabilitering af sundhedslovsindsatser som en integreret del af hjemmesygeplejen

**Projektstart:** 01.08.2019

**Projekt afslutning:** 31.07.2022

## Baggrund

Den demografiske udvikling i Danmark og herunder den store stigning i +80-årige og multisyge ældre (Bjørn, 2019) kræver optimering af, hvordan eksisterende ressourcer til pleje og behandling ifølge Sundhedsloven prioriteres generelt set og i Aalborg Kommune for at imødekomme en forventet stigende efterspørgsel. Som det fremgår af nedenstående figur 1. har Sundhedslovsydelser (SUL)-ydelser i Aalborg Kommune over de seneste år været stødt stigende.



Figur 1. Udvikling i Sundhedslovsindsatser

Stigningen skyldes ikke alene demografi, men også tilgang af flere borgere med komplekse pleje- og behandlingsbehov. Dette kan bl.a. tilskrives den generelle hurtigere udskrivelse fra sygehus og kommunernes bestræbelser på både opgaveoverdragelse og forebyggelse af forebyggelige (gen)indlæggelser.

Parallelt med den demografiske udvikling, er der en stigende rekrutteringsproblematik. Til løsning af denne problemstilling peger rapporten "Rekrutteringsindsatser 2017, De rigtige kompetencer nu og i fremtiden" på behovet for kreativ og innovativ udvikling af "kompetencekapacitet" (Region Sjælland, 2017). Det betyder samlet set, at der ikke alene bør fokuseres på rekruttering, men også på sikring af at der kapacitetsmæssigt er de rette kompetencer til stede til løsning af diverse sundhedsfaglige opgaver ved fx at dele eller flytte opgaver mellem faggrupper og funktioner.

Tilsammen danner dette afsæt for et stærkt incitament til nedenstående projekt om at udvikle og forbedre måden hvorpå Hjemmesygeplejen løser Sundhedslovsydelser (SUL). Mere konkret omhandler det, at der i samarbejde med borgerne og på et strategiske niveau, afdækkes og forsøkes i, hvordan rehabiliteringsstankegangen kan anvendes i det sygeplejefaglige felt omkring udøvelse af sundhedslovsydelser (SUL) på ældreområdet i kommunalt regi.

Rehabilitering skal nærmere forstås jfr. Hvidbog om Rehabilitering (Marselisborgcentret, Rehabilitering i Danmark, Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet, 2004), at borgerne kan (for)blive mest muligt selvhjulpne i længst mulig tid. En mere rehabiliterende tilgang i udførelsen af sygeplejefaglige SUL-ydelser i

hjemmesygeplejeregi forventes dermed både at forbedre borgernes livskvalitet og grad af selvhjulpethed, medarbejdernes arbejdsmiljø og at reducere det samlede personalemæssige og økonomiske pres på behov for kommunale SUL-ydelser.

I forbindelse med en analyse fra foråret 2019, bestilt fra konsulentfirmaet Rambøll til Aalborg Kommune, fremkommer især nogle kompetencemæssige udfordringer på det at arbejde rehabiliterende med SUL-ydelser. Rapporten påpeger at ikke alle borgere kan rehabiliteres, hvorfor tilgangen først og fremmest bør målrettes de borgere og forløb, hvor der identificeres et rehabiliteringspotentiale. Konkret på de indsatser der omhandler sårpleje og medicinadministration, som også er indsatser med det forholdsmæssige største tidsforbrug ift. øvrige hjemmesygepleje indsatser (48,9%), vurderes der et betydningsfuldt rehabiliteringspotentiale. Ved konkrete nedslag på hvordan medicinhåndtering og sårbehandling udføres, blev der både observeret fravær af en sygeplejefaglig opmærksomhed på borgernes potentiale i at kunne varetage hele eller dele af opgaverne selv og også fravær af oplærings-/træningsplaner ift. at gøre borgere mest mulig selvhjulpne. Dette stemmer overens med et af de centrale fund fra undersøgelsen, at hjemmesygeplejen finder det vanskeligt *"at finde deciderede kriterier for udvælgelse af borgere [red. til rehabilitering], "der udvises forsigtighed og tilbageholdenhed" og at der "ikke arbejdes systematisk med brug af planer og målsætninger"* (Rambøll, 2019, s. 6,8) .

Som del af arbejdet med udfærdigelsen af rapporten blev der afholdt en workshop. I den sammenhæng bliver det fremtrædende, at ideen med rehabilitering i hjemmesygeplejen på den ene side opleves som en omfattende ændring af hjemmesygeplejens mindset, svarende til "et paradigmeskifte" og på den anden side opleves som meningsfuldt, idet ideen matcher en investeringstankegang, hvor der i starten investeres ekstra ressourcer til oplæring af borgeren, men som på sigt giver besparelser på antal SUL-ydelser, når borgere bliver helt eller delvis selvhjulpne (Rambøll, 2019, s. 11-12).

Udviklingen af den rehabiliterende faglighed blandt hjemmesygeplejersker forventes både at forbedre repertoire af sygeplejefaglige kompetencer, øgning af kapacitet og kapabilitet, hvormed sygeplejerskers professionelle potentiale og produktivitet øges. Når fx sårpleje bliver til sår-rehabilitering, så forventes den rehabiliterende tilgang at mindske og forkorte borgers behov for sygeplejeydelser. Det vil dermed samtidig mindske den ressourcemæssige belastning på sårpleje på tværs af hjemmesygepleje og hjemmepleje og på bundlinjen også frigive sygeplejefaglige ressourcer til andre opgaver.

Nedenfor præsenteres eksisterende viden om rehabilitering af SUL-ydelser indhentet fra danske og internationale rapporter og forskning mhp. at dokumentere projektets relevans.

### **Eksisterende viden fra dansk kontekst**

Det har ikke været muligt fra dansk kontekst at finde relevant forskning, men alene muligt at finde rapporter om emnet. Som det fremgår nedenfor, er der både strukturelle, kulturelle og kompetencemæssige udfordringer med at integrere rehabilitering i hjemmesygeplejen i Danmark.

Strukturelle udfordringer. I en rapport fra KORA 2017, der gennemgår danske studier (og få skandinaviske) om sygeplejerskers rolle i rehabilitering på ældreområdet, beskrives udfordringer med at integrere sygeplejersker i det rehabiliterende arbejde. Dette relateres her til, at der lovgivningsmæssigt mangler en tydelig skelnen mellem hverdagsrehabilitering efter serviceloven (SEL) og rehabilitering efter sundhedsloven. Rapporten anbefaler, at sygeplejerskers rehabiliteringspotentiale målrettes borgere, der ikke visiteres til SEL §83a rehabiliteringsforløb, men borgere visiteret til SEL §83 hjemmehjælp. Hermed rettes fokus mod en borgergruppe, der *ikke* er den primære målgruppe for kommunens tilbud om hverdagsrehabilitering jfr. SEL §86 (Graff, 2017, s. 18).

Kompetencemæssige og kulturelle udfordringer. Fra en oversigtsrapport, der sammenfatter 24 danske studier om rehabilitering i Danmark, fremgår det at sygeplejersker kan have svært ved at se deres rolle i det rehabiliterende arbejde. Blandt andet fordi de ikke nødvendigvis ser rehabilitering som del af deres faglighed, eller fordi de opfatter hele rehabiliteringstanken som hjemmehørende i terapeutfagligheden. Der peges på, at sygeplejersker kan have tendens til at anvende en mere kompenserende i stedet for en rehabiliterende tilgang til borgerne i det daglige arbejde. Dette forklares blandt andet ud fra fagligheden, herunder at hjælp, støtte og at kompensere den svage borger, er et vigtigt aspekt af den faglige selvforståelse og for opgaveløsningen. (Sundhedsstyrelsen, 2017).

Forhindringer ift. at sygeplejersker ikke identificerer sig med en betydningsfuld rolle i det rehabiliterende arbejde, jfr. en rapport fra Socialstyrelsen (2013), kan også omhandle fravær af forståelsen, hvad der er god hjælp og støtte ud fra et produktivt perspektiv, oplevelser af bedreviddende eller at det kan virke forstyrrende at samarbejde tværfagligt med terapeuter om rehabiliteringsopgaven (Socialstyrelsen, 2013, s. 27). Rapporten beskriver endvidere, at *"Den sværeste og mest afgørende faktor i implementeringsprocessen er [...] at medarbejderne ændrer opfattelse af, hvad der er god pleje og omsorg, så det ikke længere anses som omsorgsfuldt at tilbyde hjælp og støtte til de dagligdags aktiviteter, som borgeren er i stand til at klare selv. Denne holdningsændring kan (først) opnås, når medarbejderne oplever, at borgerne har et positivt udbytte af at deltage i et rehabiliteringsforløb* (Socialstyrelsen, 2013, s. 8). Supplerende beskriver Graff (2017), at der ligger et potentiale til fremme af sygeplejerskernes bidrag til rehabiliteringsarbejdet når sygeplejerskers bevidsthed øges om, at rehabilitering kan være et væsentlig bidrag til sikring eller øgning af borgernes autonomi (Graff, 2017, s. 16).

Samlet set understøtter danske rapporter inkl. Aalborg Kommunes egen undersøgelse fra Rambøll, at der er potentiale for integrering af rehabilitering i hjemmesygeplejens praksis, men at der eksisterer både strukturelle, kulturelle og kompetencemæssige udfordringer.

### **Eksisterende viden fra udenlandsk litteratur**

Nedenfor præsenteres tilgængelig viden på internationalt niveau omkring sygeplejefaglig rehabilitering. Litteratursøgningen er foretaget juni 2019 og med anvendelse af kombinationen af de tre nøgleord 1) (kommunal)sygepleje, 2) rehabilitering og 3) resultater/treatment outcome. De systematiske søgninger er foretaget i databaserne Pubmed, Cinahl og Google Scholar samt "pearl growing" søgninger. Affødt af den før præsenterede viden fra dansk kontekst, kunne det være ønskeligt at indsamle international viden, til afhjælpning af hvordan rehabiliterende sygepleje organiseres i kommunalt regi og/eller hvordan rehabilitering metode- og procesmæssigt integreres i den sygeplejefaglige praksis. Det har ikke været muligt at finde relevant litteratur, der konkret omhandler disse aspekter. Dog eksisterer der litteratur, der ikke eksplicit omhandler rehabilitering, men hvori der som et centralt aspekt indgår den rehabiliterende tankegang om opnåelse af mest mulig selvhjulpethed i relation til sygeplejefaglige ydelser. Dette er i sig selv indikation på, at rehabilitering fortsat er et relativt nyt sygeplejefagligt område.

Der er flere studier, der indirekte matcher rehabiliteringstankegangen og hvor det sygeplejefaglige mål er, at borgere aktivt opnår færdigheder i "selv-rehabilitering". Disse indsatser omtales i stedet med anvendelse af begreber som fx: nurse-coaching (Tyrrell, Nurses as agents of change in the rehabilitation proces, 2016), self-management (Bennett, 2017), self-care intervention (Miaskowski, 2004), psykoeducations intervention, motivationsfremme (motivational enhancement and conditioning activity for leg function) (Kelechi, 2014), proaktiv sygepleje (Bleijenbergh, 2017) og/eller community nurse intervention (Edwards, 2005).

Fleere undersøgelser viser at sygeplejefaglig initieret rehabilitering, hvor patienter undervises af sygeplejersker i selv-håndtering til forskel fra fx "almindelig sygepleje", forbedrer patienternes

symptombillede (Tshiang, 2011) (Hunger, 2015). Mere konkret dokumenteres, hvordan det rehabiliterende afsæt kan bidrage til at mindske borgernes negative symptombillede. Fx reduktion af smerter, når borgere (med knogle-cancer) selv, via sygeplejefaglig psykoeducation, lærer at håndtere deres smertebehandling. Derved opnås bedre smertelindring og reduceret forbrug af opioid-analgetica (Miaskowski, 2004).

Andre eksempler, som drejer sig om sårheling, viser forbedret sårheling ved anvendelse af metoden Den Motiverende Samtale. Anvendelse af metoden resulterer både i at borgernes fysiske aktivitetsniveau øges, sårhelingen forbedres, smertepåvirkning reduceres og afledt deraf får borgere et øget funktionsniveau (Kelechi, 2014). Endnu et studie omhandlende sårpleje dokumenterer signifikant bedre sårheling (cronic venous leg ulcers), når sårplejen finder sted som et gruppebaseret sårplejetilbud, hvor ligestillede kan socialisere og sparre med hinanden (gruppebaseret sårpleje). Dette formodes at skyldes effekter fra sociale interaktioner herunder peer-support og muligheder for at erfaringsudveksle med flere forskellige sundhedsprofessionelle. Konceptet betragtes endvidere som mere befordrende for det at lære og forstå for den non-kompliente målgruppe (Edwards, 2005).

Fra et andet perspektiv, men som også har relevans for integrering af rehabilitering i hjemmesygeplejen, er der studier, der fokuserer på de relationelle forholds betydning for processen og resultatet af rehabiliteringsforløbene, herunder de ressourcer og vilkår som henholdsvis den fagprofessionelle og borgere bringer med ind i relationen omkring rehabiliteringsprocessen. I et Hollandsk RCT-studie undersøges, hvorvidt hjemmebesøg forbedrer svage ældres helbred. De når frem til det resultat, at hjemmebesøg i sig selv ikke nødvendigvis har effekt på selvvurderet helbred (Bouman, 2009).

Et andet studie undersøger hvordan man nærmere blandt +80-årige borgergrupper kan identificere dem, der opnår succesfuld respons på en proaktiv sygepleje intervention. Resultater af undersøgelsen viser, at de ældre, som profiterer bedst, er dem der samtidig er kendetegnet ved at have færreste komorbiditeter, og som også har et godt selvvurderet helbred (Bleijenbergh, 2017). Dette er en indikation på, at indsatser, når intentionen er, at alle indsatser skal være lige effektfulde, skal tilpasses og målrettes den enkelte borgers behov. Hvordan finder man så ud af, hvad der er den enkelte borgers behov?

I et New Zealandsk ph-d. studie undersøger Tyrrell (2012) brugerperspektivet på den sygeplejefaglige rehabiliteringsrolle i den tværfaglige rehabiliteringsindsats (for apoplexiramte borgere). Resultaterne fra denne undersøgelse viser, at de ældre patienter oplever, at sygeplejersker i det tværfaglige felt særligt bidrager med rollerne "*looking after*", "*stepping in*" og at de er dem der står for "*coaching independence*". Den mest værdifulde rolle for de ældre patienter, ifølge dette studie, er når sygeplejerskerne indtager rollen "*creating best fit relationships*" (Tyrrell, 2012, s. 71). Dette svarer til, som det også fremgår af et australsk studie (Tyrrell, 2016), at den sygeplejefaglige rolle især formår at fremme emotionel trivsel, hvilket samtidig udgør en vigtig støtte i recoveryprocessen for apoplexi-ramte (Tyrrell, Nurses as agents of change in the rehabilitation process, 2016).

Dette afsæt, at borgere forventer og værdsætter at sygeplejersker bidrager med emotionel trivsel og en god relation i rehabiliteringsarbejdet understøttes endvidere af diskussionspapiret "*Nurses as agents of change in the rehabilitation process*" (Tyrrell, Nurses as agents of change in the rehabilitation process, 2016)., men samtidig at det kan ikke stå alene, hvis der skal skabes forandring, der resulterer i at borgere bliver mere selvhjulpne. Artiklen, der tager udgangspunkt i to forudgående studier med både et sygeplejefagligt- og et brugerperspektiv på rehabilitering, diskuterer hvordan sygeplejersker i højere grad kan arbejde rehabiliterende samtidig med eksisterende faggrænser fastholdes. Der opstilles 3 nøgleaspekter for den sygeplejefaglige rehabilitering:

- 1) rehabilitering som et arbejde (borger som aktiv deltagende i egen rehabilitering)
- 2) sygeplejersker som forandringsagenter og
- 3) patient-professionel relationen som forandrings-hjulet.

Endnu et afgørende aspekt, ifølge Tyrrell (2016), for at rehabiliteringsprocessen kan lykkes og som er grundlæggende for fremme af motivation og håb hos borgere er, at sygeplejerollen forandres fra en lærerrolle til en mere coachene rolle (Tyrrell, Nurses as agents of change in the rehabilitation proces, 2016). Et aspekt i at indtage en coachene rolle viser sig når fagprofessionelle og herunder sygeplejersker formår at skræddersy undervisning/information, på basis af borgernes såkaldte health literacy (HL)-niveau. Dette styrker borgernes evne til at være aktive medspillere i behandling af deres egen sygdom (C. Brooks, 2019). HL defineres som " *The cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health*" (Nutbeam, 1998). Der findes ikke et tilsvarende dansk begreb, men overordnet set dækker begrebet over "individens evne til at tilegne sig og anvende sundhedsrelateret information", hvilket på dansk er forslået oversat til begrebet "sundhedskompetencer" (Madsen, 2009, s. 4,5).

Opsummerende bidrager disse ovenfor præsenterede internationale studier med viden om, at hjemmesygeplejen har en vigtig rolle i rehabiliteringsarbejdet. Der er dokumenteret effekt, når sygeplejersker udøver proaktive rehabiliterende indsatser, selvom de benævnes forskelligt idet indsatserne bliver mere produktive og borgere mere selvhjulpne. Samtidig er der artikler, der udtrykker det fortsatte rehabiliteringspotentiale i at udvikle den rehabiliterende sygeplejepraksis. Der er bl.a. behov for, hvilket inddragelse af HL også kan understøtte, at sygeplejersker indtager en mere proaktiv og coachene rolle - også i relation til de typiske hjemmesygeplejefaglige kerneopgaver såsom fx sårpleje og/eller medicinhåndtering og mhp. i større omfang at understøtte borgernes engagement i at udøve selv-rehabilitering.

Både nationalt og internationalt er der konsensus omkring, at sygeplejersker i hjemmesygepleje regi er en underudnyttet ressource i rehabiliteringssammenhæng. Der eksisterer dog ikke forskning eller udviklingsprojekter, der direkte formidler viden om, hvordan rehabilitering organisatorisk integreres i hjemmesygeplejens praksis og/eller hvordan hjemmesygeplejerskers mindset omkring rehabilitering øges. Samlet set understøtter ovenstående litteraturgennemgang behovet for generering af erfaring, viden og metoder, der både kan fremme identifikationen af potentialer og implementeringen af en rehabiliterende hjemmesygeplejepraksis i dansk kontekst.

## Tema

Her beskrives hvordan projektet forholder sig til puljens udpegede temaer. Projektet læner sig fortrinsvis op ad temaet "Forebyggelse- og rehabiliteringsindsatser". Projektet er primært et kvalitetsudviklingsprojekt, der tager afsæt i et evidensbaseret videnshul, rettet mod udvikling og forbedring af hele kommunens hjemmesygepleje og den rehabiliterende tilgang til især ældre borgere, borgere med kroniske sygdomme og herunder også multisygdom med behov for hjemmesygepleje.

Sekundært indeholder projektet også et indbygget forskningsprojekt. Et "projekt i projektet", som udover at bidrage med ny viden på området ift. både, hvordan rehabilitering processuelt kan integreres i hjemmesygeplejekontekst, også genererer viden om, hvilken effekt anvendelse af et HL screeningsredskab har på både sundhedsfaglige og sundhedsøkonomiske resultater af de rehabiliterende indsatser.

Med integrering af den rehabiliterende indsats indeholder projektet implicit også kapacitets- og kapabilitetsopbygning omkring udvidet borger- og pårørendeinddragelse med afsæt i udbygning af samarbejdet omkring "hjælp til selvhjælp". Med inddragelse af HL begrebet, som en bagvedliggende viden og strategi ift. kompetence- og kapacitetsopbygning i hjemmesygeplejen, skærpes det sygeplejefaglige fokus yderligere på stratificering af borgerne ift., hvem der har brug for hvilken slags rehabiliterende støtte ift. at kunne blive mest muligt og hurtigst muligt selvhjulpne. Dermed har projektet et implicit naturligt fokus på både øget bruger-pårørende inddragelse og også reduktion i ulighed i sundhed, idet der opbygges en skærpet opmærksomhed på, at indsatser skal tilpasses individuelle borgerhensyn.

Endelig kan projektet betragtes som kapabilitetsopbyggende ift. hjemmesygeplejerskers involvering i tværfagligt samarbejde med øvrige faggrupper, der arbejder rehabiliterende. I sig selv er projektets forbedringsfokus overvejende rettet monofagligt mod hjemmesygeplejegruppen. Når integrering af rehabilitering i hjemmesygeplejen er udviklet med opnåelse af nye rehabiliterende færdigheder, vil det forventeligt bidrage til et styrket fundament ift. at hjemmesygeplejen med høj kvalitet kan indgå i tværfagligt samarbejde omkring borgernes rehabiliteringsforløb med andre faggrupper internt og tværsektorielt.

## Formål og succeskriterier

### Formål

Projektets overordnede formål er at udvikle og implementere en systematisk og rehabiliterende tilgang til SUL-indsatser i hjemmesygepleje regi. Formålet er herunder også at opbygge viden og organisatorisk kapabilitet i relation til rehabilitering af SUL-indsatser i tæt samarbejde med borgere og øvrige aktører i det nære sundhedsvæsen.

Til indfrielse af projektets formål, opstilles følgende ikke-prioriterede delmål:

1. at opbygge viden, kompetencer og kapabilitet i hjemmesygeplejen til at arbejde rehabiliterende med SUL-indsatser
2. at udvikle og afprøve forskellige rehabiliterings-"pakkeløsninger" til løsning af SUL-indsatser i tæt samarbejde mellem hjemmesygeplejen og borgerne
3. at afprøve screeningsværktøjer mhp. vurdering af borgernes HL niveau for efterfølgende at skræddersy individuelt tilpassede rehabiliterings-pakkeløsninger til opnåelse af et effektivt rehabiliteringsforløb (forskningsprojektet)
4. at opnå viden om borgernes oplevelse af at indgå i de rehabiliterende forløb
5. at opnå viden om de sundhedsøkonomiske konsekvenser/den sundhedsøkonomiske effekt ved implementering af den rehabiliterende tilgang i hjemmesygeplejen

### Succeskriterier

Det gennemgribende succeskriterie er, at projektet, med afsæt i udvikling og gennemførelse af et rehabiliterende *mind-set* i hjemmesygeplejen, danner baggrund for, at der sker en reduktion i specifikke SUL-indsatser leveret af hjemmesygeplejen, forbedrer borgernes udbytte af hjemmesygeplejen og samtidig giver mening blandt sygeplejerskerne.

Succeskriterierne er:

1. Reduktion i specifikke SUL ydelser i hjemmesygeplejen.

- a. Der måles kvantitativt med før-efter målinger på antal SUL-ydelser. Data trækkes fra omsorgssystemet CURA. Der forventes en reduktion på 30-50% ved projektets afslutning
2. At sygeplejerskerne anvender deres nytilegnede kompetencer og igangsætter, evaluerer og afslutter rehabiliterende forløb og pakkeforløb.
  - a. Der måles kvantitativt på antal igangsatte og afsluttede rehabiliteringsforløb. Data trækkes fra omsorgssystemet CURA.
  - b. Der afvikles løbende kvalitative auditerings-seancer. Auditering anvendes her, som systematisk og forbedringsorienteret kvalitets- og evalueringsmetode mhp. dels at styrke læring og implementeringen af "de rehabiliterende pakkeforløb" og dels at opdage nye potentialer i integrering af rehabiliterings praksisser
  - c. Til sikring af mest mulig tilfredshed blandt sygeplejerskerne udføres 3 tidsforskudte kvalitative undersøgelser af oplevelser ved at integrere rehabilitering og mhp. at inddrage denne viden til videreudvikling af den rehabiliterende praksis
3. Tilfredshed og meningsfuldhed blandt borgerne.
  - a. Der måles vha. 3 tidsforskudte kvalitative undersøgelser af borger og pårørende tilfredshed indenfor de første 2 år af projektforsløbet mhp. inddragelse af denne viden til videreudvikling af den rehabiliterende indsats

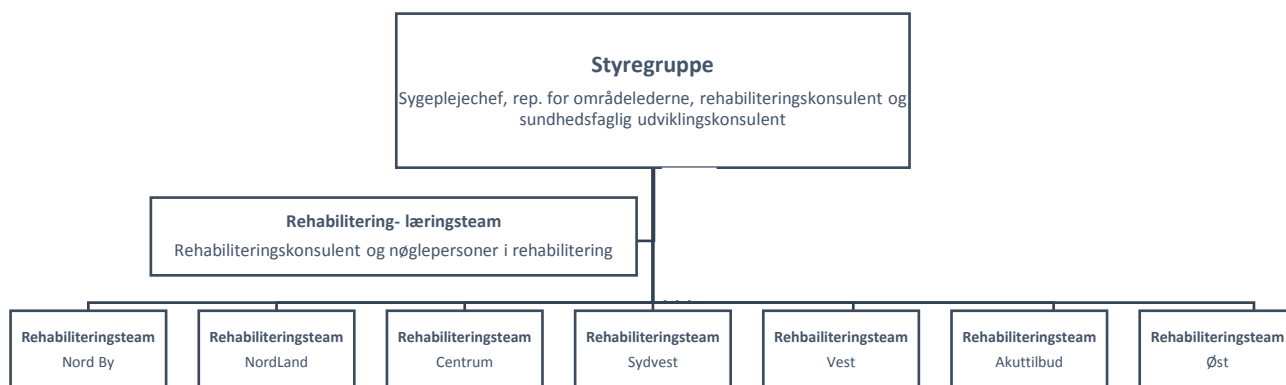
### **Organisering og målgrupper**

Projektet retter sig både mod borgere med behov for sygeplejefaglige SUL-ydelser og hele hjemmesygeplejen i Aalborg Kommune incl. ledere. Alle ansatte i hjemmesygeplejen inddrages og rehabiliteringsprojektet organiseres med følgende centrale funktioner i projektet:

1. Rehabiliterende udviklingskonsulent. Lærings- og sparringspartner til ledelsen og nøglepersoner. Er i samarbejde med sygeplejechef med-ansvarlig for fremdrift, monitorering og læring i og af rehabiliteringsindsatsen i hele Hjemmesygeplejen. Rehabiliteringskonsulenten er samtidig ansvarlig for at facilitere forandrings- og læreprocesser lokalt i Hjemmesygeplejen. Dette bl.a. qua deltagelse i lokale rehabiliteringsteams.
2. Nøglepersoner i rehabilitering. Der udpeges en sygeplejerske i hvert sygeplejeområde som arbejder målrettet med at udvikle, udføre, monitorere og vedligeholde den rehabiliterende indsats. Det overordnede formål med nøglepersonsrollen er, at nøglepersonen bidrager til udvikling og forankring af rehabiliteringskompetencer blandt kolleger og bidrager til udvikling og kvalitet i den rehabiliterende indsats. Dette sker gennem målrettet udøvelse af rehabiliterende sygepleje i praksis og gennem praksisnære læringsaktiviteter, som kolleger og samarbejdspartnere involveres i.
3. Lokale rehabiliteringsteams i hvert område: Et rehabiliteringsteam består af: Områdeleder, rehabiliteringskonsulent, nøgleperson og evt. medarbejder repræsentant. Formålet med de lokale rehabiliteringsteams er at forankre indsatsen lokalt og sikre løbende fremdrift og læring i en lokal kontekst.

Til forankring af den rehabiliterende indsats organiseres projektet med en styregruppe og lokale rehabiliteringsteams i de respektive 7 sygepleje områder. Styregruppen består af Sygeplejechefen i Aalborg Kommune, en udvalgt områdesygeplejerske, rehabiliteringskonsulenten og den sundhedsfaglige udviklingskonsulent. Styregruppen skal monitorere, evaluere og tilpasse den rehabiliterende indsats, således de ønskede succeskriterier opfyldes.

De lokale implementeringsteams består af den lokale leder, nøglepersonen og rehabiliteringskonsulenten. Det er deres ansvar at monitorere og skabe fremdrift i rehabiliteringen lokalt, ligeledes skal de stå for lokal læring og evaluering af rehabiliteringen i deres område.



Figur 2. Organisering af rehabiliteringsindsatsen i Hjemmesygeplejen.

### Borgergruppen

Borgergruppen bliver, som vanlig praksis i kommunen, visiteret til at modtage § 138 SUL-indsatser enten via sygehuset og kommunens udskrivningsenhed eller via hjemmeplejen eller træningsenheden. Projektet tager afsæt i, at der i 2018 var ca. 5200 unikke borgere, der modtog hjemmesygepleje. Ikke alle borgere vurderes, at kunne inddrages i et rehabiliteringsforløb.

### Hjemmesygeplejegruppen

Projektet målrettes alle ledere og sygeplejersker ansat i hjemmesygeplejen. Det udgør mere konkret 1 chef, 7 områdeledere, 7 assisterende områdeledere og ca. 300 hjemmesygeplejersker.

## Aktivitets- og tidsplan

Afsnittet præsenterer de forskellige faser i projektforsløbet incl. angivelse af periode, aktiviteter og milepæle.

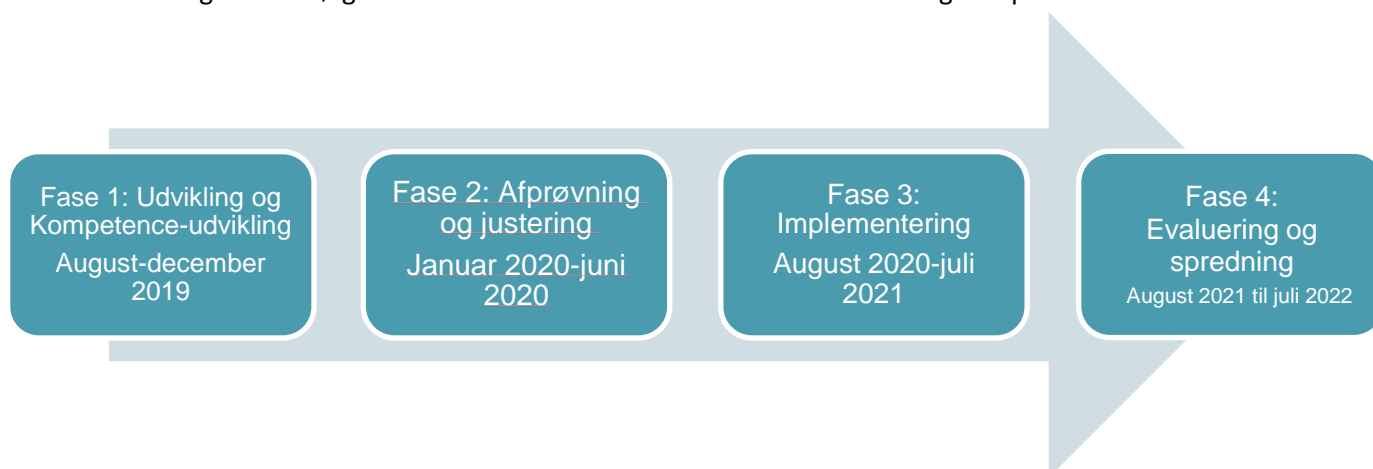
Projektet er samlet set et 3-årigt projekt, som igangsættes august 2019 og forventes afsluttet juli 2022.

Projektet består af to overordnede interventioner:

1. udvikling af sygeplejens rehabiliterende kompetencer og implementering af rehabiliteringspakkeforløb, samt
2. afprøvning af HL-screeningsværktøjer målrettet rehabilitering



Interventionerne udvikles og gennemføres i sammenhæng og forventes samlet at bidrage til opnåelse af projektets overordnede formål. Projektet inddeles i 4 faser. Faserne og det tidsmæssige forløb fremgår af nedenstående figur. Efterfølgende beskrives de 4 faser incl. hovedaktiviteter og milepæle. I afsnittet



”Projektets fremgangsmåde” beskrives projektets centrale aktiviteter nærmere.

### **Fase 1: Udvikling og kompetenceudvikling -efteråret 2019**

Aktiviteter: Projektet indledes med afvikling af temadage, hvor alle medarbejdere og ledere i sygeplejen deltager. I alt afholdes ca. 25 temadage. Temadagene afvikles, som interne deltagerinvolverende læringsaktiviteter, hvor viden om rehabilitering og HL er fokus, kombineret med workshops hvor deltagerne bidrager til udvikling af de rehabiliterende pakkeforløb og HL-værktøjer. UCN bidrager til afviklingen af temadagene i form af undervisning om HL og workshops vedr. udvikling af HL-værktøjer. Der ansættes en rehabiliterende udviklingskonsulent i oktober 2019, som sammen med Sygeplejeforfatteren er ansvarlig for projektets overordnede fremdrift.

Milepæle: Alle ledere og sygeplejersker har fået tilegnet viden om rehabiliteringstankegangen. Alle hjemmesygeplejersker har deltaget i temadage/workshops. De har både tilegnet sig kompetencer ift. rehabilitering, har givet input til den videre udvikling af hvordan rehabilitering og HL kan integreres og har kompetencer på basalt niveau til at transformere egen vante praksis omkring fx sårpleje og/eller medicinadministration til en mere rehabiliterende sygeplejepsiksis

### **Fase 2: Afprøvning og justering – foråret 2020**

Aktiviteter: Rehabiliteringspakker (målrettede redskaber til planlægning og gennemførsel af rehabiliteringsforløb af specifikke SUL-indsatser) afprøves i praksis og justeres løbende mhp. at udvikle generiske modeller, som kan tilpasses borgernes behov og som samtidig er meningsfulde for sygeplejerskerne at anvende. Der udpeges og ansættes 1 nøgleperson i rehabilitering pr. område, som sammen med den lokale ledelse og rehabiliteringskonsulent sikrer lokal fremdrift, læring og løbende evaluering under anvendelse af forskellige læringsaktiviteter, bl.a. lærings- og forbedringsorienteret auditering i praksis.

HL- værktøjer afprøves i 2 områder i forbindelse med et RCT-studie, der igangsættes i fase 3, i to afgrænsede sygeplejeområder og justeres i tæt samarbejde med sygeplejersker og borgere. UCN er ansvarlig for udvikling og fremdrift.

Milepæle: At alle sygeplejeområder anvender og gør sig erfaringer med rehabiliteringspakkerne. At der er etableret rehabiliteringsteams i alle 7 områder.

### **Fase 3: Implementering -efteråret 2020 og foråret 2021**

Aktiviteter: Rehabiliteringspakkerne, som nu er veludviklede, spredes og implementeres i alle sygeplejeområder. Der evalueres kvantitativt og kvalitativt på implementeringsgraden, læring og effekt med et forbedringsorienteret sigte. Der udføres en kvalitativ undersøgelse af brugertilfredshed. RCT-studiet med inklusion af henholdsvis 100 borgere i interventionsgruppen og 100 borgere i kontrolgruppen indenfor 2 sygeplejeområder ift. afprøvning af hvilken effekt den HL-specifikke screeningsmetode har effekt på rehabiliteringsresultatet.

Milepæle: Rehabiliteringspakkerne anvendes konsekvent i alle sygeplejeområder. RCT-studiet er igangsat med tilfredsstillende antal borgere inkluderet og sygeplejersker, der er klædt på til udførelsen af RCT-interventionen i praksis.

### **Fase 4: Evaluering og spredning -efteråret 2021 og foråret 2022**

Aktiviteter: Der evalueres kvantitativt og kvalitativt jf. projektets succeskriterier. Med afsæt i denne læring forankres de rehabiliteringspakkeforløb, som er effektfulde, meningsfulde for både borgere og sygeplejersker samt sundhedsøkonomisk hensigtsmæssige. Der evalueres jf. RCT-studiet på effekten af HL-værktøjerne.

Milepæle: Med afsæt i resultater fra RCT-studiet og forudsat positiv effekt, spredes den nyudviklede HL-intervention til samtlige sygeplejeområder, så frem dette vurderes givtigt, effektfuldt og meningsfuldt sundhedsøkonomisk og for borgere og sygeplejersker.

### **Dataindsamling -opskalering og monitorerings setup**

Parallelt med afvikling af de 4 faser inddrages konsulentfirmaet Rambøll med primært ansvar for:

- 1) at etablere set-up for dataindsamling mhp løbende vurdering af potentiale for opskalering
- 2) at dataindsamle og udvikle analyser
- 3) at følge op på resultater incl. sparring med ledelse og centrale nøglepersoner
- 4) udvikle monitorerings set-up mhp generering af ledelsesinformation

## **Kortfattet projektbeskrivelse**

*(OBS Der er krav om både kort version: max 1000 tegn m mellemrum og lang version 12.000 tegn m mellemrum)*

-OBS forfattes først umiddelbart inden projektansøgningen sendes til KL.

## **Projektets fremgangsmåde**

Nedenfor beskrives projektets fremgangsmåde. Afsnittet skal ses som supplement til beskrivelserne af de respektive faser under afsnit "Aktivitets- og tidsplan".

### **Fase 1 -Kompetenceudvikling**

Med det dobbelte formål både at udvikle ledelsens og hjemmesygeplejerskernes viden og kompetencer i relation til den rehabiliterende tilgang og samtidig at bruge ledelsens og hjemmesygeplejerskernes omfattende viden og erfaring med at samarbejde med borger-målgruppen, anvendes denne fase til både at

igangsætte rehabiliterende sygepleje i praksis og at igangsætte planlægning og udvikling af prøvehandlinger rettet mod omsætning af HL teori til praksis målrettet hjemmesygeplejen.

Konkret afholdes der 2 temadage for alle i ledelsen og 14 kombinerede undervisningsdage og workshops for alle hjemmesygeplejersker. Efterfølgende igangsættes implementeringsaktiviteter i alle områder med støtte fra rehabiliteringskonsulent og en udviklingskonsulent tilknyttet hjemmesygeplejen.

UCN deltager med underviser/forsker i workshoppen dels mhp. kompetenceudvikling og dels mhp. indhentning af viden fra hjemmesygeplejen til udvikling af HL orienteret redskaber, der kan understøtte den rehabiliterende sygepleje i praksis. Til opbygning af hjemmesygeplejens kapabilitet omkring viden om rehabilitering og måder at screene borgernes rehabiliteringspotentiale, delmål 1 og 3, inddrages HL begrebet. Begrebet indgår både som teori og metode.

Udover deltagelse i udviklingsarbejdet og kapabilitetsopbygningsprocessen er UCN den primært udførende del af forskningsprojektet. Forskningsprojektets formål er at identificere borgeres individuelle niveau af HL, og på baggrund af dette differentiere hjemmesygeplejen og gøre den mere tilpasset og individualiseret til den enkelte borger.

Under fase 1 planlægges, udvikles og implementeres rehabiliteringsmodeller (model 1 og 2) og rehabiliteringspakker. Nedenfor beskrives nærmere hvordan rehabiliteringsmodellen og rehabiliteringspakker udfoldes i projektet.

### Rehabiliteringsmodeller

#### Model 1.: Fleksibelt standard rehabiliteringsforløb

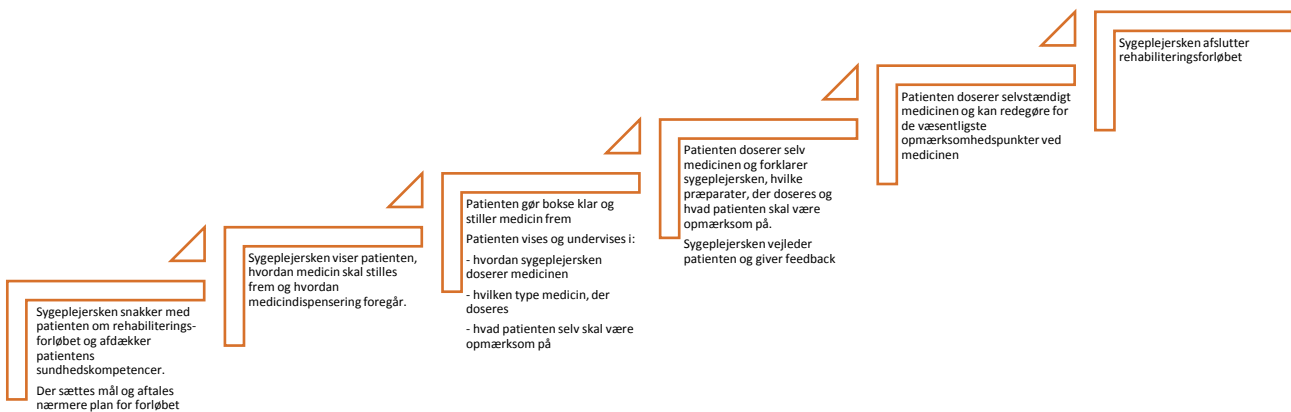
- Den lokale hjemmesygepleje udreder patient og planlægger rehabiliteringsforløb i samarbejde med patient, pårørende og sygeplejerske/r i sygeplejeområdet
- Med afsæt i 3-5 standardindsatser igangsættes et tidsafgrænset fleksible pakkeforløb (Medicindispensering, sårpleje, sondemad etc.)
- Sygeplejersker i distriktet gennemfører rehabiliteringsforløb sammen med patient og pårørende
- Der evalueres løbende og nøgleperson afslutter forløb i samarbejde med patient, pårørende og sygeplejersker i distriktet
- Patientens egen læge orienteres

#### Model 2: Individuelt tværfagligt rehabiliteringsforløb

- Hjemmesygeplejersken vurderer i samarbejde med nøgleperson i rehabilitering, at der er behov for en tværfaglig indsats, hvis rehabilitering skal lykkes. Model 1 (et fleksibelt standard rehabiliteringsforløb) er måske forsøgt.
- Nøglepersonen indkalder relevante tværfaglige samarbejdspartnere til en rehabiliteringskonference, f.eks: sygeplejersker fra distriktet, medarbejdere fra hjemmeplejen, terapeuter fra træningsområdet. Evt. deltager borger og pårørende. Formålet med rehabiliteringskonferencen er, at afdække patientens sundhedskompetencer, ressourcer, udfordringer og mulige tværfaglige målrettede rehabiliteringstiltag
- Nøglepersonen igangsætter en rehabiliteringsindsats eller planlægger, hvem der løser den givne SUL indsats efter LEON princippet.

## Rehabiliteringspakker

En rehabiliteringspakke er et målrettet redskab til planlægning og gennemførelse af rehabiliteringsforløb af specifikke SUL-indsatser. En rehabiliteringspakke kan omhandle de forskellige handlingstrin, som sygeplejerske samarbejder med borger om at gennemføre og mhp, at borger bliver mest mulig selvhjulpent. Rehabiliteringsforløbet kan fx omhandle sårpleje eller medicindispensering. Der forventes udvikling af 3-5 rehabiliteringspakker. Et eksempel på en rehabiliteringspakke er illustreret nedenfor. Eksemplet omhandler medicindispensering:



## Health Literacy

HL spiller en vigtig rolle ift. rehabilitering og danner baggrund for det individuelle rehabiliteringspotentiale (C. Brooks, 2019). Ideen med inddragelse af HL tager afsæt i forståelsen, at borgere kan have forskelligartede evner og niveauer i, at kunne håndtere egne helbredsrelaterede problemstillinger, der sikrer størst mulig grad af sundhedsrelateret selvhjulpent. Dette skal ses i lyset af, at sundhedsvæsenet bliver mere kompliceret og at individet og herunder også ældre i større og større omfang afkræves ikke "kun at blive rask, men også at forblive sund og dermed være en aktiv deltager" (Madsen, 2009, s. 10).

At hjemmesygeplejersker bliver opmærksomme på, at borgere er forskellige i relation til rehabiliteringspotentialet, har en væsentlig betydning ift. om borgere formår eller skal have særlig støtte til at forstå, bearbejde og tage initiativ til aktivt at følge instrukser og gode råd. Alternativt forhindres både den enkelte borger i at få det fulde udbytte af sundhedsvæsenets tilbud og samfundsøkonomisk bruges de sygeplejefaglige ressourcer formodentlig ej heller optimalt (Madsen, 2009, s. 16-17). Især blandt den ældre befolkning er der en høj forekomst af lavt HL-niveau (LHL). LHL kommer nærmere til udtryk ved begrænset kapacitet til at opnå, bearbejde og forstå basale sundhedsrelaterede informationer og instruktioner mhp. at kunne lave hensigtsmæssige sundhedsrelaterede beslutninger (R. Sudore, 2009).

Identifikation af HL-niveauet sker på baggrund af HL-screeningsredskabet DS-TOFHLA (C. Brooks, 2019) og forventes at give mulighed for at yde skræddersyet rehabiliterende sygepleje. HL operationaliseres til 3 niveauer mhp. anskueliggørelse af forskellige sundhedskompetenceniveauer og grader af passiv-aktiv patientrolle:

- Funktionel health literacy -passiv rolle
- Interaktiv health literacy -aktiv rolle
- Kritisk health literacy -pro-aktiv rolle (Madsen, 2009, s. 13)

Disse 3 sundhedskompetenceniveauer indgår i det føromtalt screeningsværktøj mhp. måling af borgernes HL færdighedsniveau. Redskabet introduceres både som del af kompetenceopbygning af hjemmesygeplejerskernes rehabiliteringsfærdigheder i fase 1 og som del af at kvalificere forskningsprojektet med praksisnært data (fra workshop) i fase 3. Dermed udvikles redskabet til et interventionsmæssigt formål i hjemmesygeplejekontekst og netop med afsæt i formodningen, at en HL screening kvalificerer hjemmesygeplejerskernes kompetencer yderligere til en kombineret systematisk og individuelt-tilpasset rehabiliterende indsats.

### **Fase 2 -Afprøvningsfasen: januar -juni 2020**

Det overordnede formål med denne fase er ved hjælp af forbedringsmetoden, at afprøve, udvikle, teste og implementere effektive rehabiliteringspraksisser, som både vurderes at have positiv effekt for borger, hjemmesygeplejersker og økonomi.

I samarbejde med UCN udvikles en intervention målrettet arbejdet med at afdække patienternes/borgernes HL niveau og betydningen af at arbejde rehabiliterende med dette som afsæt. Denne intervention testes i 2 af hjemmesygeplejens i alt 7 distrikter (Centrum og Vest).

I de øvrige 5 distrikter videreudvikles den rehabiliterende indsats med afsæt i småskalatests, audits, kvalitative undersøgelser af brugertilfredshed og opgørelser over udviklingen i sygeplejefaglige SUL-ydelser med særligt fokus på bl.a. sårpleje, medicinhåndtering og blodtryksmålinger.

Hjemmesygeplejen vil sideløbende med ovenstående udvikle, teste og implementere målrettede redskaber til rehabilitering af udvalgte og konkrete SUL-ydelser.

### **Fase 3: Implementeringsfasen: august 2020 -juli 2021**

Implementeringsfasen har 2 formål:

- 1) At implementere og forske i effekten af anvendelsen af det udviklede HL arbejdsredskab. Et RCT-studie der forventes at bidrage med viden om, hvorvidt rehabiliteringsindsatsen forbedres, når den baseres på at afsæt funderet i HL teori
- 2) At sprede og implementere de nyudviklede praksisser, som er udviklet i den foregående afprøvningsfase, til alle øvrige områder

Implementering af rehabilitering i hjemmesygeplejen gennemføres i tæt samarbejde med Myndighedsafdelingen i Ældre- og Handicapforvaltningen. Formålet hermed er at lære af Myndighedsafdelingens erfaringer med rehabilitering af Servicelovsindsatser samt at skabe sammenhæng i forvaltningens samlede rehabiliterings-indsats.

Endvidere ønskes den sygeplejefaglige indsats også koordineret og synkroniseret med Ældre- og Sundhedsafdelingen øvrige og samlede indsatser som fx opgaveoverdragelse og systematisk anvendelse af PRO-data (patient-rapporterede oplysninger).

### **Fase 4: Evaluerings og spredningsfasen: August 2021-august 2022**

Med afsæt i resultater fra de foregående faser, er denne fases formål, at sikre spredning af viden om rehabilitering af SUL-indsatser i hjemmesygeplejen, "den gode implementeringsproces" og den gode rehabiliteringsindsats. Dels internt i Aalborg Kommune til de hjemmesygeplejegrupper, der ikke deltog i HL forskningsprojektet og dels som skriftlig formidling -se afsnit om formidling.

## Kriterier

*Hvordan opfylder projektet et eller flere af delkriterierne*

Projektet forventes at få stor relevans for borgere, der med den rehabiliterende indsats, i højere grad end hidtil, forventes at kunne (gen)blive selvhjulpne eller at være mindre afhængige af kommunal hjemmesygepleje. Dermed kan borgerne også i højere grad bevare sin integritet og uafhængighed af andres hjælp. En forbedring, der implicit også er en forbedring af den kommunale praksis. Forbedringen baseres på en evidensbaseret metodetilgang med anvendelse af forbedringsmetoden og forventes dermed, sammen med resultaterne fra det UCN-initierede RCT-studie, at kunne bidrage med ny viden i dansk og international kontekst ift metoder og effektive resultater ved integrering af rehabilitering i den kommunale hjemmesygeplejefaglige praksis.

### **Medansøgere:**

UCN

### Formidling:

*Hvordan foregår videreformidling og videndeling af indhold og resultater?*

Den skriftlige formidling relaterer sig både til formidling af projektets resultater til KL og Sundhedskartellet og til relevante tidsskrifter ift. de forskningsmæssige resultater fra RCT-studiet – både med afsæt i de faglige og sundhedsøkonomiske perspektiver.

Mere konkret forventes projektet at kunne formidle ny viden, både i dansk og international kontekst, omkring:

- 1) Hvilke erfaringer har vi gjort os ift at opbygge kapacitet og kapabilitet og hvilke oplevelser har borgerne ved at indgå i sygeplejefaglige rehabiliteringsforløb
- 2) Hvilke borgergrupper og hvilke sygeplejefaglige indsatser i kommunalt regi indenfor hjemmesygeplejeområdet, der egner sig til rehabiliterende hjemmesygepleje.
- 3) Hvordan health literacy begrebet egner sig til fremme af den rehabiliterende tilgang af SUL-indsatser i hjemmesygeplejen
- 4) Hvordan der metodisk kan arbejdes med integrering af rehabilitering indenfor den sygeplejefaglige profession vha. rehabiliteringspakker
- 5) Den sundhedsøkonomiske effekt af en styrket rehabiliteringsindsats i hjemmesygeplejen målrettet SUL

Udover at fremsende en artikel om projektets resultater til KL og SHK er intentionerne også at byde ind med oplæg på både KL's Ældre og Sundhedskonferencer, 6- by samarbejdet, Region Nordjyllands Sygeplejesymposie og at tilbyde undervisning på sygeplejerskeuddannelsen, den borgernære specialuddannelse samt formidling til Danske Regioner (mhp at udvide samarbejdet og forbedre overgangene, så rehabiliteringen på lang sigt også igangsættes i sygehusregi.

Til udbredelse af erfaringer og viden fra integrering af rehabilitering i den sygeplejefaglige praksis i dansk kontekst udarbejdes en artikel til Fag og Forskning i tidsskriftet Sygeplejersken. Endelig forventes samarbejde med UCN om udarbejdelse af 2-3 artikler fra forskningsprojektet i relevante internationale peer reviewed tidsskrifter.

## Evalueringsaktiviteter

Beskriv konkret hvordan det vurderes, at projektets succeskriterier er opnået ved projektafslutningen og hvilke parametre/effekter, projektet evalueres på.

Som beskrevet under afsnittet om succeskriterier, indgår der forskellige former for evalueringsaktiviteter undervejs i de respektive faser. Evaluering indtænkes således både som et udviklingsorienteret redskab og som en metode til at opnå processuelle forbedringer og som et redskab til at evaluere projektets betydning samlet set. Der indgår følgende evalueringsaktiviteter:

- Før-efter målinger på antal SUL ydelser i hjemmesygeplejen. Disse målinger udføres både i 2020, 2021 og 2022. Disse data indhentes v.hj.a.??
- Optælling af udviklingen i antal rehabiliterende forløb. Data hentes fra CURA
- Kvalitative auditerings-seancer. Auditering anvendes især i fase 2 og 3 som processuelle evalueringer og en central del af lærings- og udviklingsaktiviteter.
- Kvalitative undersøgelser – enten interviews eller fokusgruppeinterviews- med fokus på både tilfredshed og inspiration til udviklingstiltag fra både borgere (evt. pårørende) og sygeplejersker. Formålet er både at udføre processuelle evalueringer og evalueringer ift. rehabiliterende sygepleje overordnet set.

## Budgetposter

Nedenfor angives de respektive udgiftsposter. Tekst med rødt, indikerer, at det er Aalborg Kommunes egenfinansiering. Der søges om i alt kr. 2.394.400 fra KL puljen.

Aktiviteter	Information	2019	2020	2021	2022	I alt
Rehabiliteringskonsulent/projektleder -	50% af 2 årig 37 timers ansættelse	76.500	311.500	250.000		638.000
Sygeplejefaglige ledere	14 stk. 4x en halv dag, 2 i 19 og 2 i 20	58.800	58.800			117.600
Sygeplejefaglige nøglepersoner -1 pr område, 1 dag om ugen (temadage, kompetenceudvikling, læringsaktiviteter i praksis, indsamling af data og forberedelse).	Tillæg for funktionen 1. dag pr. uge i perioden 2020-2022. 2,5 år (7 personer)		43.400	43.400	21.700	108.500
Sygeplejefaglige nøglepersoner (timeforbrug)-1 pr område, 1 dag om ugen (kompetenceudvikling, læringsaktiviteter i praksis, indsamling af data og forberedelse).	7 personer en dag pr. uge i 2,5 år (timeforbrug)		1.223.040	282.240	141.120	1.646.400
Sygeplejersker (alle)	En hel temadag	168.000				168.000
Egenfinansiering - Sygeplejersker: deltager i pilottest afprøvninger i - småskala + forår2020	Efterårskur en hel dag. Småskalatest 4 sygeplejersker 1 time pr. uge juni-dec 2019 . Pilottest -lokale læringsaktiviteter i vest og centrum 15 timer pr. sygeplejerske i 2020. Spredning i alle 7 områder - 12 timer pr. sygeplejerske 2022	57.600	612.000		2.184.000	2.853.600
Materiale- Pjeceudvikling - actionscart			5.000	5.000		10.000
Afvikling af undervisning/workshops (Undervisningslokaler, intern underviserhonorar,forplejning)	19,5 undervisningsdage fordelt med 3,5 dage til ledere, 2 dage til nøglefunktioner og 14 dage til medarbejdere				112.378	112.378
Ekstern revision					15.000	15.000
Administrationsomkostninger		5.000	5.000	5.000	5.000	20.000
Rambøll konsulent	Udvikling af dataindsamlings/moniterings-setup mv.	55.000	55.000	55.000	55.000	220.000
Underviserhonorar UCN		65.000				65.000
I alt		485.900	2.313.740	640.640	2.534.198	5.974.478
Heraf egenfinansiering		339.400	769.200	98.400	2.373.078	3.580.078
Ansøgning til KL pulje		146.500	1.544.540	542.240	161.120	2.394.400

**Detaljerede budgetoplysninger for det ansøgt beløb** (Kategoriser gerne udgifterne i fx løn, udstyr, uddannelse, eksterne konsulenter m.v.)

**Tekst om budgettet -detaljerede oplysninger om budgettet udfærdiges umiddelbart før ansøgningsfrist**

## Referencer

- Bennett, M. (2017). Self-management toolkit and delivery strategy for end-of-life pain: the mixed-methods feasibility study. *Health Technology Assessment*.
- Bjørn, N. H. (2019). *Demografiske udfordringer frem til*. KL.
- Bleijenberg, N. (2017). Patient Characteristics Associated With a Successful Response to Nurse-Led Care Programs Targeting the Oldest-Old: A comparison of Two RCTs. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*.
- Bouman, A. (2009). Effects of a home visiting program for older people with poor health status: a randomized, clinical trial in The Netherlands. *Ned Tidschr Geneeskd*.
- C. Brooks, C. B. (2019). Nursing and allied health Professionals' views about using health literacy screening tools and a universal precautions approach to communication with older adults: a qualitative study.
- Edwards, H. (2005). Improved healing rates for chronic venous leg ulcers: pilot study results from a randomized controlled trial of a community nursing intervention. *International Journal of Nursing Practice*.
- Graff, K. o. (2017). *Sygeplejerskernes rolle i rehabilitering i ældreplejen*.
- Hunger, M. (2015). Does nurse-based case management for aged myocardial infarction patients improve risk factors, physical functioning and mental health? The KORINNA trial. *European Journal Prev Cardiol*.
- Kelechi, T. (2014). The effect of a nurse-directed intervention to reduce pain and improve behavioral and physical outcomes in patients with critically colonized/infected chronic leg ulcers. . *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*.
- KL. (Version 1.6). *Fælles Sprog III, Guide til borgers funktionsevnetilstande*.
- KR Waters, K. L. (1996). Staff perspectives on the role of the nurse in rehabilitation wards for elderly people. *Journal of clinical nursing*.
- Madsen, M. H. (2009). *Health Literacy, Begrebet, konsekvenser og mulige interventioner*. Sundhedsstyrelsen.
- Marselisborgcentret. (2004). *Rehabilitering i Danmark - Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*.
- Marselisborgcentret. (2004). *Rehabilitering i Danmark, Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*.
- Miaskowski, C. (2004). Randomized clinical trial of the effectiveness of a self-care intervention to improve cancer pain management. *Journal of Clinical Oncology*.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health promotion International*.
- R. Sudore, D. S. (2009). Interventions to Improve care for patients with limited health literacy.



- Rambøll. (2019). *perspektiver for øget brug af rehabilitering i sygeplejen, Aalborg Kommune*. Rambøll.
- Region Sjælland. (2017). *Rekrutteringsindsatser 2017 De rigtige kompetencer nu og i fremtiden*.
- Socialstyrelsen. (2013). *Kortlægning af kommunernes erfaring med rehabilitering på ældreområdet*.
- Sundhedsstyrelsen. (2017). *Rehabilitering på ældreområdet*.
- Tshiang, J. (2011). Effect of a Nurse-Led Diabetes Self-Management Education Program on Glycosylated Hemoglobin among Adults with Type 2 Diabetes. *The diabetes Educator*.
- Tyrrell, E. (2011). *Nursing Contribution to the Rehabilitation of Older Patients, Patient and Family Perspectives*.
- Tyrrell, E. (2011). *Nursing Contribution to the Rehabilitation of Older Patients, Patient and Family Perspectives*.
- Tyrrell, E. (2016). Nurses as agents of change in the rehabilitation process. *Journal of the Australian Rehabilitation Nurses Association*.
- Tyrrell, E. (2016). Nurses as agents of change in the rehabilitation process . *Australian Rehabilitation Nurses Association*.