

SUNDHEDSSTYRELSEN
Videnscenter for ældrepleje

# Selvbestemmelse

## Videns- og inspirationskatalog til ældreområdet

**Tak til alle bidragsyderne til videns-og inspirationsmaterialet**

- Assens Kommune
- Bornholms Regionskommune
- Danske Diakonhjem
- Gentofte Kommune
- Halsnæs Kommune
- Holstebro Kommune
- Horsens Kommune
- Københavns Kommune
- OK-Fonden
- Fredensborg Kommune
- Furesø Kommune, selvejende plejehjem
- Rødovre Kommune
- Slagelse Kommune
- Svendborg Kommune
- Sønderborg Kommune

- Københavns Professionshøjskole
- VIVE

Derudover en tak til alle, der har bidraget med perspektiver
på videns- og inspirationspakken

Videns- og inspirationskatalog til ældreområdet
**Selvbestemmelse**

©Sundhedsstyrelsen 2026

Udgivelsen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

ISBN: 978-87-7014-732-3

Design og layout: Sundhedsstyrelsen
Foto: Sundhedsstyrelsen,

Udgivet af Sundhedsstyrelsen
November 2026

# Indhold

**Introduktion** ..... 5

**Selvbestemmelse på ældreområdet** ..... 8

**Fire temaer til viden og inspiration** ..... 13

**Tema 1**
Borgerens udgangspunkt ..... 16

**Tema 2**
Kendskab og fleksibilitet ..... 22

**Tema 3**
Organisering og opfølgning ..... 28

**Tema 4**
Tværfaglige fællesskaber og metodebevidsthed ..... 33

**Metoder og redskaber** ..... 38

**Refleksionsspørgsmål** ..... 42

**Ældretilsynets kvalitetsmarkører for selvbestemmelse** ..... 46

**Referenceliste** ..... 48



# Introduktion

**Med ældreloven har kommuner, private og selvejende leverandører fået nye rammer for arbejdet med ældreplejen. Dette katalog er en del af en pakke, der giver et fælles grundlag og et samlet overblik over viden, cases og redskaber, der kan styrke jeres dialog, udvikling og praksisnære implementering.**

## Fra lov til praksis

Den 1. juli 2025 trådte den nye ældrelov, der sætter nye rammer og vilkår for ældreplejen, i kraft.

For at understøtte realiseringen af ældreloven udvikler Sundhedsstyrelsen løbende videns- og inspirationspakker om faglige temaer inden for lovens rammer. Pakkerne indeholder forskellige produkter, der tilsammen giver faglig viden og inspiration til dialog og refleksion, bl.a. cases, film, inspirationskataloger og andre understøttende materialer, der kan findes på Videnscenter for ældreplejes hjemmeside. Dette inspirationskatalog er en del af videns- og inspirationspakken: Selvbestemmelse på ældreområdet.

Formålet med videns- og inspirationspakkerne er at inspirere og understøtte jer, der spiller en central rolle i arbejdet med at omsætte ældrelovens værdier til daglig praksis. I kan være ledere, konsulenter eller nøglemedarbejdere på ældreområdet.

Videns- og inspirationspakkerne kan bidrage til jeres refleksioner og dialoger om, hvordan I kan arbejde med den ældres selvbestemmelse, tilliden til medarbejdere og ledelse og samspillet med pårørende, lokale fællesskaber og civilsamfund, så selvbestemmelse kan blive en naturlig del af hverdagen i ældreplejen, jf. ældrelovens formålsbestemmelse (§ 1, stk. 2, nr. 1) samt det konkrete krav i loven om, at hjælpen skal tage afsæt i borgerens selvbestemmelse og løbende indflydelse på hjælpen (§ 11, stk. 2, nr. 4).

## Sådan kan I bruge videns- og inspirationspakken om selvbestemmelse

I kan bruge videns- og inspirationspakken om selvbestemmelse fleksibelt og på den måde, der giver mest mening hos jer. Pakken består af cases, film og dette videns- og inspirationskatalog. Materialerne findes på Videnscenter for ældreplejes hjemmeside. Her vil der løbende blive opdateret og tilføjet nye cases og redskaber til brug for jeres videre udviklingsarbejde.

I dette katalog om selvbestemmelse er der fokus på fire temaer: 1) Borgerens udgangspunkt, 2) Kendskab og fleksibilitet, 3) Organisering og opfølgning 4) Tværfaglige fællesskaber og metodebevidsthed. I kan læse hele kataloget eller bruge det som opslagsværk.

## Baggrund for pakken

Videns- og inspirationspakken er udviklet i en proces, hvor lovgrundlag, faglig viden og konkrete erfaringer fra praksis er indsamlet og tematiseret for at skabe et anvendeligt materiale målrettet kommunale, selvejende og private leverandører af ældrepleje.

Temaerne i videns- og inspirationspakken om selvbestemmelse er identificeret på baggrund af interviews med kommuner, private og selvejende leverandører og relevante aktører på ældreområdet. Temaerne afspejler væsentlige faglige spørgsmål og centrale overvejelser ift. selvbestemmelse på ældreområdet efter ældrelovens ikrafttrædelsestidspunkt. Temaerne er efterfølgende blevet kvalificeret i en workshop.

§

## Ældrelovens formålsbestemmelse og de tre værdier

**§ 1.** Ældreloven har til formål at tilvejebringe rammerne for en ældrepleje, der, med udgangspunkt i den enkelte persons aktuelle livssituation og behov, understøtter en alderdom præget af mest mulig livsglæde, selvhjulpenhed og tid til omsorg og nærvær.

Loven tilsigter særlig at understøtte følgende:

- Den ældres selvbestemmelse.
- Tillid til medarbejderne og den borgernære ledelse.
- Et tæt samspil med pårørende, lokale fællesskaber og civilsamfund.



# Selvbestemmelse på ældreområdet

## Selvbestemmelse tager udgangspunkt i, at alle mennesker har ret til at bestemme over eget liv – også ældre mennesker, der modtager hjælp i eget hjem eller bor i plejebolig

I ældreplejen handler selvbestemmelse om, at borgeren har løbende indflydelse på den hjælp og støtte, der gives i hverdagen. Det betyder, at borgeren bliver lyttet til og får mulighed for at påvirke hjælpen fra gang til gang. Det kan for eksempel handle om, hvad der er vigtigst i dag, hvad der kan vente, hvordan hjælpen udføres, og hvilke behov, vaner og ønsker der skal tages hensyn til.

Selvbestemmelse handler også om borgerens liv som helhed. Hjælpen skal så vidt muligt understøtte borgerens selvhjulpenhed, livsglæde og mulighed for at fastholde de rutiner, relationer og fællesskaber, der har betydning for den enkelte.

For borgere med demens eller andre kognitive forandringer kan selvbestemmelse kræve særlig støtte. Her skal I både have blik for borgerens aktuelle vilje, ønsker og behov og for tidligere udtrykte ønsker, for eksempel i et plejetestamente. Pårørende og andre nære relationer kan bidrage med vigtig viden om borgerens liv, vaner, præferencer og fællesskaber, når borgeren ønsker det eller har brug for støtte.

Selvbestemmelse betyder ikke, at alle ønsker altid kan opfyldes. Hjælpen skal være fagligt forsvarlig og gives inden for de rammer, der gælder for opgaven. Når et ønske ikke kan imødekommes, er det vigtigt, at borgeren bliver mødt respektfuldt, får en tydelig forklaring og oplever sig inddraget i det videre forløb.

§

### Ældrelovens § 11 om hjælpens tilrettelæggelse og udførelse

Tilrettelæggelse og udførelse af hjælp skal tage afsæt i:

1. En helhedsorienteret indsats med hensyntagen til modtagerens samlede livssituation.
2. Tværfaglighed.
3. Kontinuitet, fleksibilitet og sammenhæng i hjælpen med færrest mulige forskellige udførende medarbejdere i hjemmet.
4. Modtagerens selvbestemmelse og løbende indflydelse på hjælpen.

## Rammer for arbejdet med selvbestemmelse

Arbejdet med selvbestemmelse kræver tydelige rammer og systematiske arbejdsgange for både borgere og jer som medarbejdere og ledere. Borgeren skal vide, hvilket handlerum der er, og I skal vide, hvordan I kan bruge jeres faglighed og tilpasse hjælpen i hverdagen.

Rammerne ligger blandt andet i helhedsplejen, hvor hjælpen organiseres som sammenhængende og fleksible pleje- og omsorgsforløb med afsæt i borgerens aktuelle livssituation, behov og ressourcer. Det giver jer, der arbejder tæt på borgeren, et større ansvar for at tilrettelægge hjælpen sammen med borgeren og justere den, når behov eller ønsker ændrer sig.

Selvbestemmelse er derfor både et fagligt og organisatorisk ansvar. Det kræver, at I som medarbejdere har tid, viden og rammer til at lytte til borgeren, bruge jeres faglige dømmekraft og dele viden i de faste teams. Det kræver også, at I som ledelse skaber retning og følger op på, om organiseringen understøtter borgerens indflydelse i hverdagen.

Læs mere om selvbestemmelse som en integreret del af helhedsplejen i videns- og inspirationsmaterialet om helhedspleje.

## Selvbestemmelse formes i hverdagen og i relationer

Selvbestemmelse kommer til udtryk i det daglige samarbejde mellem jer og borgeren. Det kan være i beslutninger om, hvornår borgeren vil stå op, hvordan den personlige pleje skal foregå, hvilke opgaver der er vigtigst i dag, hvordan måltiderne tilrettelægges, eller hvordan borgeren vil bruge sin tid.

For nogle borgere betyder selvbestemmelse at gøre mest muligt selv og bevare kendte rutiner. For andre kræver det støtte til at overskue valg, sætte ord på ønsker eller finde tryghed i en hverdag præget af sygdom, svækkelse eller kognitive forandringer.

En tryg og tillidsfuld relation gør det lettere at tilpasse den daglige pleje til borgerens behov og ønsker. Når I tager udgangspunkt i borgeren og samarbejder med nære relationer om fælles viden om borgerens hverdag, vaner og reaktioner, bliver det lettere at opdage små forandringer og handle sammenhængende.

Selvbestemmelse kan også handle om borgerens mulighed for at bevare et meningsfuldt hverdagsliv. I kan understøtte borgerens kontakt og samvær med familie, venner, frivillige, lokale foreninger, besøgsvenner eller andre fællesskaber, der kan give borgeren livsglæde og mening i hverdagen.

## Dilemmaer i arbejdet med selvbestemmelse

Arbejdet med selvbestemmelse kan give anledning til dilemmaer. De kan opstå, når borgerens ønsker adskiller sig fra jeres faglige vurdering, når pårørende har andre ønsker end borgeren, eller når organisatoriske rammer, arbejdsmiljø og forskellige faglige tilgange skal balanceres med borgerens ønsker.

Der findes sjældent én rigtig løsning. Derfor er det vigtigt, at I taler åbent om dilemmaerne i de faste teams og i dialogen med borgeren. Målet er at finde løsninger, der så vidt muligt tager afsæt i borgerens ønsker og behov og samtidig sikrer en fagligt forsvarlig hjælp.

## Sådan støtter I borgerens selvbestemmelse

Som ledere og medarbejdere skal I sammen med borgeren løbende undersøge, hvad der er vigtigst – både i den konkrete situation og på længere sigt. Det kræver en praksis, hvor I spørger, lytter, observerer og justerer hjælpen sammen med borgeren.

Det gælder i det konkrete møde med borgeren, på teammøder, i den fælles videndeling og i den daglige tilrettelæggelse af plejen. Som team kan I dele viden om borgerens aktuelle udgangspunkt, ønsker og behov og være nysgerrige på, hvad der er vigtigt for borgeren – og hvorfor.

Selvbestemmelse lykkes bedst, når I har stærke tværfaglige fællesskaber omkring borgeren. Her kan I dele observationer, drøfte dilemmaer og bruge fælles metoder. En styrkelse af lederens faciliterende rolle er centralt for at skabe retning for arbejdet med selvbestemmelse.

### Ældretilsynets kvalitetsmarkører om selvbestemmelse

Ældretilsynets kvalitetsmarkører kan bruges som afsæt for dialog, refleksion og opfølgning på, om jeres praksis understøtter borgerens selvbestemmelse i hverdagen.

I finder kvalitetsmarkører om selvbestemmelse bagerst i kataloget.



# Fire temaer til viden og inspiration

Videns- og inspirationskataloget om selvbestemmelse præsenterer fire temaer, som kan inspirere jer til at understøtte borgerens selvbestemmelse i hverdagen. Tilsammen peger temaerne på, hvordan I kan styrke det fælles kendskab til borgeren og samarbejdet i de faste, tværfaglige teams. Det kan gøre det lettere at tilpasse hjælpen til borgerens ønsker, behov og ressourcer. Temaerne er udvalgt på baggrund af vores videns- og erfaringsindsamling.

## #1

**Borgerens udgangspunkt**

Temaet handler om, hvordan I tager afsæt i borgerens ønsker, behov og ressourcer. Pårørende og andre i borgerens netværk kan bidrage med vigtig viden, når borgeren ønsker det eller har svært ved at udtrykke sine ønsker og behov.

## #2

**Kendskab og fleksibilitet**

Temaet handler om, hvordan I kan skabe tryghed og fleksibilitet gennem gensidigt kendskab. Borgeren skal vide, hvad hjælpen indebærer. I kan systematisk dele viden i de faste teams om borgerens ønsker og behov.

## #3

**Organisering og opfølgning**

Temaet handler om, hvordan I kan skabe en organisering, som gør det muligt at følge op på jeres arbejde med selvbestemmelse og justere praksis sammen med borgeren.

## #4

**Tværfaglige fællesskaber og metodebevidsthed**

Temaet handler om, hvordan I kan styrke tværfagligt samarbejde gennem fælles faglig refleksion og metodebevidsthed. Faciliterende ledelse er afgørende for, at det kan ske i praksis.

### Refleksionsspørgsmål

Bagerst i kataloget finder I refleksionsspørgsmål til hvert tema. Refleksionsspørgsmålene er tænkt som en støtte til at udvikle og tilpasse jeres arbejde med selvbestemmelse.


VÅGET JENNESTEIN

# Tema 1
# Borgerens udgangspunkt

Her får I viden og inspiration til, hvordan borgerens ønsker, behov og ressourcer konkret kan danne grundlag for arbejdet med selvbestemmelse.

## Borgerens behov, ønsker og ressourcer som afsæt for plejen

Arbejdet med selvbestemmelse tager afsæt i borgerens ønsker, behov og ressourcer. Derfor skal borgerens udgangspunkt være i centrum, når I planlægger, udfører og justerer sammenhængende pleje- og omsorgsforløb. Flere kommuner og leverandører peger på, at det kan være svært i praksis, selvom det kan virke selvindlysende. Faste rutiner, hensyn til pårørende, arbejdsmiljø eller praktiske forhold kan komme til at fylde mere end borgerens udgangspunkt.

## Træf beslutninger sammen med borgeren

Borgerens udgangspunkt kan ændre sig fra dag til dag og fra situation til situation. Eksempler fra kommuner, private og selvejende leverandører viser, at det er vigtigt, at I i organisationen og i de faste teams drøfter, hvordan I lytter til borgeren og bruger fælles beslutningstagning, så I træffer beslutninger sammen med borgeren – ikke for borgeren. I kan fx bruge fælles beslutningstagning [Shared decisionmaking], som er en metode, hvor I tydeliggør valgmuligheder og deler relevant faglig viden, mens borgeren bidrager med ønsker og præferencer.

## Brug borgerens perspektiv i faglige beslutninger

Metoder der tager afsæt i personcentreret omsorg kan støtte jer i arbejdet med borgerens selvbestemmelse. Det kan være perspektivskifte, hvor I øver jer i at se situationen fra borgerens sted og spørger: Hvad oplever borgeren? Hvad er vigtigt for borgeren lige nu og på længere sigt? Det kan være særligt relevant, når borgeren ikke selv kan sætte ord på ønsker og behov.

*'Det er ikke nok med bare at skrive, jamen Bente hun har brug for en rolig morgen, fordi hvad er en rolig morgen? Møder jeg hende med en rolig morgen, som jeg synes, det er en rolig morgen? Eller har vi spurgt hende, hvad det egentlig betyder?'*

– Leder

## Vær opmærksomme på kropssprog og nonverbal kommunikation

Eksempler fra både hjemmepleje og plejehjem viser, at I kan støtte selvbestemmelse ved at være opmærksomme på, hvordan borgeren kommunikerer gennem adfærd, reaktioner og kropssprog. Det gælder alle borgere og særligt mennesker med demens og andre kognitive funktionsnedsættelser, som kan have svært ved verbal kommunikation. En borger kan for eksempel afvise bad ved at vende sig bort, mens en anden kan vise uro ved mange skift i medarbejdergruppen. Brug jeres observationer som afsæt for fælles faglig refleksion på teammøder, triageringsmøder eller beboerkonferencer. Når I deler viden systematisk, skaber det fælles grundlag for at give plads til borgerens ønsker, behov og rutiner.

## Beboerplaner i jegform kan fastholde borgerens perspektiv

Erfaringer fra flere plejehjem viser, at døgn- eller beboerplaner skrevet i jegform kan gøre det lettere at fastholde borgerens perspektiv. Når planen formuleres, som borgeren selv kunne have sagt det, bliver borgerens ønsker og behov mere tydelige. Beboerplaner kan for eksempel indeholde formuleringer som: "Jeg vil gerne vågne langsomt", "Jeg bliver utryg ved mange nye ansigter" eller "Jeg vil gerne spise sammen med andre, når jeg har overskud". Planerne skal revideres løbende, fordi borgerens udgangspunkt ikke er statisk.

Se film om, hvordan beboerplaner i jegform kan understøtte selvbestemmelsen hos borgere med demens

## Brug borgerens livshistorie og gennemgå jeres rutiner systematisk

Livshistorien kan give jer vigtig viden om borgerens vaner, værdier, relationer og ønsker til en god hverdag. Eksempler fra kommuner viser, at når I bruger den viden aktivt, får I et bedre grundlag for at tilrettelægge plejen med afsæt i borgerens selvbestemmelse. I kan samtidig gennemgå jeres faste rutiner og spørge: Er rutinen tilrettelagt ud fra borgerens ønsker og behov – eller ud fra vores arbejdsgange? Det kan hjælpe jer med at få øje på, hvor borgeren kan få mere indflydelse på hverdagen. Arbejdet med livshistorien kan også være et godt afsæt for at inddrage de pårørende.

## Eksempel fra praksis

**Kildehøj Plejehjem**
**Borgerens stemme som afsæt for den gode hverdag**

På Kildehøj Plejehjem, som er en del af Danske Diakonhjem, arbejder ledere og medarbejdere systematisk med at få beboernes ønsker, behov og erfaringer frem. Før indflytning gennemfører plejehjemmet et hjemmebesøg, og tre uger efter indflytning følger de op med en samtale.

På tværfaglige møder deler medarbejderne viden om beboeren og følger op på, om hjælpen fortsat tager afsæt i beboerens perspektiv.

To gange om året holder plejehjemmet også beboermøder, hvor beboerne kan give input til måltider, aktiviteter, fællesarealer og daglige rutiner.

Se filmen her

## Samspil med pårørende

Pårørende er ofte en central samarbejdspartner som har vigtig viden om borgerens liv, værdier og tidligere hverdag. I kan derfor inddrage pårørende systematisk for at få et mere nuanceret billede af borgerens perspektiv. Det kan være særligt vigtigt, når borgeren har demens eller andre kognitive funktionsnedsættelser.

Der kan opstå dilemmaer mellem borgerens selvbestemmelse og de pårørendes viden, ønsker og bekymringer.

Det er vigtigt, at pårørendes viden ikke overdøver borgerens egen stemme. Samarbejdet med pårørende kan bruges til at kvalificere den faglige vurdering og støtte borgerens selvbestemmelse – ikke til at erstatte borgerens perspektiv.

**Se film om** samspil med pårørende og selvbestemmelse hos borgere med demens.

## Opstarts- og indflytningssamtaler understøtter selvbestemmelse

Der er gode erfaringer med opstartssamtaler i hjemmeplejen og indflytningssamtaler på plejehjem. Samtalerne afklarer ikke kun borgerens behov for hjælp og støtte. De kan give jer viden om borgerens hverdag, ønsker, ressourcer og behov – og om, hvad der giver borgeren livsglæde i hverdagen. For mange borgere og pårørende er mødet med ældreplejen en ny situation. Samtalen kan derfor også bruges til at introducere borgeren og eventuelle pårørende til helhedsplejen eller til jeres plejeenhed og skabe et fælles afsæt for hjælpen. Når I tidligt taler om forventninger, roller og mål for hjælpen, kan I forebygge misforståelser.

## Borgernær ledelse er en central praksis

Borgernær ledelse er en værdibaseret tilgang og ledelsespraksis, der handler om at lede tæt på borgerens hverdag. Kerneopgaven er borgerens mulighed for selvbestemmelse og livsglæde. Det kan handle om, at I systematisk følger op på, hvordan borgerne oplever mødet med ældreplejen. I én kommune deltager lederen for eksempel i alle opstartssamtaler i hjemmeplejen. Det kan give tryghed, at jeres leder kender borgerne og de hjem, I kommer i. Det gør det også nemmere for borgere og pårørende at tage kontakt til hjemmeplejen, når de har en relation til lederen. Borgernær ledelse behøver dog ikke at være knyttet til en bestemt stilling. I praksis træffer medarbejdere tæt på borgeren mange beslutninger i hverdagen .

## Mulige skridt i arbejdet med borgerens udgangspunkt

- **Gør opstarts- og indflytningssamtaler hverdagsnære.** I kan spørge ind til, hvad der skaber tryghed, mening og en god hverdag for borgeren. Det kan fx handle om morgenrutiner, tiltaleform, måltider, interesser, relationer, traditioner og ønsker for fremtiden. I kan bruge livshistorien og temaer som trivsel, fællesskaber, mad og måltider, helbred og tryghed som fast afsæt.

- **Undersøg, hvad der får boligen eller hjemmet til at føles som borgerens eget.** Tal med borgeren om, hvilke ting, vaner og rutiner der skal bevares, for at hverdagen føles genkendelig og tryg. Det kan fx være egne møbler, billeder, en fast plads ved bordet, adgang til udeliv eller bestemte måder at starte dagen på.

- **Kobl borgerens ønsker til konkrete muligheder i hverdagen.** Undersøg, hvordan borgeren kan fortsætte med aktiviteter eller fællesskaber, der giver mening. Det kan fx være at holde fast i kontakt til familie, venner og lokale fællesskaber eller at aktiviteter som gåture, sang, gudstjeneste og borddækning eller have adgang til dyr eller natur.

- **Spørg ind og lyt aktivt til borgeren.** God samtale- og lytteteknik kan støtte arbejdet. Det gælder både i den løbende dialog med borgeren og de pårørende og i jeres faglige drøftelser i det enkelte team. Åbne og nysgerrige spørgsmål er vigtige. Det samme er evnen til at lytte efter det, der ikke bliver sagt direkte.

- **Afprøv små ændringer sammen med borgeren.** Vælg én konkret ting, I vil prøve af, fx et andet tidspunkt for bad, en anden måde at støtte ved måltidet eller mere ro om morgenen. Tal bagefter med borgeren om, om ændringen gjorde hverdagen bedre.



# **Tema 2**
# Kendskab og fleksibilitet

Her får I viden og inspiration til, hvordan I kan styrke det gensidige kendskab mellem borgere og medarbejdere i de faste teams og understøtte mere fleksibilitet i forhold til borgerens behov, rutiner og ønsker

## Kontinuitet handler både om få medarbejdere og om gensidigt kendskab

Med ældreloven skal borgeren møde færrest mulige forskellige medarbejdere i helhedsplejen. De kommuner, private og selvejende leverandører, der har bidraget til dette materiale, arbejder derfor med Ældretilsynets kvalitetsmarkører til at sætte mål for kontinuitet og færrest mulige forskellige medarbejdere i hjemmet. Erfaringer fra hjemmepleje og plejehjem viser, at færre forskellige medarbejdere omkring borgeren kan gøre det lettere at opbygge relationer, skabe tryghed og understøtte borgerens selvbestemmelse i hverdagen.

Kontinuitet handler dog ikke kun om faste medarbejdere. Som team skal I samlet have et godt kendskab og arbejde ud fra en fælles forståelse og tilgang til borgeren, så borgeren oplever sammenhæng, også når der kommer forskellige medarbejdere i hjemmet.

> *'Vi er faktisk ret gode til at sikre kontinuiteten. De faste teams er så små, at viden ikke går tabt. De planlægger også selv efter det: "Hvis min makker har ferie den uge, kan jeg ikke også holde ferie."'*
>
> – Leder

## Brug en fælles model til at holde borgerens ønsker i centrum

Et eksempel fra en kommune viser, hvordan en enkel visualisering kan skabe et fælles vidensgrundlag i de tværfaglige teams. Modellen samler tre hensyn: borgerens ønsker og behov, den tværfaglige vurdering og de rammer, hjælpen skal gives inden for.

På teammøder og udviklingsmøder bruger medarbejderne modellen til at drøfte konkrete situationer. Hvis en borger ønsker noget andet end det planlagte, kan teamet spørge: Hvad ønsker borgeren? Hvad er fagligt forsvarligt? Og hvilke muligheder har vi inden for rammerne?

På den måde bliver selvbestemmelse en fælles faglig drøftelse – ikke kun et spørgsmål om at sige ja eller nej.

## Systematisk videndeling skaber kontinuitet

Eksempler viser, at systematisk brug af triagering, faste teammøder og målrettet arbejde med videndeling i dokumentationssystemet kan styrke det fælles kendskab til borgerens behov, ønsker, vaner og hverdagsliv. På den måde kan I arbejde med kontinuitet, også når borgeren møder forskellige medarbejdere.

## Forudsigelighed gør selvbestemmelse lettere

Undersøgelser viser, at det har stor betydning for selvbestemmelse, at borgeren ved, hvad plejen indebærer, og hvad der kan forventes i hverdagen. Når borgeren og eventuelle pårørende ved, hvad der skal ske, hvem der kommer, og hvordan hjælpen typisk foregår, skaber det forudsigelighed. Det gør det lettere at få indflydelse. Borgeren føler sig mere tryg til at sige til og fra, stille spørgsmål og gøre opmærksom på ønsker. Forudsigelighed kan derfor være en vigtig forudsætning for, at selvbestemmelsen bliver reel. Nogle kommuner, selvejende og private leverandører arbejder blandt andet med døgnrytmeplaner som fælles arbejdsredskaber, der løbende opdateres af alle relevante faggrupper og understøtter et fælles kendskab til borgeren.

## Nogle borgere har brug for endnu færre medarbejdere

For nogle borgere der fx lever med demens eller andre kognitive funktionsnedsættelser kan det være særligt vigtigt at møde de samme kendte medarbejdere. Eksempler fra kommuner, selvejende og private leverandører viser, at der derfor med fordel kan etableres mindre grupper omkring bestemte borgere. Det kan for eksempel være relevant, når mange skift skaber utryghed, eller når borgeren har et særligt behov for genkendelighed. På den måde kan jeres arbejde tage afsæt i den enkelte borgers situation frem for én løsning for alle.

Der kan opstå dilemmaer mellem selvbestemmelse, omsorg og sikkerhed fx i arbejdet med mennesker med demens. Her kan det være væsentligt at I kender reglerne for brug af magtanvendelse.



## Forbered på ændringer i planen

Der vil være perioder med ferie, sygdom og andre situationer, hvor planen ændrer sig. Eksempler fra både hjemmepleje og plejehjem viser, at det kan være afgørende, at borgeren får besked, hvis der kommer en anden medarbejder end dem, borgeren normalt møder. Det fjerner ikke ændringen, men gør den mere overskuelig. I kan også aftale med borgeren allerede ved opstart, hvad der skal ske, hvis en fast medarbejder ikke kan komme. Borgeren får dermed mulighed for at have indflydelse på, hvordan situationen håndteres.

## Eksempel fra praksis

**Assens Kommune:**
**Samarbejde mellem hjemmepleje, demenskoordinator og civilsamfundet øger fleksibiliteten i plejen**

Medarbejdere i hjemmeplejen samarbejder med kommunens demenskoordinator om borgere med demens eller andre kognitive funktionsnedsættelser. Samarbejdet styrker medarbejdernes faglige nysgerrighed og forståelse af, hvad der ligger bag borgernes handlinger og reaktioner. Det sætter samtidig fokus på relationen som afsæt for kendskab til borgerens livshistorie og hverdag.

Det kendskab bruger medarbejderne til at tilrettelægge plejen fleksibelt og imødekomme borgerens ønsker og behov. Det kan være i planlægning af plejen eller ved at skabe kontakt til sociale aktiviteter og fællesskaber i civilsamfundet.

Kommunens rehabiliteringsterapeut holder sig ajour med relevante tilbud, og medarbejdere med en særlig brobyggende funktion hjælper med at skabe kontakt mellem borgeren og aktiviteter i civilsamfundet.

Se filmen her

## Planlæg borgernært og skab fleksible handlerum i de faste teams

Flere kommuner, selvejende og private leverandører arbejder med greb, der giver medarbejderne mere fleksibilitet til at tilrettelægge den daglige pleje sammen med borgeren. I nogle kommuner har medarbejderne selv ansvar for kørelister i hjemmeplejen. Her laver de kørelister, der afspejler medarbejdernes kendskab til bestemte borgere. Der hvor det lykkes, oplever både borgere og pårørende mere forudsigelighed og medbestemmelse.

Øget fokus på selvtilrettelæggelse for de faste teams kan gøre det muligt for jer at tage afsæt i det, der giver mening for borgeren – også når det ikke står på planen. Hvis en borger for eksempel er mere ked af det end vanligt, kan der være behov for at vende tilbage senere og bruge ekstra tid sammen med borgeren. Erfaringer viser samtidig, at fleksibilitet kræver faglig refleksion og ledelsesmæssig støtte, så I som medarbejdere kan se mulighederne og træffe valg sammen med borgeren.

## Kend også mulighederne uden for ældreplejen

Kendskab til borgerens interesser og behov for fællesskab gør det lettere at pege på lokale tilbud, der giver mening i hverdagen. Det kræver, at I har let adgang til viden om de muligheder, der findes. Erfaringer fra flere kommuner viser, at det kan gøre en forskel at invitere repræsentanter fra civilsamfundet med på teammøder eller triageringsmøder. I kan også samle viden om lokale tilbud i en fælles database eller i trykte materialer, som alle medarbejdere kan bruge.



## Mulige skridt i arbejdet med kendskab og fleksibilitet

- **Gør vigtig viden let at finde og bruge.** Lav en fælles struktur for, hvor I skriver viden om borgerens ønsker og præferencer, og hvordan den bringes videre mellem medarbejdere, vagtlag og faggrupper. Brug fx beboer- eller borgerkonferencer, triagering, teammøder, korte overleveringer eller døgnrytmeplaner.

- **Giv borgeren overblik over hjælpen.** Skab en systematik for, hvornår I taler med borgeren og eventuelle pårørende om, hvad der skal ske, hvornår det sker, og hvor der er mulighed for valg. Det kan fx handle om tidspunkt for bad, måltider, aktiviteter eller rækkefølgen i hjælpen. Drøft også, hvordan I justerer planen, når borgerens ønsker eller behov ændrer sig.

- **Aftal, hvordan medarbejderne kan tilrettelægge hjælpen fleksibelt.** Drøft, hvornår medarbejderne kan tilpasse hjælpen sammen med borgeren. Lav eventuelt fælles pejlemærker i fysisk form, fx et kort eller en folder, som medarbejderne kan have med sig. Pejlemærkerne kan minde jer om at lytte til borgeren og tage afsæt i borgerens aktuelle ønsker og behov.

- **Overvej, hvordan I kan skabe forudsigelighed og kontinuitet for borgeren i de faste teams.** Drøft, hvornår borgeren møder medarbejdere, der kender borgerens ønsker, vaner og behov. Når det er muligt, kan I skabe kontinuitet gennem faste kontaktpersoner eller stabile ruter. Når det ikke er muligt, kan I understøtte kontinuitet og forudsigelighed gennem faste overleveringer, borgerkonferencer og fælles aftaler om, hvad der er vigtigt for borgeren.


Dronningen er musik, musik og atter musik

# **Tema 3**
# Organisering og opfølgning

Her får I viden og inspiration til, hvordan I kan organisere og følge op på arbejdet med selvbestemmelse. Det kan hjælpe jer med løbende at justere og forbedre jeres praksis.

## Organisatoriske rammer for arbejdet med selvbestemmelse

Ældreloven stiller ikke krav om bestemte organisationsformer. Der er dog krav om en helhedsorienteret indsats, som forudsætter en tværfaglig organisering. Inden for de rammer har I frihed til at finde løsninger, der passer til jeres lokale forhold. Bidragsydere til dette materiale har derfor alle etableret eller er i gang med at etablere faste, tværfaglige teams omkring borgerne. Ambitionen er ofte, at de faste teams får et større fagligt ansvar for opgaveløsningen, kvaliteten og den daglige planlægning af plejen.

Et større handlerum for medarbejderne fører dog ikke automatisk til mere selvbestemmelse for borgeren. Det kræver, at I skaber en organisering, hvor handlerummet bruges til at planlægge og justere plejen sammen med borgeren med afsæt i borgerens ønsker, behov og hverdagsliv. Erfaringer fra kommuner, selvejende og private leverandører selv viser blandt andet, at det kan styrke fælles retning, koordinering og opfølgning, når alle medarbejdere i et tværfagligt team refererer til samme leder.

***'Det her med at få sat fælles fagligt sprog på, det rykker helt vildt. Det gør det også lettere at tale med borgeren og med de pårørende om, hvad der skal ske, og hvad mulighederne er.'***

– Konsulent

## Nye roller og funktioner kan være en hjælp

Nye eller ændrede roller kan understøtte arbejdet med borgerens selvbestemmelse. Flere kommuner arbejder for eksempel med, at visitatorer får en rolle som forløbskoordinatorer eller rådgivere. Her kan de hjælpe med at indsamle, dele og bruge viden om borgerens ønsker, behov og ressourcer i de faste teams og i den daglige pleje. Det kan styrke sammenhængen mellem visitation, faglige vurderinger og den hjælp, borgeren får i hverdagen. Erfaringer fra nogle kommuner peger også på, at administrative og driftsnære støttefunktioner kan frigøre tid til både visitatorer og ledere tæt på de faste teams. Det kan f.eks. være en planlægger, der hjælper de faste teams med at håndtere dagligе ruteændringer og akutte sygemeldinger. Det kan også være administrative medarbejdere som overtager bestilling, opfølgning og koordinering af hjælpemidler.

## Brug et fælles sprog om selvbestemmelse

Et fælles sprog om selvbestemmelse i organisationen er vigtigt for at lykkes i hverdagen. Det kan hjælpe jer, når I skal afstemme forventninger med borgere og pårørende og forklare de rammer og vilkår, hjælpen gives inden for. Flere kommuner, private og selvejende leverandører har udviklet plakater, foldere eller andre enkle materialer, der forklarer, hvad selvbestemmelse betyder i ældreplejen. Materialerne kan for eksempel bruges til at tale om, hvordan borgeren kan prioritere hjælpen eller frasige sig hjælp til bestemte opgaver.

Et fælles sprog kan også støtte jer i situationer, hvor borgerens ønsker adskiller sig fra de pårørendes forventninger. Her kan tydelig kommunikation om rammer, muligheder og faglige vurderinger gøre det lettere at finde en god vej sammen.

## Kontinuerlig støtte og opfølgning styrker kvaliteten

En vedholdende og koordineret indsats kan bidrage til at fastholde fokus på borgerens selvbestemmelse. Nogle kommuner giver løbende støtte tæt på praksis, for eksempel gennem en fast ressourceperson, der understøtter arbejdet med selvbestemmelse og omsorgsfaglig kvalitet.

Flere kommuner bruger også frivillige audits som redskab til at kvalitetssikre ældreplejen. Audits er en systematisk gennemgang af praksis, hvor medarbejdere og ledere undersøger, hvad der fungerer godt, og hvor der er behov for af justeringer. Audits kan tage afsæt i ældrelovens bærende værdier og ældretilsynets kvalitetsmarkører. Nogle kommuner supplerer med klageanalyser, selvevalueringer eller medarbejdernes dokumentation. Det kan give viden om borgeres og pårørendes oplevelse af selvbestemmelse og bruges som fælles grundlag for læring i teams og ledelsesfora.

## Brug data som afsæt for opfølgning og læring

Eksempler fra flere kommuner viser, at data kan hjælpe jer med at fastholde et systematisk fokus på selvbestemmelse og give jer viden om, hvorvidt forudsætningerne for selvbestemmelse er til stede. Det kan være tal om fx vikarforbrug, personaleomsætning, sygefravær og trivselsmålinger.

Erfaringer viser dog, at selvbestemmelse ikke kan måles med tal alene. Selvbestemmelse opstår også i relationer, i de valg borgeren får mulighed for at træffe, og i den omsorg og støtte borgeren oplever.

Derfor kan I med fordel kombinere tal med kvalitative metoder som brugerundersøgelser, korte borgerinterviews, samtaler med pårørende, praksisfortællinger, borgerbarometre, spørgekort eller dialogkort. Flere kommuner følger også udviklingen i borgerens funktionsniveau, fordi rehabilitering, selvhjulpenhed og oplevelsen af øget selvbestemmelse kan hænge sammen.



## Følg udviklingen – et eksempel

Som lederteam kan I bruge ældretilsynets vurderingskoncept til at følge, om I lykkes med at styrke borgerens selvbestemmelse. Tag fx afsæt i markør 1, 2 og 3

1. Borgeren oplever at have selvbestemmelse og løbende indflydelse på tilrettelæggelse og udførelse af hjælpen ud fra borgerens aktuelle behov og ressourcer.

2. Borgeren oplever, at der er kontinuitet og sammenhæng i den hjælp og støtte, der modtages.

3. Borgeren oplever at blive mødt med en respektfuld og værdig tone og adfærd.

I kan bruge markørerne på teammøder og i ledergruppen til at drøfte, hvordan borgerens valg understøttes i praksis, og hvilke organisatoriske rammer der gør det let eller svært at justere hjælpen sammen med borgeren. Inddrag gerne medarbejdere, borgere og pårørende i opfølgningen.

## Eksempel fra praksis

**Københavns Kommune:**
**En fælles model understøtter organisering og opfølgning**

I Københavns Kommune arbejder plejehjemmene med en fælles omsorgsfaglig kvalitetsmodel, der skal understøtte den personcentrerede omsorg og borgerens selvbestemmelse. Modellen er udviklet i samarbejde med medarbejdere, ledere og borgere og skaber en fælles ramme for arbejdet med omsorgsfaglig kvalitet i hverdagen. Et centralt element i modellen er at få borgerens stemme frem og bringe den ind i teamets fælles faglige refleksion. Medarbejderne arbejder med at lytte til og indhente viden om, hvad der er vigtigt for borgeren, og bruger denne viden som afsæt for at drøfte og tilrettelægge hjælpen.

Modellen skaber samtidig en ramme for løbende opfølgning. Teamet følger op på, hvordan den valgte tilgang fungerer for borgeren, og justerer den på baggrund af borgerens stemme og medarbejdernes observationer. På den måde bliver arbejdet med selvbestemmelse en fælles og løbende proces, hvor borgerens perspektiv bruges aktivt til at udvikle den faglige praksis.

Se casen her

## Mulige skridt i arbejdet med organisering og opfølgning

- **Afklar roller og ansvar.** Fastlæg, hvem der har ansvar for at indsamle, dele og følge op på viden om borgerens ønsker, behov og ressourcer – både i de faste teams og på tværs af organisationen.
- **Skab et fælles fagligt sprog om selvbestemmelse.** Drøft, hvad selvbestemmelse betyder hos jer, og hvordan I taler om det med borgere og pårørende. Et fælles sprog gør det lettere at dele viden, afstemme forventninger og handle mere ensartet på tværs.
- **Følg op sammen med borgere og pårørende**. Brug metoder og redskaber til systematisk at spørge borgere og pårørende, hvordan de oplever selvbestemmelse i hverdagen. Brug deres perspektiver til at justere jeres praksis. I kan tage udgangspunkt i Forbedringsmodellen.
- **Brug Ældretilsynets kvalitetsmarkører til mål og evaluering.** Brug kvalitetsmarkørerne som afsæt for selvevaluering og fælles mål. Det kan hjælpe jer med at vurdere, om organiseringen giver borgeren reel indflydelse i hverdagen.
- **Indsaml data om selvbestemmelse**. Afklar, hvilke kvantitative data I har adgang til, og supplér gerne med borgerinterviews, dialog med pårørende, praksisfortællinger eller medarbejdererfaringer. Det kan give både overblik og konkrete eksempler på, hvordan selvbestemmelse opleves.



# **Tema 4**
# Tværfaglige fællesskaber og metode-bevidsthed

Her får I viden og inspiration til, hvordan I kan styrke jeres systematiske arbejde med selvbestemmelse ved at skabe tværfaglige fællesskaber i praksis og sammen blive mere bevidste om jeres metoder.

## Gode kollegiale relationer styrker fælles beslutninger med borgeren

Stærke kollegiale relationer, tillid og tryghed i teamet gør det lettere at bringe alles faglige viden i spil og træffe beslutninger sammen med borgeren. Eksempler fra kommuner viser, at et systematisk arbejde med tværfaglige fællesskaber kan give jer tryghed i, at I ikke står alene med ansvaret, og at I kan række ud til hinanden, når noget bliver svært. Små greb kan styrke samarbejdet i de faste teams. Det kan være fælles frokost i hjemmeplejen, fælles lokaler for alle medarbejdere, pauser med ledere og tværfaglige kolleger eller tid til dialog ved vagtskifte. Ny viden viser, at det har særlig stor betydning, at I mødes med fast interval fx hver dag eller én gang ugentligt.

## Faciliterende ledelse er vigtig

Arbejdet med borgerens selvbestemmelse kræver ofte en mere faciliterende ledelsesrolle. Som ledelse kan I være tilgængelige og styrke medarbejdernes faglige skøn og beslutningskraft ved oftere at stille spørgsmål end at give svar. Det kan styrke en kultur, hvor faglig refleksion og sparring opstår spontant i det kollegiale fællesskab. Flere kommuner har indført seminarer og coaching, hvor ledere træner den faciliterende rolle og ledelse af flere faggrupper.

## Alle fagligheder skal høres og bringes i spil

Erfaringer og undersøgelser peger på, at borgerens selvbestemmelse styrkes, når alle medarbejdere omkring borgeren deler observationer og bliver hørt. Det kan også omfatte køkkenservice- og rengøringspersonale.

> ***'Brugen af systematiske metoder i arbejdet med selvbestemmelse, det er bare helt afgørende for at lykkes. Og så at man får opbygget en metodebevidsthed hos alle medarbejdere – at alle kan sige, det her har vi prøvet og det virker, eller det virker ikke. Det skal bo i murstenene.'***
>
> – Konsulent

## Skab tydelige rammer for møder og videndeling

Eksempler fra både kommuner, private og selvejende leverandører viser, at tydelige rammer for teammøder er vigtige. Afklar:

- Hvem bringer viden ind, hvordan drøfter I den, og hvordan følger I op?
- Skal mødelederfunktionen gå på skift eller kan I på anden vis sikre, at alle kommer til orde?
- Hvordan forbereder, gennemfører og følger I op på møderne, så borgerens ønsker, jeres observationer og konkrete aftaler bliver delt og omsat i hverdagen?

Nogle kommuner har bygget moduler ind i dokumentationssystemer til observationer fra tværfaglige møder. I kan desuden bruge livshistorier, viden fra opstartssamtaler eller beboerplaner systematisk – se tema 1 og 2.

## Sæt tid af til fælles faglig refleksion

Der er flere eksempler på, at team- og dialogmøder om jeres egne måder at arbejde på kan give arbejdet med selvbestemmelse et løft. I kan for eksempel drøfte, hvordan I taler med borgere om valg i hverdagen, eller hvordan I håndterer situationer, hvor borgerens ønsker og faglige hensyn trækker i forskellige retninger. En kommune har gode erfaringer med systematisk at træne med enkelte teams, hvornår noget er en anekdote, og hvornår det er en faglig observation, som skal deles på triageringsmøder, teammøder eller beboerkonferencer.

Bliv klogere på faglig refleksion i hverdagen.



## Tværfaglighed kræver træning

Når I sammen i et team får mulighed for at drøfte faglige overvejelser, metoder og tilgange, bliver det lettere at bruge hinandens viden og vurdere, hvornår en kollega med en anden faglighed skal inddrages. Det bliver også lettere at reagere hurtigere og sammenhængende på forandringer hos den enkelte borger. Erfaringer viser, at det ikke er nok at være dygtig i sit eget fag. Når I bringer jeres fagligheder i spil på tværs, bliver det lettere at holde fokus på borgerens selvbestemmelse og justere hjælpen undervejs. Det styrker både kvaliteten i plejen og jeres oplevelse af meningsfuldhed og fællesskab.

## Fra casearbejde til tværfaglig refleksion

Flere bruger temacases og borgercases til at styrke den tværfaglige refleksion om selvbestemmelse. Casene kan tage udgangspunkt i dilemmaer fra hverdagen, for eksempel hvordan I balancerer borgerens ønske om selv at bestemme døgnrytme med behov for hjælp, medicin eller måltider. Borgercases kan også bygge på medarbejdernes egne interviews og observationer. Det kan gøre jer mere bevidste om både jeres egne opfattelser af borgeren og borgerens oplevelse af selvbestemmelse.

## Fælles metoder forebygger tilfældighed og fremmer selvbestemmelse

Når drøftelser om borgere bygger på personlige vurderinger frem for faglige metoder, kan I miste blikket for borgerens perspektiv. Det kan skabe negative fortællinger, fastlåse forventninger og gøre det sværere at finde faglige handlemuligheder. For den enkelte kan det føre til følelsen af faglig utilstrækkelighed eller afmagt. Erfaringer viser, at fælles metodebevidsthed kan gøre hjælpen mindre tilfældig og give jer et fælles ståsted i arbejdet med selvbestemmelse. I kan for eksempel bruge redskaber, der tager udgangspunkt i personcentret omsorg, som værdighedshjulet, perspektivskifte eller isbjerget.

Brug læringsspillet "Hvem bestemmer!" til at styrke jeres dialog og skabe rum for refleksion, nysgerrighed og faglig drøftelse af borgerens selvbestemmelse.



## Eksempel fra praksis

**Horsens Kommune**
**Fælles metoder styrker det faglige fællesskab**

I Horsens Kommune arbejder de med et fælles fagligt og metodisk grundlag for borgerens selvbestemmelse. Medarbejdere på tværs af ældreplejen bliver trænet i kontaktmøder og i at bruge metoderne perspektivskifte og isbjerget.

Metoderne hjælper medarbejderne med at undersøge borgerens perspektiv, ønsker og behov, og hvad der kan ligge bag handlinger og reaktioner. Samtidig giver de et fælles afsæt for at bringe forskellige faglige perspektiver i spil.

Kompetenceudviklingen er bredt ud på tværs af ældreplejen – også til selvejende og private leverandører på fritvalgsområdet. På den måde styrkes det fælles faglige fundament på tværs af organisatoriske skel.

Se casen her

## Mulige skridt i arbejdet med tværfaglige fællesskaber og metodebevidsthed

- **Skab tryghed og tillid i de faste teams.** Skab faste rum, hvor medarbejderne kan dele erfaringer, stille spørgsmål og være nysgerrige på hinandens faglige vurderinger. Som ledere kan I hjælpe med, at alle faggrupper kommer til orde, og at dialogen tager afsæt i borgerens perspektiv.

- **Prioritér kollegiale relationer i hverdagen.** Giv medarbejderne mulighed for at lære hinanden bedre at kende, fx gennem fælles pauser, faste teammøder eller fælles frokost i hjemmeplejen. Når medarbejderne kender hinanden, bliver det lettere at række ud, dele observationer og finde løsninger sammen.

- **Gør faglige dilemmaer til fælles ansvar**. Skab faste anledninger til at drøfte dilemmaer om selvbestemmelse, fx når borgerens ønsker skal balanceres med faglige hensyn, rammer eller ressourcer. Brug konkrete situationer fra hverdagen eller brug Videnscenter for ældreplejes dilemmaspil, så medarbejderne får flere handlemuligheder sammen med borgeren.

- **Muliggør kompetenceudvikling på tværs af faggrupper.** Sørg for, at alle kender de metoder og redskaber, I vil bruge i arbejdet med selvbestemmelse. Det kan fx være metoder til perspektivskifte, faglig refleksion, borgerobservationer eller casearbejde. Tag højde for medarbejdernes forskellige faglige forudsætninger og hverdag.

- **Vælg metoder og redskaber der støtter borgere med særlige behov.** Aftal, hvordan I arbejder fagligt og systematisk med selvbestemmelse hos borgere, der fx har demens, kognitive funktionsnedsættelser, psykiske lidelser eller misbrug. Det kan hjælpe medarbejderne med at forstå borgerens signaler, forebygge afmagt og finde løsninger, der både tager hensyn til borgerens ønsker og behov.


BASIL

# Metoder og redskaber

I dette kapitel får I en række eksempler på metoder og redskaber, der kan understøtte arbejdet med borgerens selvbestemmelse i praksis.

## Metoder og redskaber relateret til tema 1 og 2

**At strække sine ører** er en metode, der kan styrke jeres evne til at lytte aktivt og nysgerrigt i faglige drøftelser og i mødet med borgeren. Metoden kan understøtte fælles refleksion og bidrage til en større forståelse af borgerens ønsker, behov og perspektiv.
Se mere her: www.sst.dk/aeldrepleje/redskaber/at-straekke-sine-oerer

**Beboerkonferencer** en systematisk mødeform, hvor ledere og medarbejdere på tværs af fagligheder kan dele observationer og erfaringer om en borger, Metoden understøtter fælles refleksion og bidrager til, at hjælpen tager afsæt i det, der er vigtigt for den enkelte borger.
Se mere her: www.sst.dk/aeldrepleje/redskaber/beboerkonferencen

**Blomsten** er et redskab, der kan hjælpe jer med at skabe et fælles billede af borgerens ønsker, behov, ressourcer og livssituation. Redskabet kan danne afsæt for dialog med borgeren og de pårørende og understøtte en fælles forståelse af, hvad der er vigtigt for den enkelte.
Se mere her: www.sst.dk/aeldrepleje/redskaber/blomsten

**Fremtidsfuldmagt.** Med en fremtidsfuldmagt kan borgeren vælge en eller flere personer, som kan handle på borgerens vegne, hvis borgeren senere bliver syg eller svækket og ikke længere selv kan varetage sine personlige eller økonomiske forhold.
Se mere her: www.sst.dk/aeldrepleje/temaer/demens/demens-og-selvbestemmelse

**Fælles beslutningstagning og Guidet Egen Beslutning** er en metode, hvor I tydeliggør valgmuligheder og deler relevant faglig viden, mens borgeren bidrager med sine ønsker, værdier og præferencer. Sammen undersøger I mulighederne og træffer den beslutning, der passer bedst til borgeren i situationen. Metoden kan bruges til at støtte borgerens refleksion og valg. Metoden understøtter også beslutningskompetence i sårbare situationer.
Se mere her: www.regionh.dk/patientinddragelse/udgivelser/udgivelser/sider/s%C3%A5dan-implementerer-jeg-guidet-egen-beslutning-(geb).aspx

**Mikroøjeblikke** er de små handlinger i hverdagen, som kan have stor betydning for borgerens selvbestemmelse. Det kan være en anerkendende bemærkning, et nærværende blik, et venligt tonefald eller at spørge om lov, før I hjælper borgeren. Små handlinger som disse viser respekt for borgerens ønsker og understøtter, at borgeren bliver mødt som det menneske, vedkommende er – ikke sin sygdom eller funktionsnedsættelse.
Se mere her: www.kk.dk/sites/default/files/2025-08/Pixi%20erfaringsopsamling_%20Selvbestemmelse%20og%20%C3%B8get%20tryghed%20ved%20faste%20teams%20p%C3%A5%20plejehjem.PDF

**Mit hjem-listen** er et redskab udviklet til hjemmeplejen, som skal styrke borgerens oplevelse af hjemlighed, selvbestemmelse og værdighed. "Mit hjem-listen" inviterer til dialog med borgeren, når I som medarbejdere kommer ind i hans/hendes hjem:
Se mere her: www.sst.dk/aeldrepleje/redskaber/redskaber-til-hjemlighed

**Opstarts- eller indflytningssamtaler** kan understøtte en god start på samarbejdet med borgeren og pårørende på plejehjem og i hjemmeplejen. Videnscenter for ældrepleje har udviklet syv pejlemærker til gode opstartssamtaler. Pejlemærkerne giver inspiration til, hvordan I kan forberede, gennemføre og følge op på samtalen, så borgerens ønsker og behov bliver et fælles udgangspunkt for hjælpen.
Se mere her: www.sst.dk/aeldrepleje/temaer/helhedspleje/opstartssamtalen/syv-pejlemaerker-for-gode-opstartssamtaler

**Perspektivskifte** er en metode, der kan hjælpe jer med at forstå borgerens eller den pårørendes perspektiv. Metoden hjælper jer med at skifte perspektiv og rykke over i borgerens sted og fokusere på, hvad borgeren føler og oplever.
Se mere her: www.sst.dk/aeldrepleje/redskaber/perspektivskifte.

## Metoder og redskaber relateret til tema 3-4

**Domænemodellen** er et refleksionsredskab, der viser, hvordan I kan tale om opgaven på forskellige måder alt efter domæne: handlingens domæne, synsningernes domæne eller refleksionens domæne. Modellen kan styrke den faglige dialog og understøtte arbejdet med borgerens selvbestemmelse.
Se mere her: www.sst.dk/aeldrepleje/redskaber/domaenemodellen

**Forbedringsmodellen** er en metode, der kan understøtte jeres arbejde løbende at forbedre arbejdet med selvbestemmelse. Modellen består af tre grundlæggende spørgsmål og inddrager PDSA-cirklen (Plan-Do-Study-Act), som hjælper jer med systematisk at afprøve, evaluere og justere nye tilgange i praksis.
Se mere her: www.sst.dk/aeldrepleje/redskaber/pdsa

**Inspirationskataloget til kvalitetsmåling fra KL** giver eksempler på, hvordan kvalitet i helhedsplejen kan måles og følges. Kataloget kan inspirere kommuner til at udvikle egne tilgange til kvalitetsmåling. Det er særligt relevant i arbejdet med helhedspleje og selvbestemmelse, hvor kvalitet både handler om faglig indsats og om borgerens oplevelse, værdighed og medbestemmelse.
Se mere her: www.kl.dk/media/2ellezro/inspirationskatalog-til-kvalitetsmaaling-september-2025-opdateret.pdf

**Isbjerget** er et redskab til at forstå, hvad der ligger til grund for menneskers reaktioner. Ved at være nysgerrige på det, der ikke er synligt, kan I få en bedre forståelse af borgerens behov og reaktioner.
Se mere her: www.sst.dk/aeldrepleje/redskaber/isbjerget.

**Rådgivningsmodellen - at være ekspert/katalysator** er et redskab som kan styrke sparring og refleksion mellem kollegaer. Redskabet hjælper med jer med at veksle mellem at sætte jeres egen faglige viden og jeres kollegas viden i centrum.
Se mere her: www.sst.dk/aeldrepleje/redskaber/raadgivningsmodellen

**Værdighedshjulet** er et samtaleredskab, der kan understøtte dialogen med borgeren om, hvad der er vigtigt for den enkelte. Med baggrund i samtalen om borgerens ønsker og behov, kan I sætte faglige initiativer i gang, som øger borgerens trivsel.
Se mere her: www.sst.dk/aeldrepleje/redskaber/vaerdighedshjulet


TENA Produktkatalog

# Refleksions-spørgsmål

Refleksionsspørgsmålene er tænkt som en støtte til jeres arbejde med at omsætte selvbestemmelse til praksis. De skal inspirere til åben dialog og fælles refleksion på tværs af faggrupper og ledelsesniveauer. Formålet er at skabe grundlag for drøftelser – både på ledelsesplan og i de faste teams. Spørgsmålene kan bruges fleksibelt, fx i lederfora, workshops og på personalemøder.



## Tema 1
## Borgerens udgangspunkt

**#1** Hvordan sikrer vi, at borgerne kender deres ret til selvbestemmelse og får reel mulighed for at bruge deres indflydelse i hverdagen?

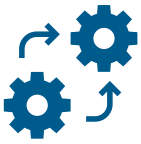
**#2** Hvordan sikrer vi, at vores hjælp tager afsæt i det, der er vigtigt for den enkelte borger – og ikke primært i vores faste rutiner og arbejdsgange?

**#3** Hvordan deler og omsætter vi vores forskellige observationer omkring borgeren, så de bliver til en fælles forståelse og konkrete handlinger i hverdagen?

**#4** Hvordan kan vi sammen løbende blive klogere på borgerens ønsker, værdier og behov, også når de ændrer sig over tid?

**#5** Hvordan kan vi forstå og understøtte borgerens selvbestemmelse, når borgeren har svært ved at sætte ord på sine ønsker og i stedet kommunikerer gennem en bestemt adfærd eller kropssprog?

**#6** Hvordan bruger vi pårørendes viden om borgerens liv og præferencer, samtidig med at vi fastholder borgerens eget perspektiv som udgangspunkt?



## Tema 2
## Kendskab og fleksibilitet

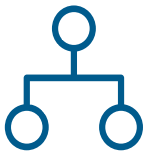
**#1** Hvordan sikrer vi, at vigtig viden om borgerens ønsker, vaner og behov bliver delt og brugt til at skabe en god pleje på tværs af medarbejdere, vagtlag og fagligheder?

**#2** Hvordan kan vores fælles kendskab til borgeren hjælpe os med at opdage små forandringer og tilpasse hjælpen i tide?

**#3** Hvordan kan vi skabe kontinuitet og gensidigt kendskab mellem medarbejdere, borgere og eventuelle pårørende, også når det ikke er de samme medarbejdere, der kommer hver gang?

**#4** Hvordan kan vi ændre på arbejdsgange eller rammer, så det bliver lettere at handle fleksibelt ud fra borgerens ønsker?

**#5** Hvordan bruger vi de samme tilgange og redskaber, så de understøtter forudsigelighed og tillid til plejen og borgerens selvbestemmelse enhver situation?



## Tema 3
## Organisering og systematik

**#1** Hvordan organiserer vi arbejdet, så medarbejdernes større faglige handlerum også fører til mere selvbestemmelse for den enkelte borger?

**#2** Hvordan skaber vi et fælles sprog om selvbestemmelse, så både medarbejdere, borgere og pårørende har tydelige og realistiske forventninger til hjælpen?

**#3** Hvordan følger vi systematisk op på, om borgeren oplever reel indflydelse, kontinuitet og sammenhæng i hjælpen?

**#4** Hvordan kan vi bruge dokumentation, data og borgernes egne erfaringer til løbende at justere og forbedre vores praksis?

**#5** Hvordan måler vi på selvbestemmelse og hvordan kan vi inddrage borgere, pårørende og medarbejdere i opfølgning og justeringer?



## Tema 4
## Tværfaglige fællesskaber og metodebevidsthed

**#1** Hvordan skaber vi et tværfagligt fællesskab, hvor alle medarbejdere føler sig trygge ved at dele tvivl, faglige dilemmaer og observationer med hinanden?

**#2** Hvordan kan vi arbejde systematisk med at understøtte medarbejdernes metodebevidsthed fx i forhold til personcentreret omsorg?

**#3** Hvordan bruger vi fælles faglig refleksion og metoder til at udfordre vaner og personlige vurderinger, så borgerens udgangspunkt altid er i centrum?

**#4** Hvordan kan større kendskab til hinandens fagligheder og metoder hjælpe os med at reagere mere sammenhængende, når borgerens behov eller funktionsevne ændrer sig?

**#5** Hvordan kan vi skabe fælles faglig refleksion, så medarbejdernes observationer, erfaringer og forskellige fagligheder bliver brugt aktivt i de beslutninger, der træffes tæt på borgeren?

**#6** Hvordan kan vi som ledere skabe de rammer, der gør det trygt for medarbejderne at træffe faglige beslutninger tæt på borgeren, søge sparring når de er i tvivl og lære af situationer, der ikke gik som forventet?



# Ældretilsynets kvalitets-markører for selvbestemmelse

1. Borgeren oplever at have selvbestemmelse og løbende indflydelse på tilrettelæggelse og udførelse af hjælpen ud fra borgerens aktuelle behov og ressourcer.

2. Borgeren oplever, at der er kontinuitet og sammenhæng i den hjælp og støtte, der modtages.

3. Borgeren oplever at blive mødt med en respektfuld og værdig tone og adfærd.

4. Plejeenheden/leverandøren arbejder systematisk med at sikre, at der er kontinuitet i helhedsplejen samt færrest mulige forskellige medarbejdere i hjemmet.

5. Plejeenheden/leverandøren arbejder systematisk og fleksibelt med at inddrage borgerens ønsker og behov i helhedsplejen på tværs af døgnet og faggrupper.

6. Plejeenheden/leverandøren arbejder systematisk med metoder, der tilgodeser selvbestemmelse hos borgerne og har fokus på borgere med særlige behov såsom borgere med demenssygdomme, andre kognitive funktionsnedsættelser, psykiske lidelser, misbrug m.fl.

7. Plejeenheden/leverandøren arbejder systematisk med forebyggende, rehabiliterende og vedligeholdende tilgange i helhedsplejen for at understøtte borgernes livsglæde og selvhjulpenhed.

Læs mere her

# Referenceliste

- Bekendtgørelse om ældretilsyn. BEK nr. 416 af 28. april 2025.
  *Link: www.retsinformation.dk/eli/lta/2025/416*

- Birkmose, Dorte (2024). Når gode mennesker handler ondt – mulige løsninger på et vildt problem. Syddansk Universitetsforlag.

- KL (2025). Inspirationskatalog til kvalitetsmåling.
  *Link: www.kl.dk/media/2ellezro/inspirationskatalog-til-kvalitetsmaaling-september-2025-opdateret.pdf*

- Københavns Kommune (2025). Erfaringsopsamling: Selvbestemmelse og øget tryghed – ved faste teams på plejehjem.
  *Link: www.kk.dk/sites/default/files/2025-08/Erfaringsopsamling_%20Selvbestemmelse%20og%20%C3%B8get%20tryghed%20ved%20faste%20teams.PDF*

- Rambøll (2025). Meningsfuld dokumentation i ældreplejen.
  *Link: www.sst.dk/-/media/Videnscenter-for-vaerdig-aeldrepleje-subsite/Udgivelser-2025/Ramboell_Rapport_Meningsfuld-Dokumentation_januar2025.ashx?sc_lang=da&hash=BCC5059B4E7DC5D3A8A48E01ACD3A905*

- Segoli, Gry & Bøgeskov, Benjamin Olivares (2026). Helhedspleje – en grundbog. Samfundslitteratur.

- Sundhedsstyrelsen (2019). Demenshåndbog: Faglig ledelse i praksis.
  *Link: www.sst.dk/aeldrepleje/udgivelser-cases-og-film/2019/demenshaandbog-faglig-ledelse-i-praksis*

- Sundhedsstyrelsen (2019). Demenshåndbog: Personcentreret omsorg i praksis.
  *Link: www.sst.dk/udgivelser/2019/demenshaandbog-personscentreret-omsorg-i-praksis*

- Sundhedsstyrelsen (2024). Vidensindblik om en værdig ældrepleje – relationer.
  *Link: www.sst.dk/-/media/Videnscenter-for-vaerdig-aeldrepleje-subsite/Udgivelser-2024/VIDENSINDBLIK_RELATIONER.ashx*

- VIVE (2023). Analyse af faglig ledelse i ældreplejen.
  *Link: www.sst.dk/media/qb3bcp3m/analyse-af-faglig-ledelse-i-aeldreplejen.pdf*

- VIVE (2023). Uden relationer kommer vi ingen vegne.
  *Link: www.sst.dk/-/media/Videnscenter-for-v%C3%A6rdig-%C3%A6ldrepleje-Subsite/Udgivelser-2023/Analyse-af-relationsarbejde.ashx*

- VIVE (2024). Hovedrapport: Faste, tværfaglige og selvstyrende teams i ældreplejen – erfaringer fra 25 kommuner.
  *Link: www.vive.dk/media/pure/4z6b8orv/25028297*

- VIVE (2025). Borgeres og pårørendes oplevelse af ældrepleje i faste, tværfaglige og selvstyrende teams.
  *Link: www.sst.dk/media/ollhk21v/slides-borgeres-og-paaroerendes-perspektiver-paa-faste-teams.pdf*

- Ældreloven, §§ 4, 9-12. Lov nr. 1651 af 30. december 2024.
  *Link: www.retsinformation.dk/eli/lta/2024/1651*

- Ældreministeriet (2025). Håndbog om ældretilsynet og samtilsyn på ældreområdet 2025.
  *Link: https://aeldremin.dk/Media/638906704113279717/Haandbog_aeldretilsyn_og_samtilsyn_PRAKSIS.pdf*

- Ældreministeriet (2025). Vejledning om ældreloven. VEJ nr. 9398 af 7. maj 2025.
  *Link: www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2025/9398*

Sundhed for alle ♥ + ●