



SUNDHEDSSTYRELSEN
Videnscenter for ældrepleje

Helhedspleje

Videns- og inspirationskatalog
til ældreområdet

Tak til alle bidragsyderne til videns-og inspirationsmaterialet

Repræsentanter fra kommuner og private leverandører

- Aalborg kommune
- Altiden
- Assens kommune
- Forenede Care
- Frederikssund Kommune
- Greve kommune
- Haderslev kommune
- Syddjurs kommune

Repræsentanter fra organisationer

- Alzheimerforeningen
- Dansk Industri
- FOA
- Kommunernes Landsforening
- Selveje Danmark
- VIVE
- Ældresagen

Repræsentanter fra Partnerskab for ældrepleje i Praxis

Videns- og inspirationskatalog til ældreområdet

Helhedspleje

©Sundhedsstyrelsen 2025

Udgivelsen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

ISBN: 978-87-7014-686-9 (elektronisk)

Design og layout: Sundhedsstyrelsen
Foto: Sundhedsstyrelsen,

Udgivet af Sundhedsstyrelsen
December 2025

Indhold

Introduktion	5
Helhedspleje på ældreområdet.....	9
Fire temaer til viden og inspiration	14
Tema 1	
Sammenhængende forløb	17
Tema 2	
Tre tilgange i helhedsplejen.....	22
Tema 3	
Tværfagligt samarbejde	26
Tema 4	
Organisering og kultur.....	30
Metoder og redskaber	36
Refleksionsspørgsmål	38
Referenceliste	42



Introduktion

Med ældrelovens ikrafttræden får kommuner og private leverandører nye rammer for arbejdet med helhedspleje. 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 en ny ældrelov i kraft, der sætter nye rammer og vilkår for ældreplejen.

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 og inspirationskataloger og andre understøttende materialer, der kan findes på Videnscenter for Ældreplejes hjemmeside. Dette inspirationskatalog er en del af videns og inspirationspakken: Helhedspleje 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 og krav 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 ældrelovens tre værdier om at inddrage den ældre selvbestemmelse, tilliden til medarbejdere og ledelse og samspillet med pårørende, lokale fællesskaber og civilsamfund inden for helhedspleje, så det kan blive en naturlig del af hverdagen i ældreplejen, jf. ældrelovens formålsbestemmelse.

Sådan kan I bruge videns- og inspirationspakken om helhedspleje

I kan bruge videns- og inspirationspakken om helhedspleje fleksibelt og på den måde, der giver mest mening hos jer. Pakken består af cases, film og dette videns- og inspirationskatalog. Materialer-

ne 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 helhedspleje er der fokus på følgende temaer: 1) Sammenhængende forløb, 2) Tre tilgange i helhedsplejen, 3) Tværfagligt samarbejde samt 4) Organisering og kultur. I kan læse hele kataloget eller bruge det som opslagsværk.

Baggrund for pakken

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

Temaerne i videns og inspirationspakken om helhedspleje er identificeret på baggrund af interviews med en række kommuner og civilsamfundsaktører gennemført i foråret 2025. Temaerne afspejler de væsentligste faglige spørgsmål og centrale overvejelser ift. helhedspleje på ældreområdet omkring 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.



Helhedspleje på ældre- området

Hvad er helhedspleje?

Helhedspleje er et nyt begreb, som er indført med ældreloven. Formålet er at tydeliggøre, at hjælpen til ældre skal gives med udgangspunkt i borgerens samlede livssituation og den udvikling, der sker over tid i den ældres liv.

Helhedspleje hænger tæt sammen med ældrelovens formål og de tre værdier, som loven bygger på.

Helhedsplejen er reguleret i Ældrelovens §§ 9-11. Helhedsplejen omfatter hjælp og støtte til ældre borgere, som har brug for støtte i dagligdagen på grund af nedsat fysisk, psykisk eller social funktionsevne.

Helhedsplejen består af tre grundlæggende kerner:

- Personlig hjælp og pleje
- Hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver m.v. i hjemmet
- Genoptræning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse

Disse ydelser er velkendte for jer, men det nye er at hjælpen i endnu højere grad end tidligere skal tage udgangspunkt i borgerens livssituation. Hjælpen skal udføres som et sammenhængende forløb, der tilpasses borgerens aktuelle behov og ressourcer, og tager højde for borgerens selvbestemmelse og løbende indflydelse på hjælpen.

Helhedsplejen skal samtidig have et forebyggende rehabiliterende og vedligeholdende sigte. Målet er at borgeren så vidt muligt bevarer eller forbedrer evnen til at tage vare på egne behov.

Sammenhængende og rummelige forløb

Helhedsplejen tildeles som sammenhængende og rummelige pleje- og omsorgsforløb, hvor hjælpen kan tilpasses løbende i takt med borgerens udvikling. Det skaber kontinuitet og fleksibilitet i forhold til borgerens ønsker og behov for hjælp.

Det er derfor vigtigt, at der inden for hvert forløb er plads til, at medarbejderne – i dialog med borgeren – kan justere hjælpen fra gang til gang eller for kortere perioder, hvis borgerens ressourcer og behov ændrer sig – uden at der skal foretages en ny visitation. Der skal være tillid til at de udførende medarbejdere i dialog med borgeren kan tilpasse hjælpen i takt med, at borgerens ressourcer og behov ændrer sig – både i op- og nedadgående retning. Dialogen med borgeren skal sammen med medarbejdernes faglige vurderinger danne grundlag for plejen.

Rammer for tilrettelæggelse og udførelse af helhedspleje

Med ældreloven har I frihed til at organisere helhedsplejen ud fra jeres lokale rammer og forudsætninger - altid med afsæt i borgerens behov. Tilrettelæggelsen og udførelsen af helhedsplejen skal tage udgangspunkt i fire tilgange:

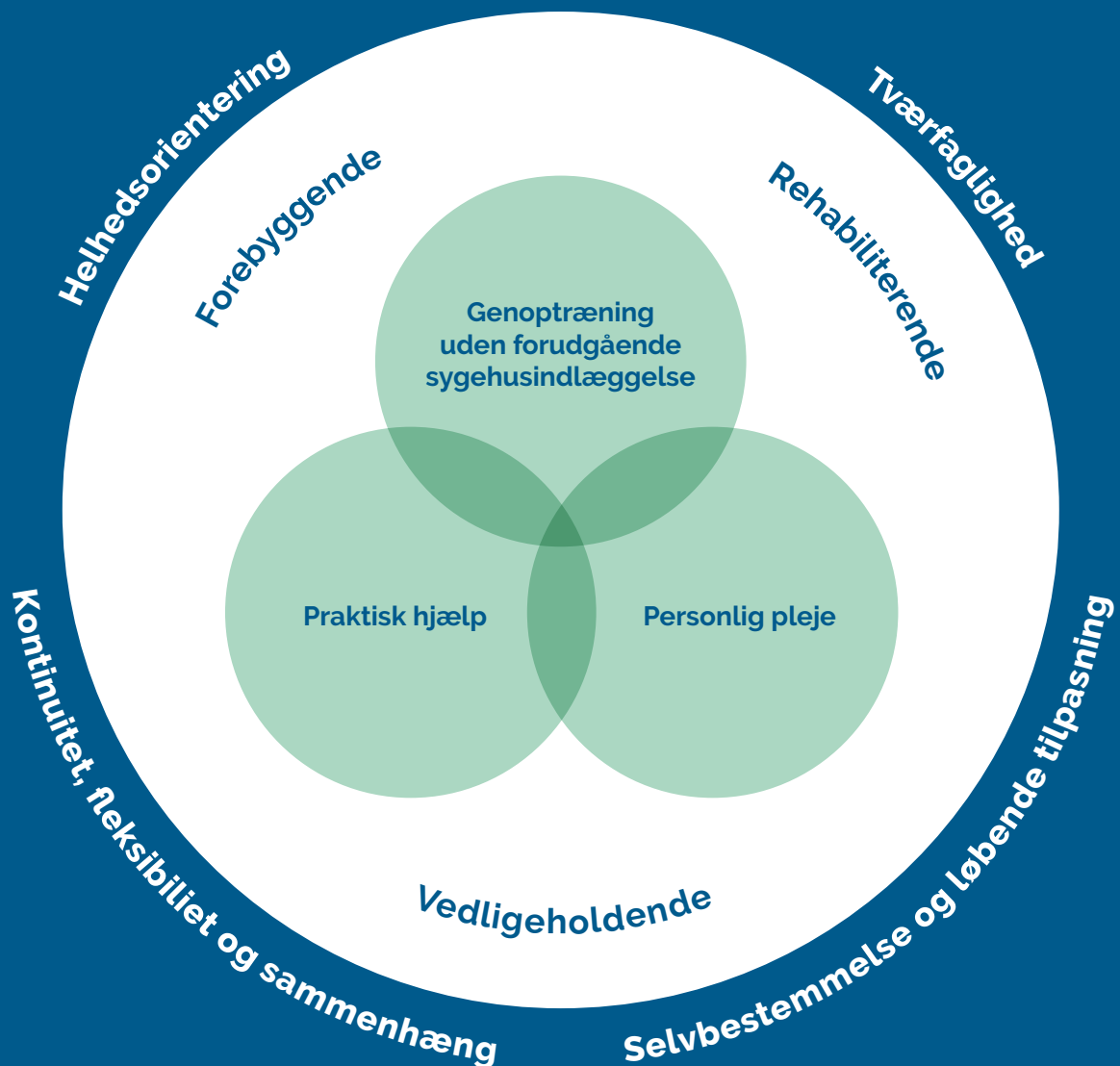
- **En helhedsorienteret indsats** som tager afsæt i borgerens aktuelle livssituation og omfatter både fysiske, psykiske og sociale behov. Medarbejderne skal fra starten, sammen med borgeren, danne sig et helhedsbillede af borgerens liv og netværk, samt have blik for, hvordan lokale fællesskaber og civilsamfundet kan bidrage til den ældres livskvalitet. Det kan for eksempel være for at modvirke ensomhed, fremme socialt velvære og understøtte funktionsevnen.
- **Tværfaglighed** i tilrettelæggelse og udførelse af hjælpen til borgeren. Hjælpen skal planlægges og udføres i samarbejde mellem de faggrupper, der er omkring borgeren. Indsatserne, som borgeren modtager, skal hænge sammen, så borgeren oplever én samlet indsats.
- **Kontinuitet, fleksibilitet og sammenhæng i hjælpen**, så borgeren møder færrest mulige forskellige medarbejdere i hjemmet. Borgeren skal opleve en stabil, forudsigelig og sammenhængende hjælp og støtte. Samtidig skal der være mulighed for at justere indsatsen løbende, så den tilpasses borgerens aktuelle behov.
- **Modtagerens selvbestemmelse og løbende indflydelse på hjælpen** betyder, at borgeren har indflydelse på, hvilken hjælp der gives, og hvordan den løbende justeres ud fra aktuelle behov og ressourcer.

Helhedspleje uanset boform

Helhedspleje efter ældreloven gælder for alle, der modtager hjælp, uanset boform.

Det vil sige, at helhedsplejen omfatter både borgere, der bor i eget hjem, i plejebolig eller på plejehjem.

Figuren viser, at alle elementer i lovgivningen udgør helhedspleje.





Fire temaer til viden og inspiration

Introduktion til temaerne

At omsætte helhedspleje til praksis kræver mange steder et skifte i tilgangen til, hvordan hjælpen tilrettelægges og udføres. Det er en forandring fra en ydelsesstyret tilgang til en sammenhængende og fleksibel tværfaglig praksis.

Dette videns- og inspirationsmateriale præsenterer fire temaer, som kan inspirere jer i det igangværende arbejde med at udvikle og realisere helhedspleje i jeres praksis. Temaerne er udvalgt, da input fra vores videns- og erfaringsindsamling særligt peger på, at netop disse områder er centrale, hvis helhedsplejen skal blive til virkelighed.

#1

Sammenhængende forløb

Temaet handler om, at pleje- og omsorgsforløb skal tage udgangspunkt i borgerens samlede livssituation, ønsker og behov. Medarbejderne skal have mulighed for fleksibelt at justere hjælpen i takt med borgerens udvikling og aktuelle ressourcer.

#2

Tre tilgange i helhedsplejen

Temaet sætter fokus på potentialerne, når det forebyggende, rehabiliterende og vedligeholdende sigte integreres som en naturlig del af helhedsplejen.

#3

Tværfagligt samarbejde

Det er afgørende, at hjælpen tænkes sammen på tværs af fagligheder. Når medarbejderne ser på borgerens livssituation fra forskellige vinkler, skaber det et mere nuanceret billede og styrker kontinuiteten i hjælpen.

#4

Organisering og kultur

Helhedspleje kræver, at både organisationen og kulturen i praksis udvikles. Forandringer i organisation og kultur er en kontinuerlig proces.

Hvert tema præsenteres med en introduktion i forhold til ældreloven, eksempler fra praksis, som viser, hvordan helhedspleje tager form i ældreplejens daglige arbejde – og hvordan I kan udvikle og styrke jeres praksis yderligere. Sidst i kataloget finder I refleksionsspørgsmål, som kan bruges til at starte en samtale i jeres praksis om, hvordan temaernes pointer kan omsættes hos jer.



Tema 1

Sammen- hængende forløb

Sammenhængende forløb

I dette tema får du viden og inspiration om, hvordan sammenhængende forløb er afgørende for en helhedsorienteret pleje, som er fleksibel, kontinuerlig og sammenhængende for borgeren.

Ældreloven og sammenhængende forløb

Med ældreloven skal kommunerne tilbyde sammenhængende og rummelige pleje- og omsorgsforløb i ældreplejen, som tilpasses borgerens individuelle behov og ressourcer over tid. Forløbene skal danne rammen for den samlede hjælp, som borgeren modtager. Det kræver, at medarbejderne følger borgerens aktuelle livssituation og behov og tilpasser hjælpen i dialog med borgeren.

Sammenhængende forløb i stedet for enkeltydelser

For at realisere helhedsplejen kræver det en ny tilgang: Fra en ydelsesstyret tilgang til en praksis, hvor relationer og sammenhæng er i højsædet.

Det betyder, at den hjælp og støtte, borgerne modtager, opleves som ét samlet forløb – ikke som adskilte enkeltydelser fra forskellige faggrupper. Når medarbejdere arbejder tæt sammen om en borgers forløb på tværs af døgnnet, viser erfaringen fra praksis, at det styrker kvaliteten, kontinuiteten og trygheden i forløbet for borgeren. Kort sagt: Sammenhængen bliver bedre, når alle faggrupper og vagtlag arbejder i samme retning med afsæt i borgerens aktuelle livssituation.

Udgangspunktet er borgeren

Sammenhængende og fleksible pleje- og omsorgsforløb handler i høj grad også om at tage udgangspunkt i borgerens aktuelle livssituation, herunder relationer, pårørende, tilknytning til lokalsamfundet og personlige præferencer – og at borgerens selvbestemmelse er udgangspunktet for helhedsplejen. Det fremmer helhedstænkning i forløbet og styrker borgerens oplevelse af sammenhæng og kontinuitet i hjælpen.

'Man skal starte med at sætte en stor fed streg over 'ydelser' det kan være 'vi skal tage skrald ud, eller vi skal lave personlig pleje eller støtte til bad, og så skal man skrive 'mennesker' i stedet for.'

– Leder

Når borgerens selvbestemmelse er udfordret

Det kan være udfordrende at sikre borgerens selvbestemmelse hvis borgeren har kognitiv svækkelse eller vanskeligheder med at udtrykke egne behov. Derfor er en refleksiv praksis vigtigt. Det betyder, at der skal være tydelige rammer for, hvordan pårørende inddrages som aktive samarbejdspartnere, og for hvordan medarbejderne løbende udvikler kompetencer inden for personcentreret omsorg, demens og relationel faglighed. Et godt eksempel er borgerkonferencer, som faciliteres af medarbejdere med særlige kompetencer inden for demens. Her følges der månedligt op på borgere med demens.

Løbende og fleksibel tilpasning

Sammenhængen i et forløb kan bl.a. skabes, når hjælpen løbende tilpasses borgerens livssituation samt funktionsevne - fysisk, psykisk og socialt. Det kræver systematisk opfølgning og tæt dialog med borgeren.

Erfaringer fra praksis peger på, at I med fordel kan etablere faste rammer for systematisk opfølgning og justering. På den måde sikrer I fælles retning og løbende vidensdeling mellem de medarbejdere, der kommer hos borgeren. Der er flere eksempler

fra praksis, hvor man har etableret faste processer for at involvere hele teamet i beslutninger om justeringer, der rækker ud over dag-til-dag tilpasninger. Det kan for eksempel være ugentlige møder såsom triagemøder, koordineringsmøder og borgerkonferencer, hvor borgerens aktuelle livssituation og indsatser drøftes.

Kontinuitet i et forløb understøtter selvbestemmelse og løbende opfølgning og tilpasning

Kontinuitet i borgerens forløb skaber tryghed, tillid og bedre forudsætninger for, at borgeren kan udøve selvbestemmelse i hverdagen. Når borgeren møder kendte medarbejdere, der er godt inde i vedkommendes livshistorie, vaner og ønsker, bliver det lettere at justere hjælpen, så den fortsat matcher borgerens behov og præferencer.

Samtidig giver kontinuitet medarbejderne et godt udgangspunkt for hurtigere at opdage ændringer i borgerens tilstand. Det gør det nemmere at tage initiativ til faglig refleksion og justering af forløbet i dialog med borgeren og eventuelt pårørende.

Flere kommuner og leverandører er i gang med at implementere mindre, faste og tværfaglige teams, som selv tilrettelægger arbejdet og dækker ind for hinanden i videst muligt omfang, fx ved sygdom. Målet er at borgeren i højere grad møder kendte medarbejdere. Erfaringer viser, at 10-12 medarbejdere er et passende antal i tværfaglige, faste teams, for at sikre et tæt kendskab til både kollegaer og borgere.



Mulige skridt på vejen i arbejdet med at skabe sammenhængende forløb

- **Prioriter en god opstart.** I kan styrke jeres tilgang ved systematisk at arbejde med opstartssamtaler og forventningsafstemning mellem borger, medarbejdere og eventuelle pårørende. Det kan fx ske ved at inddrage borgerens livshistorie, relationer, ressourcer, ønsker og behov i hverdagen for at skabe et forløb, der tager afsæt i det, der giver borgeren livsglæde og mening.
- **Skab klarhed om medarbejdernes handlemuligheder.** I kan sørge for, at alle medarbejdere kender rammerne for at justere indsatsen i forhold til borgerens aktuelle livssituation. I kan fx tage forløb op til drøftelse på personalemøder med udgangspunkt i konkrete cases og inddrage visitator som en del af kompetenceudviklingen.
- **Sikre struktur for systematisk opfølgning og refleksion.** I kan skabe faste strukturer, hvor medarbejderne løbende vender den daglige planlægning og borgerens aktuelle situation. Et team kan for eksempel sætte sig sammen to gange dagligt til et kvarters tværfaglig koordinering, hvor de deler observationer og drøfter fælles opgaver.



Eksempel fra praksis

Forenede Care – Bøgeskovhus

En rød tråd i borgerforløbet: Struktur, relationer og tidlig forventningsafstemning

På plejehjemmet Bøgeskovhus skabes sammenhængende forløb gennem mindre faste teams, klare strukturer og tidlig forventningsafstemning. Indflytningssamtalen er et centralt greb, hvor beboer, pårørende og teamet mødes for at gennemgå livshistorie, vaner og ønsker, så relationen og samarbejdet får en tryk start. De faste medarbejdere omkring hver borger giver genkendelighed og kontinuitet, hvilket både styrker relationerne og øger trygheden for beboere og pårørende. I hverdagen er der fokus på velkendte arbejdsgange og faste møder, så der er tydelig-

hed om opgaver og ansvar. De faste teams sikrer kontinuitet og kendskab til beboerne og deres vaner. Indflytningssamtalen, klare struktur og de tætte relationer skaber en rød tråd i hele forløbet – fra indflytning til daglig hjælp og støtte.

Se casen her



Visualisering af en borgerrejse

Her kan du se to eksempler på en visualisering af en borgerrejse - én for en borger i eget hjem og én for en borger på plejehjem. Visualiseringen illustrerer, hvordan et sammenhængende forløb kan se ud, med forskellige nedslagspunkter i borgerens rejse. Fra den første kontakt og visitation til den løbende dialog mellem borger og medarbejder om justeringen af hjælpen over tid. Visualiseringen kan anvendes som afsæt for drøftelser på fx teammøder eller i ledelsesfora, hvor den kan understøtte refleksion og skabe en fælles

forståelse af, hvordan sammenhængen i et forløb opleves og styrkes. Borgerrejsen kan enten betragtes i sin helhed eller tages op til drøftelse på baggrund af de enkelte scener.

Læs mere her





Tema 2

Tre tilgange i helhedsplejen

Tre tilgange i helhedsplejen

I dette tema får du viden og inspiration til, hvordan et forebyggende, rehabiliterende og vedligeholdende sigte kan blive en naturlig del af helhedsplejen, og hvordan I kan styrke kompetencerne hertil i medarbejdergruppen.

Ældreloven og det forebyggende, rehabiliterende og vedligeholdende sigte

Ifølge ældreloven skal helhedsplejen gives med et forebyggende, rehabiliterende og vedligeholdende sigte. Disse tilgange er vigtige for at styrke og bevare borgerens livskvalitet og funktionsevne. Når de løbende tænkes ind i borgerens forløb, bidrager de til at øge borgerens livsglæde, mestring og muligheden for at forblive mest muligt selvhjulpne. De tre tilgange understøtter samtidig borgerens selvbestemmelse, da det er borgerens ønsker og mål, der er drivende for disse tilgange.

Byg videre på det, I allerede gør

I ældreplejen har man i mange år arbejdet rehabiliterende og vedligeholdende. Det handler derfor om at bygge videre på de gode erfaringer og sikre, at der i alle forløb er et forebyggende, rehabiliterende og vedligeholdende sigte, tilpasset borgerens aktuelle livssituation, ønsker og behov.

Når de tre tilgange aktivt bringes i spil, understøtter det en helhedsorienteret praksis, fordi medarbejderne løbende følger borgerens behov ved at se dem i sammenhæng - både fysisk, psykisk og socialt.

Kompetenceudvikling i medarbejdergruppen

Når medarbejdere med særlige kompetencer, fx terapeuter, får mulighed for at dele deres viden gennem sidemandsoplæring, fælles refleksion og tæt sparring i teamet, styrker det hele gruppens

Det er en ret stor rejse for os. Ikke kun at tænke i hjælp, men faktisk tænke, 'hvordan skaber man livskvalitet'

– Leder

faglighed. På den måde bliver forebyggelse, rehabilitering og vedligeholdelse en naturlig del af alle medarbejders tilgang til borgerne – uanset faglig baggrund.

Der er forskellige erfaringer med, hvordan kompetencer inden for rehabilitering, forebyggelse og vedligeholdelse kan udvikles. For eksempel kan I sidemandsoplære, så rehabiliteringsterapeuter i teamet kan introducere social- og sundhedspersonale til at arbejde med digitale træningsprogrammer og løbende følger op sammen, som en del af et forløb med et vedligeholdende sigte.

Det forebyggende sigte handler om at forebygge, at ældre borgere mister funktionsevne eller bliver afhængige af hjælp.

Det rehabiliterende sigte fokuserer på at genvinde funktionsevnen i et sammenhængende hverdagsperspektiv hos den ældre.

Det vedligeholdende sigte handler om at bevare den funktionsevne, borgeren har og dermed hindre forværring.



Eksempel fra praksis

Assens kommune:

Helhed skabt tæt på borgeren

I Assens Kommune er alle fagligheder samlet under samme hat. Det betyder at visitatorer, sosu-assistenter, sosu-hjælpere, træningsassistenter, sygeplejersker og terapeuter sidder sammen fysisk, og der er en overordnet leder. At visitatorerne nu er organiseret i hjemme-plejegrupperne i en ny rolle, betyder, at de kan dele viden og at kompetencer udvikles i hele teamet. Det gør, at det nu er medarbejderne der er tæt på borgerne i hverdagen, der gennemfører faglige udredninger i hjemmet. Samtidig styrkes den forebyggende og rehabiliterende tilgang ved at se hele men-

nesket og arbejde undersøgende med både digitale træningsværktøjer og en kortlægning af borgerens ressourcer, netværk, pårørende og lokale fællesskaber, som alle kan bringes i spil i en helhedsorienteret indsats..

Se filmen her



Mulige skridt på vejen i arbejdet med de tre tilgange

- **Prioriter tidlig opsporing:** I kan sikre systematisk tidlig opsporing på både fysiske, psykiske og sociale aspekter. Her kan I fx anvende forskellige redskaber til hverdagsobservationer.
- **Styrk borgerens ressourcer og interesser aktivt:** I kan i dialog med borger eller pårørende afdække hvilke hverdagsaktiviteter, der er vigtige for borgeren, og bruge det som led i den daglige træning. I kan fx støtte borgeren i at vande blomster, besøge naboen eller etablere kontakt til lokale fællesskaber eller frivillige.
- **Brug træning i hverdagen:** I kan sikre at borgeren er mest mulig aktiv i hverdagens gøremål. Tal både med borgeren, pårørende og i teamet om gode ideer til den enkelte borger og inddrag træningen løbende når I kommer hos borgeren.
- **Skab systematisk opfølgning:** I kan skabe strukturer i hverdagen, der sikrer at der følges op, også når der er travlt. Brug modeller der sikrer at mål og tilgange løbende tilpasses ud fra borgerens ressourcer, ønsker og behov.



Tema 3

Tværfagligt samarbejde

Tværfagligt samarbejde

I dette tema får du viden og inspiration til, hvordan tværfagligt samarbejde kan belyse borgerens livssituation fra forskellige vinkler og bidrage til kontinuitet, når faggrupper samarbejder, lytter til hinanden og koordinerer deres indsats. Tværfaglighed er en kompetence, der ikke kommer af sig selv.

Ældreloven og tværfaglighed

Ifølge ældreloven skal helhedsplejen tilrettelægges og udføres med udgangspunkt i tværfaglighed. Tværfaglighed understøtter en helhedsorienteret tilgang, hvor forskellige faggrupper bidrager med hver deres perspektiv, og hvor hjælpen er planlagt ud fra borgerens samlede livssituation – både fysisk, psykisk og socialt.

Når forskellige fagligheder bringes i spil i et forløb, styrker det kvaliteten af hjælpen. Det bidrager til at hjælpen er relevant, sammenhængende og tilpasset borgerens situation – med de rette kompetencer på rette tidspunkt. Ældreloven stiller samtidig krav til, at helhedsplejen skal tilrettelægges med færrest muligt forskellige medarbejdere omkring borgeren, så borgeren så vidt muligt møder de samme personer i hverdagen.

Tværfaglighed og kontinuitet

Når et mindre tværfagligt team deler ansvaret for borgerens forløb, bliver hjælpen mere afstemt og koordineret. Det mindsker risikoen for, at viden går tabt mellem faggrupper og vagttag. Det tværfaglige samarbejde giver også mulighed for, at flere faggrupper kan varetage opgaver, som tidligere hørte til én profession. Det skyldes, at der løbende kompetenceudvikles i det daglige arbejde. Arbejdet kræver systematisk oplæring og opfølgning, men kan frigøre tid til, at hver faggruppe kan bruge sine særlige kompetencer dér, hvor de gør størst forskel for borgeren.

Daglig koordination og dialog mellem faggrupperne er afgørende. Når I taler sammen på tværs, bliver fx terapeuter og sygeplejersker mere opmærksomme på, hvornår de kan overdrage opgaver til hinanden – og omvendt. Det sikrer en tæt sammenhæng mellem den ældrepleje, der reguleres i ældreloven, og den hjælp og behandling, som mange ældre modtager på sundhedsområdet.

'... hvis du placerer ti medarbejdere med forskellige fagligheder rundt om et bord, så har du ikke et team. Du har en forsamling af forskellige individer.'

– Udviklingskonsulent

Som eksempel på daglig tværfaglig koordinering har flere fra praksis indført fælles vagtstart, mens andre har daglige tavle- og tjek-ind-møder, hvor de gør status, og hvor de sammen planlægger indsatsen omkring borgeren.

Tværfaglighed som kompetence

Tværfaglighed er derfor mere end koordinering – det er et forpligtende samarbejde med én fælles plan, hvor alle faggrupper bidrager med deres særlige viden, og hvor borgerens selvbestemmelse er i centrum.

Flere af de kommuner, der har bidraget til dette materiale, peger på, at tværfagligt samarbejde er en kompetence, der skal udvikles og trænes, og som ikke bare opstår af sig selv. Erfaringer fra praksis viser, at tværfagligheden fungerer særligt godt i komplekse borgerforløb, fordi de forskellige faggrupper ved, hvad de skal, og særligt kan bidrage med.

Når medarbejdere kender hinandens kompetencer og arbejder ud fra et fælles fagligt grundlag, bliver det lettere at skabe sammenhæng i indsatsen og reagere hurtigt på ændringer i borgerens behov.

Lederens rolle i det tværfaglige samarbejde

At skabe en stærk tværfaglig kultur kræver ofte nye strukturer, justerede arbejdsgange og psykologisk tryghed blandt medarbejderne. Erfaringer fra praksis viser, at det i mange tilfælde kræver et nyt blik på ledelse i ældreplejen.



Lederen kan med fordel indtage en mere faciliterende rolle, når I arbejder med at styrke det tværfaglige samarbejde. Gode og stabile mødestrukturer med tydelige dagsordener er vigtige - de skaber rum for at spørge, lytte og gensidigt forstå og anerkende kollegers forskellige faglige bidrag. Erfaringerne fra praksis peger desuden på, at en synlig og nærværende ledelse, som kender borgerne og har indsigt i den daglige praksis, er afgørende for, at det tværfaglige samarbejde lykkes i hverdagen.

Eksempel fra praksis

Aalborg Kommune:

Del viden og kompetencerne i praksis

I Aalborg Kommune afholder de faste tværfaglige teammøder, hvor medarbejderne sammen reflekterer over borgernes forløb. At skabe strukturerne for at mødes er én ting - at udvikle og træne de reflekserne kompetencer er en anden ting. Tværfaglighed kommer ikke af sig selv, men bliver udviklet og trænet gennem fælles faglig refleksion i de tværfaglige teams. Derfor har kommunen, ud over at ændre strukturerne, fokus på løbende at kompetenceudvikle de medarbejdere der står for at facilitere de tværfaglige møder via

coaching. Kommunen har flere eksempler på, at medarbejderne trives med den nye arbejdsform, hvor refleksion og faglig dialog fylder mere i hverdagen end tidligere.

Se casen her



Mulige skridt på vejen i arbejdet med tværfagligt samarbejde

- **Skab klarhed og nysgerrighed om roller og styrker blandt de forskellige faggrupper:** Brug kompetenceprofiler til at vise faggruppernes styrker og særlige bidrag. Synliggjorte roller og øget nysgerrighed på tværs styrker samarbejde og kvalitet i indsatsen. Inddrag alle faggrupper i dialogen om kompetenceprofilerne, så I deler viden og ansvar i fællesskab.
- **Styrk refleksion i det tværfaglige samarbejde:** Styrk det tværfaglige samarbejde ved at træne medarbejdernes lyttende og reflekserne kompetencer. Det kræver tid, facilitering og kompetenceudvikling - fx i mødefacilitering. I kan bl.a. anvende game-mastermodellen til at skabe struktur og fælles fokus på de tværfaglige møder.
- **Skab rum for relationer og fagligt fællesskab:** Afsæt tid og rum, så alle medarbejdere får mulighed for at opbygge relationer på tværs af fagligheder, både som kollegaer og som fagpersoner. Det skaber mere tillid, tryghed og samarbejdskultur i teamet.



Tema 4

Organisering og kultur

Organisering og kultur

I dette tema får du viden om, hvordan organisering og kultur understøtter helhedspleje i praksis. Du får inspiration til, hvordan du følger og støtter de ændringer, der skal til for at helhedsplejen lever i hverdagen.

Ældreloven og organisering og kultur

Organisering og kultur spiller en central rolle, når helhedsplejens formål og indhold skal omsættes til virkelighed. Ældreloven stiller ikke krav til bestemte organisationsformer, så I har frihed til at finde de løsninger, der passer bedst til jeres lokale forhold.

Flere kommuner har gode erfaringer med at afprøve nye måder at organisere arbejdet på. Et eksempel er tværfaglige teams på 10-12 medarbejdere, som sammen har ansvaret for planlægningen i et mindre område og for en afgrænset gruppe borgere.

Når nye måder at organisere arbejdet på skal ud-bredes, er det vigtigt, at de tilpasses lokale forhold. Det kan for eksempel betyde, at mødestrukturen skal se anderledes ud, alt efter om man arbejder i et byområde eller på landet.

Behov for forandringer

Erfaringer fra praksis viser, at helhedspleje kræver ændringer i den måde, ældreplejen i dag er organiseret på. Det gælder både i strukturer og i kultur. Kulturforandringerne er afgørende for at sikre den nødvendige omstilling:

- fra ydelser til sammenhængende og rummelige forløb
- fra kørelister til selvstændig planlægning og justering
- fra fastlagt hjælp og pleje til løbende tilpasning af hjælp og pleje med et forebyggende, rehabiliterende og vedligeholdende sigte
- fra monofaglighed til tværfaglighed

Disse ændringer kræver en ny tankegang i ældreplejen og en løbende dialog om retning og prioriteringer i både det faglige og det daglige arbejde.

'Vores måde at lede på er i forandring. Vi skal lede meget mere fagligt og faciliterende. Vi skal tættere på medarbejderne. Tættere på borgeren. Tættere på opgaven'

– Leder

Organisering og kultur hænger sammen

Organisering handler om at skabe klare strukturer og rammer for samarbejdet i helhedsplejen. Det kan være gennem tværfaglige mødefora, faste kontaktflader til borgere og pårørende og ledelsesmæssig tilstedeværelse i hverdagen.

Kultur handler om de værdier, normer og overbevisninger, som præger medarbejderne og samarbejdet i ældreplejen. En kultur der understøtter forståelse og ansvar for, at helhedspleje er en fælles opgave, skabt i samspil mellem borgere, medarbejdere, pårørende og civilsamfund kræver en indstilling præget af åbenhed, tillid, fælles refleksion og sparring sammen med stærke relationelle kompetencer i alle led.

Lederen er afgørende i arbejdet med kulturforandringer

For at lykkes med de nødvendige kulturforandringer er lederens rolle helt central. Som leder skal du være tæt på hverdagen, skabe mening og retning, facilitere dialog og støtte medarbejdernes faglige vurderinger. Ledelse i helhedsplejen kalder på flere kompetencer, herunder forandringsledelse, facilitering, tværfaglig ledelse og driftsledelse.

Nye arbejdsgange lykkes bedst, hvis de understøttes af en kultur, hvor samarbejde og refleksion prioriteres. Kulturændringer får lettest fodfæste, når organisering og strukturer giver plads til at handle anderledes i praksis.

Forskellige udgangspunkter

De enkelte kommuner og leverandører er forskellige steder i arbejdet med helhedspleje. Der vil derfor også være forskel på, hvordan man lokalt tilpasser organiseringen og udvikler en kultur, der understøtter ældrelovens værdier og formål. Erfaringer viser, at det er godt at arbejde trin for trin: Start i det små, afprøv nye tilgange i mindre skala, og byg videre, når der er samlet erfaringer og skabt læring.

Det er vigtigt at have realistiske forventninger. Kulturforandring og implementering af nye måder at arbejde på tager tid. Mange oplever, at arbejdet med helhedspleje aldrig bliver helt færdigt – og at det netop er pointen. Det handler om hele tiden at udvikle og fastholde det rette mindset og justere kulturen, når behov og rammer ændrer sig.



Følg udviklingen

Ældreloven stiller ikke krav om, at I skal måle på bestemte indikatorer for at dokumentere helhedsplejen. Men det kan give stor værdi at følge udviklingen systematisk. Det styrker den faglige refleksion og dialogen i organisationen og hjælper jer med at se, om realisering af helhedsplejen virker efter hensigten.

Meningsfulde data og dokumentation er godt som et fælles grundlag for læring. Her kan I fx trække på Kvalitetsmarkørene fra Ældretilsynet eller KL's inspirationskatalog til kvalitetsmåling. De kan bruges som indikatorer og dialogværktøjer i både teams og ledelsesfora.

Et godt sted at begynde er at sikre løbende dialog mellem borgere og medarbejdere som en del af det sammenhængende forløb og følge udviklingen. Brug fx indikatoren: 'dialog med borger om tilrettelæggelse af forløb' eller fokuser på tidligere opsporing og forebyggende indsatser ved at følge indikatoren: 'andel borgere, der triageres efter planen'.

Følg udviklingen – et eksempel

Et konkret eksempel er at arbejde med markør 3 fra Ældretilsynet, nemlig: 'Medarbejderne har medbestemmelse i tilrettelæggelse og udførelse af hjælpen samt fagligt råderum til at tilpasse hjælpen ud fra borgerens behov'.

Et lederteam laver en selvevaluering ud fra ældretilsynets vurderingskoncept. Det giver et billede af, hvordan det går med at give medarbejderne reel mulighed og råderum for at tilpasse hjælpen efter borgerens behov. Efter evalueringen følger teamet, hvordan medarbejderne oplever medbestemmelse i planlægningen og udførelsen af hjælpen. På teammøder drøfter leder og medarbejdere, hvordan de tilpasser hjælpen efter borgerens behov, og hvad der evt. står i vejen for det. Drøftelserne giver input til konkrete justeringer i organiseringen. På den måde bliver markøren et praktisk redskab til løbende at følge udviklingen og styrke kvaliteten i den helhedsorienterede pleje.

Læs mere om ældretilsynets vurderingskoncept her: **Bekendtgørelse om ældretilsyn.**



Eksempel fra praksis

Frederikssund Kommune:

Fra fokus på hardware til fokus på software

I Frederikssund Kommune har de først arbejdet med at få de rette strukturer og procedurer på plads – det, man kan kalde "hardware". Nu er fokus rettet mod "softwaren", hvilket vil sige samarbejdet, relationerne og de tværfaglige sider af helhedsplejen. Lederne er tæt på hverdagen og deltager aktivt i de tværfaglige møder. Deres rolle er i højere grad faciliterende og handler om at skabe rum for refleksion og fælles læring i praksis.

Når teamet har møder om borgerens forløb, bliver samtaler og planlægning en fælles opgave. Indsatsen tilpasses den enkelte borgers livssituation og selvbestemmelse. Det giver

et bedre overblik, styrker samarbejdet og skaber mere sammenhæng for både borgere og medarbejderne.

Tilgangen stiller krav til ledelsen. Det handler om at kunne kombinere tværfaglig ledelse, facilitering og forandringsledelse – og samtidig have et vedvarende fokus på at udvikle ledernes kompetencer.

Se filmen her



Mulige skridt på vejen – sådan kan I arbejde med forandringer i organisering og kultur

- **Undersøg, hvor det giver mening af sætte ind hos jer:** Start med at undersøge, hvad der er vigtigst for jer at fokusere på for at sikre, at helhedsplejen bliver til virkelighed. Inddrag flere perspektiver - fx medarbejderne, borgerne, ældreråd og pårørende – så I får et bredt billede af, hvad der har størst betydning hos jer.
- **Tag udgangspunkt i små forandringer, I afprøver og evaluerer løbende:** Forandringer bliver mere bæredygtige, når de er afprøvet i mindre skala. Brug fx Forbedringsmodellen eller andre strukturerede metoder til at planlægge, teste og justere nye tiltag. På den måde kan I løbende lære af erfaringerne og tilpasse, før I udbreder ændringerne.
- **Understøt lederne i forandringerne:** Sørg for, at lederne har mulighed for at udvikle deres kompetencer – især inden for forandringsledelse, tværfaglig ledelse, coaching og facilitering. Det styrker deres evne til at skabe engagement, retning og refleksion i hverdagen.
- **Brug data og dokumentation aktivt i opfølgningen:** Overvej, hvilke former for data og dokumentation, der giver mening i jeres praksis. Kvalitetsmarkørene fra Ældretilsynet kan eksempelvis bruges som dialogværktøj i teams og ledelsesfora til at inspirere og identificere områder for forbedring.



Metoder og redskaber

Metoder og redskaber

I dette kapitel får du en række eksempler på metoder og redskaber, der kan styrke helhedsplejen ved både at skabe mere sammenhængende, personcentrerede forløb og understøtte medarbejdernes refleksive praksis.

Metoder og redskaber til at understøtte personcentreret arbejde og løbende tilpasning i borgerens forløb

Helhedsplejen kan understøttes af forskellige metoder og redskaber, som hjælper medarbejdere med at skabe sammenhængende, personcentrerede forløb – og med at udvikle en refleksiv praksis. Nedenfor er givet en række eksempler:

Metoder og redskaber relateret til tema 1-3

Blomsten er et redskab, der kan afdække borgerens ressourcer, behov og ønsker på forskellige livsområder. Den giver et fælles udgangspunkt for dialog og prioritering af indsatsen og kan involvere både borger og pårørende. Se mere [her](#).

Isbjerget er et redskab til at forstå både synlige og usynlige faktorer, der påvirker borgerens adfærd og trivsel. Ved at afdække underliggende behov, fx følelsesmæssige eller sociale, kan medarbejderne tilpasse indsatsen, så den er helhedsorienteret. Se mere [her](#).

Trivselskarret er et redskab, der skaber overblik over borgerens daglige trivsel og livskvalitet. Når trivsel bliver målt og fulgt løbende, kan medarbejdere justere indsatsen, og borgeren er mere aktivt inddraget i beslutninger om eget liv. Se mere [her](#).

Tidlig opsporing har fokus på at opdage tegn på forringet helbred eller nedsat funktionsevne i tide. Til opsporingen er forskellige tests effektive, fx rejse-sætte-sig test, ernæringscreening og UCLA. Se mere [her](#).

Rehabiliteringsmodellen understøtter et målrettet og tværfagligt arbejde med borgerens funktions-evne, selvstændighed og hverdagsfærdigheder. Modellen skaber struktur for målfastsættelse, opfølgning og koordinering. Se mere [her](#).

Beboerkonference er et mødeforum, der samler fagpersoner til fælles drøftelse af behov, mål og indsats. Metoden styrker koordinering, tværfaglighed og borgerens selvbestemmelse. Se mere [her](#).

Borgergennemgang er et systematisk redskab til at gennemgå borgerens forløb på tværs af faggrupper. Det skaber overblik, sikrer kvalitet og hjælper med at justere indsatsen løbende. Se mere [her](#).

Metoder og redskaber særligt relateret til tema 4: organisering og kultur

Helhedsplejen skal ikke bare iværksættes – den skal også fastholdes og udvikles over tid. Følgende metoder og redskaber er eksempler, der kan anvendes til at følge udviklingen:

Forbedringsmodellen er en struktureret tilgang til at opnå forbedringer i praksis. Den består af tre grundlæggende spørgsmål og inddrager PDSA-cirklen (Plan-Do-Study-Act). Denne model understøtter systematisk afprøvning og implementering af ændringer, hvilket gør det muligt at skabe bæredygtige forandringer. Se mere **her**.

Inspirationskataloget til kvalitetsmåling fra KL giver eksempler og konkrete forslag til, hvordan kvalitet i helhedsplejen bliver målt og fulgt. Kataloget understøtter kommuner i at udvikle egne tilgange til kvalitetsmåling, hvilket er særlig relevant i arbejdet med helhedspleje, hvor kvalitet ikke kun handler om faglig indsats, men også om borgerens oplevelse, værdighed og medbestemmelse. Se mere **her**.

Ældretilsynets vurderingskoncept giver en samlet ramme for at vurdere kvaliteten af helhedsplejen. Konceptet bygger på ældrelovens tre værdier og indeholder en række kvalitetsmarkører, som afspejler faglige, borgeroplevede og organisatoriske aspekter af kvalitet. Redskabet kan hjælpe jer med at identificere udviklingsområder og styrke den løbende forbedringskultur. Se mere **her**.



Refleksions- spørgsmål

Refleksionsspørgsmålene er tænkt som en støtte til jeres arbejde med at realisere og udvikle helhedspleje i 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 lokale teams. Spørgsmålene kan bruges fleksibelt, fx i lederfora, workshops og personalemøder.



Tema 1

Sammenhængende forløb

- #1** Hvordan arbejder vi systematisk med at lære borgeren at kende fra starten – ikke kun vedrørende plejebenhov, men også interesser, relationer og livshistorie?
- #2** Hvordan sikrer vi, at borgeren oplever vores indsats som ét sammenhængende og fleksibelt forløb frem for enkeltstående ydelser?
- #3** Hvordan understøtter vi borgerens selvbestemmelse, også når behovene ændrer sig, eller når borgeren har svært ved at give udtryk for sine ønsker?
- #4** Hvordan skaber og prioriterer vi tid til fælles refleksion og videndeling, så medarbejdere kan koordinere og justere indsatsen sammen?



Tema 2

Forebyggende, rehabiliterende og vedligeholdende sigte

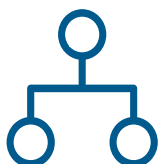
- #1** Hvordan arbejder vi hos os med det forebyggende, rehabiliterende og vedligeholdende sigte i helhedsplejen – og hvordan kan vi styrke det? Har vi eksempler, vi kan lære af?
- #2** Hvor ser vi muligheder for at tænke nyt og skabe ændringer i den nuværende praksis, så det forebyggende sigte bliver en naturlig del af helhedsplejen?
- #3** Hvilke kompetencer skal medarbejdere have eller udvikle for at lykkes med at arbejde forebyggende, rehabiliterende og vedligeholdende i hverdagen?
- #4** Hvordan følger vi, sammen med borgeren, udviklingen i et forløb og justerer indsatsen undervejs?



Tema 3

Tværfagligt samarbejde

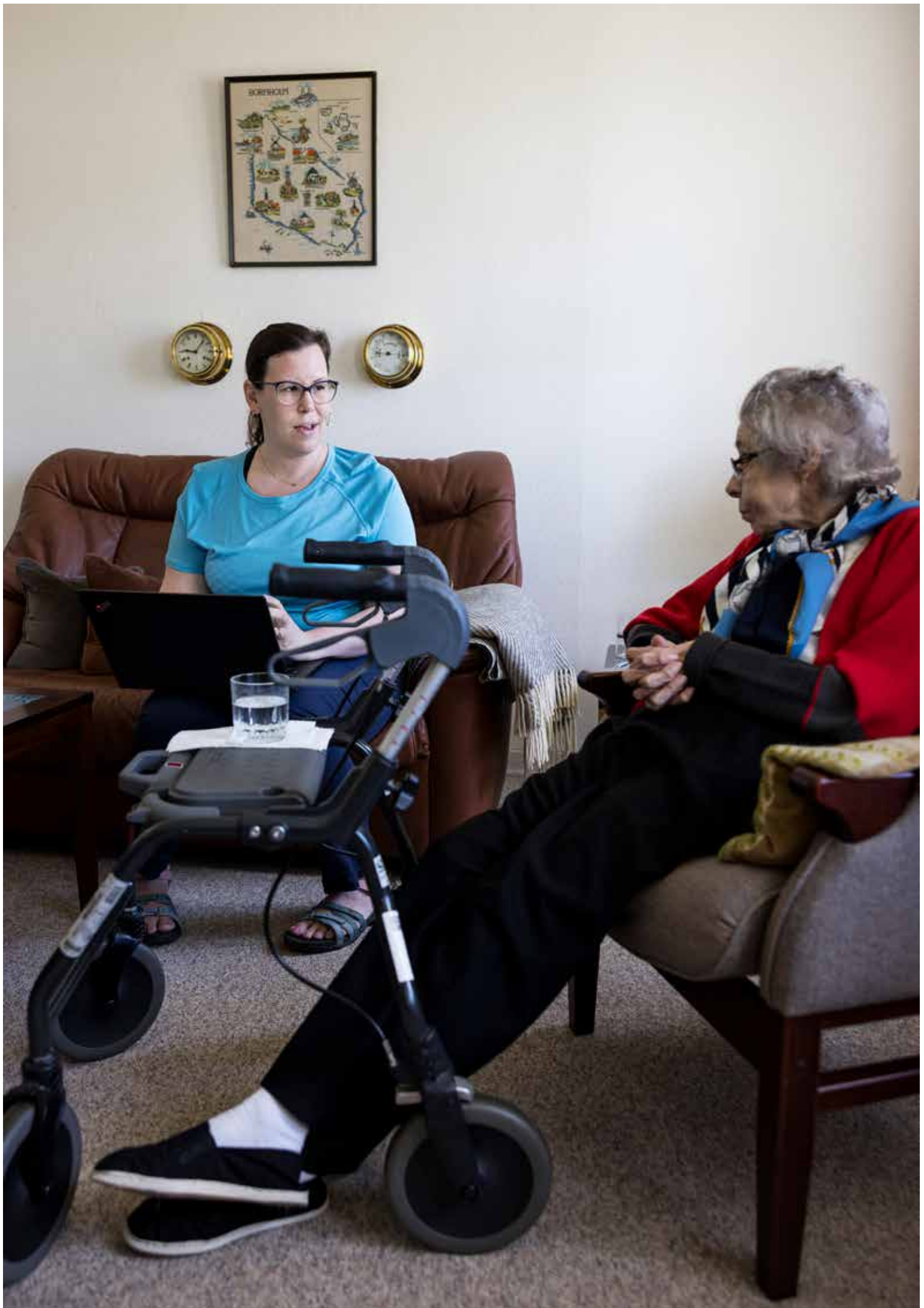
- #1 Hvordan bidrager de forskellige faggrupper i teamet til at forstå borgerens samlede livssituation – og er vi gode nok til at spørge ind til hinandens faglige perspektiver?
- #2 Hvordan bringer vi vores tværfaglighed bedst i spil i samarbejde med borgeren? Hvad er vores særlige kompetencer og styrker hver især?
- #3 Hvilke muligheder har vi som tværfagligt team for at reflektere sammen om borgernes forløb og behov?
- #4 Hvordan sikrer vi, at medarbejderne i det tværfaglige team lærer hinanden at kende og får indsigt i hinandens erfaringer, præferencer og faglige bidrag?



Tema 4

Organisering og kultur

- #1 Hvordan kan vi se i hverdagen, at helhedsplejen er godt i gang hos os?
- #2 Hvilke små tegn eller forandringer kan vise, at vi bevæger os i den rigtige retning?
- #3 Hvordan bruger vi kvalitetsmarkørerne som støtte til at holde fokus på realiseringen af helhedsplejen – og hvor giver det mening at starte?
- #4 Hvilke kompetencer eller redskaber har vi som ledere brug for, så vi bedst kan understøtte opfølgning, læring og forandring?



Referenceliste

- Ældreloven, §§ 4,9-12. Lov nr. 1651 af 30/12/2024.
Link: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2024/1651>
- Ældreministeriet. (2025). Vejledning om ældreloven (VEJ nr. 9398 af 7. maj 2025).
Link: [C20250939860 \(1\).pdf](#)
- VIVE. (2024) Hovedrapport: Faste, tværfaglige og selvstyrende teams i ældreplejen – erfaringer fra 25 kommuner.
Link: <https://www.vive.dk/media/pure/4z6b8orv/25028297>
- Bekendtgørelse om ældretilsyn. BEK nr 416 af 28/04/2025.
Link [B20250041605.pdf](#)
- Ældreministeriet. (2025). Håndbog om ældretilsynet og samtilsyn på ældreområdet 2025.
Link: [Haandbog_aeldretilsyn_og_samtilsyn_PRAKSIS.pdf](#)
- Rehabiliteringsforum Danmark. (2022). Hvidbog om rehabilitering.
Link: [hvidbog-2-udgave_180522-til-web.pdf](#)
- Sundhedsstyrelsen. (2023). Håndbog om rehabilitering på ældreområdet.
Link: [Introduktionshåndbog, Faglig ledelse](#)
- Sundhedsstyrelsen. (2017). Tidlig opsporing af forringet helbredstilstand og nedsat funktionsevne hos ældre mennesker.
Link: [TITEL](#)
- Sundhedsstyrelsen. (2024). Vidensindblik om en værdig ældrepleje - relationer.
Link: [Relationer Vidensindblik om en værdig ældrepleje](#)
- VIVE. (2023). Uden relationer kommer vi ingen vegne.
Link: ["Uden relationer kommer vi ingen vegne"](#)
- Rambøll. (2025). Meningsfuld dokumentation i ældreplejen.
Link: [Ramboell_Rapport_Meningsfuld-Dokumentation_januar2025.ashx](#)
- KL. (2025). Inspirationskatalog til kvalitetsmåling.
Link: [Inspirationskatalog til kvalitetsmåling](#)

Sundhed for alle ♥ + ●