REHABILITERINGSKOMPETENCER I TEORI OG PRAKSIS



Rehabiliteringskompetencer i teori og praksis
© 2026 Rehabiliteringsforum Danmark

Emneord: Rehabiliteringskompetencer, T-formede kompetencer, læringsteorier, tværfagligt samarbejde, refleksion i praksis, organisatorisk læring, ledelse

Sprog: Dansk

Versionsdato: Oktober 2026

Udgivet af: © Rehabiliteringsforum Danmark, oktober 2026

Arbejdet er støttet af: Rehabiliteringsforum Danmark

Layout: Company:k

Tryk: Tafdrup & CO ApS, Grafisk Design & Produktion

Korrektur: Birgitte Vange, journalist, læge og forfatter (www.laegensord.dk)

Bogen er sat med: Trade Gothic

Oplag: 1.000 stk.

Udgave: 1. udgave, 1. oplag

ISBN: ISBN 978-87-93657-60-1
Rehabiliteringskompetencer i teori og praksis. Trykt version

ISBN online: ISBN 978-87-93657-61-8
Rehabiliteringskompetencer i teori og praksis. Elektronisk version

Redaktion/forfattere: Jette Bangshaab, Jette Thuesen, Anne Kirstine Bjerrum Flor og Claus Vinther Nielsen

Medforfatter og casegruppedeltagere: Camilla Højgaard Nejst
Louise Jensen, Mille Nabsen Marwaa, Katrine Oertel, Pia Lykkegaard Søndergaard, Anne Sofie Bach Schou, Dorte Balle Rubak, Pauline Hagensen, Pia Kold, Gry Segoli, Benjamin Miquel Olivares Bøgeskov og Jonas Holsbæk

Denne publikation citeres således:
Bangshaab J, Thuesen J, Bjerrum Flor AK, Nielsen CV. Rehabiliteringskompetencer i teori og praksis, 1. udgave. Rehabiliteringsforum Danmark, Aarhus. 2026. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:
Rehabiliteringsforum Danmark
Evald Krogs Gade 9
8000 Aarhus C
Tlf. 7841 4440
E-mail: info@rehabiliteringsforum.dk
Hjemmeside: www.rehabiliteringsforum.dk

Udgivelsen kan bestilles og downloades ved www.rehabiliteringsforum.dk – under udgivelser

REHABILITERINGSKOMPETENCER I TEORI OG PRAKSIS

Rehabiliteringsforum Danmark

INDHOLD

Forord **6**

Maria lever med følger efter en rygoperation **8**

Introduktion **10**

Grundforståelser for rehabiliteringskompetencer **11**
Rehabilitering 11
Funktionsevne 12
Biopsykosocial model 13
Rehabilitering og hverdagsliv 13
Helbredsrelateret livskvalitet 14

Rehabiliteringskompetencer **15**
T-formede kompetencer 16
De syv rehabiliteringskompetencer 17
Relationelle kvaliteter og kompetencer i rehabilitering 18

Udvikling af rehabiliteringskompetencer **21**

Interprofessionel læring **22**
Tværfaglig undervisning på social- og sundhedsuddannelserne 23
Sammenfatning mellem praksis og teori 27
Centrale læringspunkter 28

Kobling mellem teori og rehabiliteringspraksis **29**
Et tværfagligt læringsmiljø i rehabiliteringspraksis. 32
Sammenfatning af praksis og teori 35
Centrale læringspunkter: 36

Organisatorisk læring og praksisnetværk **37**
Organisations- og kompetenceudvikling i en kommune 41
Sammenfatning af praksis og teori 44
Centrale læringspunkter 45

Ledelse og organisering **46**
Organisering og ledelse i udvikling af rehabiliteringskompetencer 48
Sammenfatning af praksis og teori 50
Centrale læringspunkter 52

Udfordringer og fremtidsperspektiver **53**

Forfattere og redaktører 55
Bilag med refleksionsspørgsmål 56
Litteraturliste 58

FORORD

Med *Hvidbog om rehabilitering fra 2022* fik vi et fælles fagligt grundlag for rehabilitering i Danmark. Hvidbogen beskriver rehabiliteringens værdier og principper, men behandler kun i begrænset omfang de kompetencer, der er nødvendige for at omsætte dem til praksis. Det blev udgangspunktet for Rehabiliteringsforum Danmarks initiativ til dette temahæfte.

Temahæftet er udviklet af en projektgruppe bestående af Jette Bangshaab, lektor emerita, Jette Thuesen, ph.d. og lektor, Anne Kirstine Bjerrum Flor, udviklingskonsulent, Claus Vinther Nielsen, ph.d. og professor emeritus. Arbejdet med temahæftet er sket i samarbejde med en bred kreds af professionelle fra uddannelses- og praksisfeltet, der alle har en social- og sundhedsfaglig baggrund. Resultatet er et fælles fagligt afsæt for at forstå, drøfte og udvikle rehabiliteringskompetencer på tværs af professioner, uddannelser og sektorer.

Rehabilitering handler ikke alene om indsatser, metoder og organisering. Det handler også om de professionelle, der hver dag omsætter rehabiliteringens værdier til handling sammen med kolleger, personer i rehabilitering og deres pårørende. Derfor er udvikling af rehabiliteringskompetencer afgørende, hvis vi fortsat skal styrke kvaliteten i rehabilitering.

Denne publikation henvender sig primært til undervisere og vejledere på uddannelsesinstitutioner og i rehabiliteringspraksis. Men den er også relevant for ledere og professionelle, der arbejder med rehabilitering.

En stor tak til projektgruppen for et engageret og grundigt arbejde. Tak også til de mange professionelle, medlemmer af Rehabiliteringsforum Danmarks tænketank og bestyrelse, som har bidraget med viden, erfaringer og konstruktive drøftelser. Jeg håber, at temahæftet kan skabe dialog, refleksion og fælles udvikling – både i undervisningen og i den daglige rehabiliteringspraksis. Og at det vil styrke den fortsatte udvikling af rehabiliteringskompetencer til gavn for de personer, der modtager rehabilitering.

Thomas Maribo
Formand, Rehabiliteringsforum Danmark

MARIA LEVER MED FØLGER EFTER EN RYGOPERATION

”Jeg hedder Maria. Jeg er 62 år, uddannet pædagog og leder af en skolefritidsordning. Jeg er gift med Per, som er ingeniør i en IT-virksomhed, og vi har 2 voksne børn. I øjeblikket er jeg sygemeldt på grund af kroniske smerter og depression efter en mislykket rygoperation. Jeg er i et rehabiliteringsforløb, der nok vil vare 3-4 måneder alt efter, hvordan det går. Jeg går til kontrol på hospitalet, af og til hos min praktiserende læge, på kommunens sundhedscenter og i jobcentret. Jeg har også kontakt til psykiatrien pga. min depression og jeg har kontakt til en socialrådgiver. Jeg oplever ikke altid, at det hænger sammen.

Da jeg blev udskrevet fra sygehuset, gik der tre uger, inden jeg kom i gang med min genoptræning; det frustrerede mig meget. Men da jeg endelig kom i gang, fik jeg en sundhedsprofessionel, som var fantastisk. Han så ikke kun min dårlige ryg og mine smerter. Han spurgte til mit arbejde, min familie, hvad jeg plejede at kunne lave, og hvad jeg savnede og gerne ville kunne igen. Han sagde: ”Vi skal finde din vej tilbage til et liv, der giver mening for dig”. Det gav mig håb.



Sammen med min mand var jeg til møde på kommunen. Der var en ergoterapeut, fysioterapeut, social- og sundhedsassistent, en koordinerende sygeplejerske og en socialrådgiver. De spurgte mig, hvad der var det vigtigste for mig og min mand lige nu? De talte med os og ikke bare om mig. Her var socialrådgiveren også en stor hjælp i forhold til at jeg fik en afklaring på mine rettigheder, og hvilke støtteordninger og muligheder, der er, hvis mit rehabiliteringsforløb trækker ud. Min mand syntes også, at det var et godt møde.

Jeg havde også en, der hjalp mig derhjemme, Anna, som insisterede på, at jeg skulle prøve selv. Hun sagde: ”Jeg er her for at hjælpe dig med at blive stærkere, ikke for at gøre tingene for dig”. Det gjorde en kæmpe forskel for mig og gav mig mod.

Selvom vi havde et godt møde med kommunen, så kommer der ofte modstridende anbefalinger fra mine behandlere. Fysioterapeuten siger fx, at jeg skal træne mere og være så aktiv som mulig i min hverdag. I psykiatrien siger de, at jeg skal passe på med at bruge alle mine kræfter på at træne og være aktiv, da jeg ikke må stresse krop og hjerne unødigt. Min sagsbehandler på jobcentret mener, at jeg skal i praktik om en måned for at se, hvad jeg kan klare. Jeg spurgte dem, hvem der egentlig har ansvaret for mit forløb. De siger: Det har vi alle sammen; men det føltes, som om ingen rigtig har ansvaret. Så får jeg indtryk af, at de ikke rigtig taler sammen, og at jeg bliver budbringer og selv skal videregive informationer fra den ene til den anden. Det gør mig træt.

Mit forløb giver både håb og frustrationer. Jeg har mødt fagpersoner, der så mig som et menneske, og andre, der mere så mig som en opgave. Det gav mig motivation, drive og håb, når de arbejdede sammen, koordinerede indbyrdes, og så på hele mit liv og min hverdag. At blive mødt og talt til som Maria – og ikke som en sygdom eller en diagnose. Jeg bliver hjulpet, men jeg skal selv kæmpe for at få hjælpen til at hænge sammen”.

INTRODUKTION

Hvordan sikrer vi, at rehabilitering i Danmark er vellykket - hver gang?

En del af svaret er kompetencer. Ikke som et abstrakt begreb, men som noget, der bliver udviklet, delt og brugt i et tæt samspil mellem uddannelse og den daglige praksis.

Der er brug for at sætte rehabiliteringskompetencer højere på dagsordenen. Kvaliteten afhænger i høj grad af indsatserne, men kvaliteten i rehabiliteringsforløb afhænger først og fremmest af de professionelle, der står midt i forløbene – og af deres kompetencer. Det viser Marias historie.

Her forstås kompetencer som evnen til at handle kvalificeret i konkrete situationer med afsæt i en kombination af viden, færdigheder, erfaringer, holdninger og værdier. Kompetencer udvikler sig både som faglige og personlige kompetencer. De udvikles i mødet mellem personer i rehabilitering, praksis, teori, professionelle, uddannelses-institutioner og organisationer. Hvis rehabiliteringskompetencer skal sættes højere på dagsordenen i Danmark, kræver det derfor et stærkere og mere forpligtende samarbejde mellem uddannelsesinstitutioner og de praksisfelter, der arbejder med rehabilitering.

Dette temahæfte sætter fokus på dét samarbejde og fremstiller et fælles afsæt for, hvad rehabiliteringskompetencer er, og hvordan de bedst udvikles. Disse intentioner falder godt i tråd med uddannelsesreformen, hvor praksisnær læring og tæt samarbejde er centrale omdrejningspunkter (Uddannelses- og Forskningsministeriet, 2024).

Spørgsmålet er derfor ikke, om rehabiliteringskompetencer skal tydeliggøres og styrkes, men snarere hvem, der udfører rehabiliteringsopgaver med hvilke kompetencer. Hvordan fordeles rollerne mellem de professionelle, og hvordan kan rehabilitering bedst gøres sammen?

I dette temahæfte belyses rehabiliteringskompetencer teoretisk. Fire cases fra rehabi-literingspraksis kobles til teorierne og følges af en række reflektionsspørgsmål (se bilag side 56).

Temaer:

> Hvad er rehabiliteringskompetencer?
> Udvikling af rehabiliteringskompetencer
> Lærings- og udviklingsmiljøer på uddannelsesinstitutioner og i rehabiliteringspraksis
> Organisering og ledelse af udvikling og understøttelse af rehabiliteringskompetencer
> Udfordringer og fremtidsperspektiver

GRUNDFORSTÅELSER FOR REHABILITERINGSKOMPETENCER

REHABILITERING
Rehabiliteringskompetencer i dette temahæfte tager afsæt i definitionen af rehabilitering i Hvidbog om rehabilitering. I definitionen angives målgruppen, formålet, processerne og indsatserne (Maribo m.fl., 2022):

Målgruppen er personer, der oplever eller er i risiko for at opleve begrænsninger i deres fysiske, psykiske, kognitive og/eller sociale funktionsevne og dermed i hverdagslivet. Det er ofte personer, hvis liv er i forandring både på et praktisk og på et mere eksistentielt niveau.

Formålet er at muliggøre et meningsfuldt liv med bedst mulig aktivitet og deltagelse, mestring og livskvalitet. Det hænger tæt sammen med begrebet funktionsevne.

Processerne er samarbejdsprocesser mellem personen, pårørende, professionelle og andre relevante parter, og foregår på tværs af tid og sted. De professionelle kan være fra forskellige faggrupper, enheder, sektorer, herunder sundheds-, social-, beskæftigelses- og undervisningsområdet. Samarbejdet tager altid udgangspunkt i personens perspektiver og hele livssituation.

Indsatserne er målrettede, sammenhængende og vidensbaserede og tager udgangspunkt i personens perspektiver og hele livssituation. Det omfatter forskellige indsatser og praksisformer, der tilsammen understøtter personen i at fungere i hverdagen på en måde, der er meningsfuld for den enkelte i vedkommendes omgivelser.

Desuden er rehabilitering karakteriseret ved at være (Maribo m.fl., 2022):

> **Personcentreret**, hvilket vil sige, at personen ses som en ligeværdig partner i planlægning, udvikling og evaluering af eget forløb, for at sikre, at forløbet imødekommer personens behov, præferencer, drømme og ønsker. Det indebærer, at der er fokus på personens subjektive oplevelser, følelser og personlige historie.

> **Recovery-orienteret**, hvilket betyder, at rehabilitering skal understøtte personens egen recoveryproces. Processen forstås ikke som udelukkende individuel, men som noget, der udvikles i samspil med andre og formes af de sociale og organisatoriske sammenhænge, personen indgår i.

> **Kompleks**, fordi rehabilitering omfatter flere interagerende komponenter og involverer flere tværfaglige aktører, såvel som personen og dennes netværk.

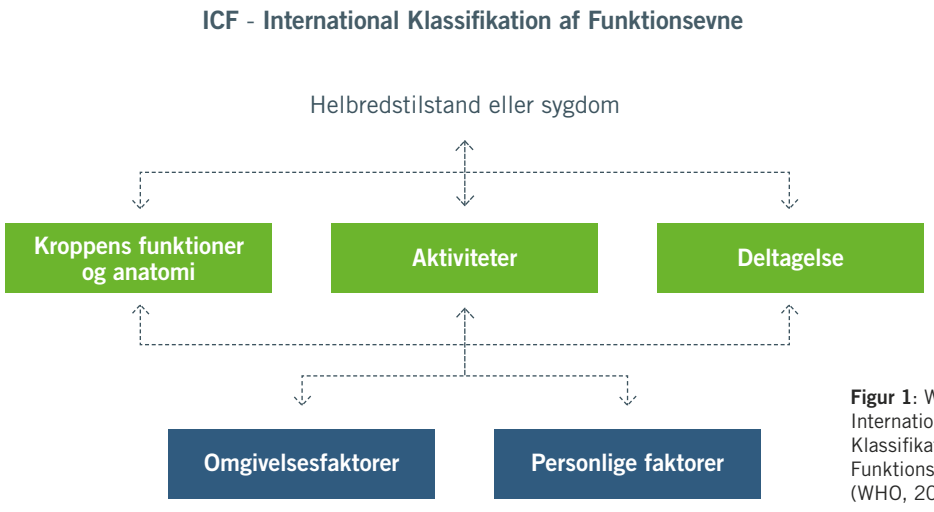
> **Tværgående**, fordi professionelle, der møder en person, indgår i rehabiliteringsforløbet på et afgrænset tidspunkt, hvor de leverer en faglig indsats. Det kan være en fysioterapeut på et hospital, hvor den fysioterapeutiske indsats skal spille sammen med andre faggruppers indsatser på hospitalet og med indsatser i andre sektorer eller fagområder – parallelt med eller på et senere tidspunkt i rehabiliteringsforløbet, fx i en kommunes beskæftigelsesområde. Den professionelle skal sideløbende med den faglige indsats understøtte personens forandringsprocesser, så vedkommende støttes i en retning, der er meningsfuld for den enkelte. Det, den enkelte professionelle leverer, er sjældent rehabilitering i sig selv, men bidrager til rehabilitering, når indsatsen koordineres med andre professionelles indsatser på tværs af organisationer og samtidig tager udgangspunkt i personens egne ønsker, behov og processer i hverdagen.

FUNKTIONSEVNE

Hvad mennesker kan og gør i deres omgivelser betegnes som funktionsevne. Begrebet omfatter både *funktion* på kropsniveau, personens *aktiviteter* (opgaver og handlinger) og *deltagelse socialt og i samfundslivet*.

Funktionsevnen udfolder sig i et samspil mellem h*elbredsmæssige forhold, omgivelserne og de personlige faktorer*.

Disse faktorer danner basis for WHO's Internationale Klassifikation af Funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand (ICF). Faktorernes indbyrdes relationer fremgår af figur 1 (WHO, 2001).



Figur 1: WHO´s Internationale Klassifikation af Funktionsevne (WHO, 2001).

ICF-modellen er baseret på en helhedsorienteret biopsykosocial tilgang.

Som det fremgår af figur 1, kan en persons funktionsevne ikke adskilles fra den sammenhæng, som vedkommende indgår i. Nedsat funktionsevne er ikke en egenskab, men en relation mellem person og kontekst. Forbedret funktionsevne er slutmålet for al rehabilitering, og der er derfor et særligt fokus på aktivitet og deltagelse, som udtryk for, hvordan personen fungerer i hverdagen, på arbejdet, i fritidsliv og samfundsliv (Maribo m.fl., 2022).

At træne kropslige funktioner er relevant i forhold til at skabe de nødvendige fysiske forudsætninger for at styrke aktivitet og deltagelse. Men fysisk træning alene styrker ikke nødvendigvis den samlede funktionsevne, da psykologiske og sociale faktorer spiller væsentligt ind. Tilsvarende vil en sundhedspædagogisk indsats, der skal styrke personens evne til at mestre egen sundhed ikke nødvendigvis forbedre aktivitet og deltagelse. I rehabilitering bør der hele tiden være fokus på, om indsatsen rent faktisk fører til forbedringer af personens funktion.

BIOPSYKOSOCIAL MODEL

ICF omtales ind imellem som 'den biopsykosociale model'. Men den biopsykosociale model er oprindeligt et bredere teoretisk perspektiv på sygdom og sundhed. Modellen blev især formuleret af George L. Engel i 1977 som et alternativ til en rent biomedicinsk sygdomsmodel. Engel argumenterede for, at man må forstå sygdom gennem et samspil mellem biologiske, psykologiske og sociale forhold (Engel, 1977). ICF kom til senere. WHO beskriver, at ICF er baseret på en biopsykosocial model og en syntese af medicinsk og social forståelse (WHO, 2001).

REHABILITERING OG HVERDAGSLIV

Rehabilitering finder sted i menneskers hverdag. Hverdagslivet er ikke blot noget, man skal "vende tilbage til" efter et rehabiliteringsforløb. Det er til stede hele tiden og udgør det udgangspunkt, som personen fortolker rehabiliteringens mål, krav og muligheder ud fra. Det er her, mennesket lever, opretholder og udvikler vaner, rutiner, relationer og indgår i fællesskaber.

Når sygdom eller funktionsevnetab forstyrrer det velkendte hverdagsliv, kan personen opleve fremmedhed og usikkerhed om, hvad man kan, og hvem man er. Rehabilitering handler derfor også om at få ny erfaring, udvikle nye rutiner og skabe en ny forudsigelighed i hverdagen.Det sker ikke alene gennem fx træning af funktioner eller sundhedspædagogiske indsatser, men i et samspil med andre mennesker, steder, sociale relationer, normer og institutionelle rammer.

Det betyder, at rehabiliteringsprofessionelle har brug for kompetencer, der rækker ud over den enkelte faglige disciplin. De skal kunne forstå personens hverdagsliv, perspektiver og eksistentielle perspektiver, samtidig med at de bidrager med specialiseret viden. De skal kunne samarbejde på tværs af professioner og systemer

og bidrager med faglig viden med de muligheder og begrænsninger, der findes i personens hverdag. Endelig kræver det kompetencer til at identificere, hvordan organisatoriske og samfundsmæssige rammer påvirker både personens og den professionelles handlemuligheder (Thuesen og Swane, 2022, Borg, 2003).

HELBREDSRELATERET LIVSKVALITET

Livskvalitet er dét, der kendetegner et godt liv for det enkelte menneske. Rehabilitering skal forbedre livskvaliteten hos den person, der er i et rehabiliteringsforløb. Selvom der findes "objektive" redskaber til måling af helbredsrelateret livskvalitet, er der tale om et subjektivt fænomen, der knytter sig til den enkeltes værdier og standarder for et godt liv. De kan variere på tværs af personer, kulturer, alder mv.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at nedsat funktionsevne ikke er lig med dårlig livskvalitet. Mennesker med nedsat funktionsevne kan sagtens have god livskvalitet, og et rehabiliteringsforløbs bidrag til livskvalitet og funktionsevne bør derfor både vurderes samlet og mht. de enkelte indsatser (Maribo m.fl., 2022).

Hver enkelt rehabiliteringsforløb har sit eget mål for bedst mulig livskvalitet og funktionsevne. Forskellige former for aktivitet og deltagelse giver mening for forskellige mennesker.

For et barn er det vigtigt at kunne lege med andre børn. Som ung er det centralt at have gode vennegrupper, som man kan "hænge ud med". En arbejdsaktiv person vil gerne fastholde tilknytning til arbejdspladsen, mens det vigtigste for en ældre og/eller svækket person kan være at fastholde kontakten til de nærmeste. For et sygt eller døende menneske kan det være afgørende at nå at være med til begivenheder og mærkedage i den nærmeste familie.

'Bedst mulig' skal derfor altid ses i forhold til, hvad der er muligt og meningsfuldt for den enkelte i et samspil med dennes pårørende og netværk, tilpasset de fysiske rammer, personens kræfter, livshorisont og helbredsmæssige forhold.

Rehabiliteringens kompleksitet, og de mange forhold der skal indtænkes i tilrettelæggelse og gennemførelse, stiller høje krav til de professionelles kompetencer og løbende udvikling af disse.

I det følgende beskriver vi tre tilgange til rehabiliteringskompetencer.

T-formede kompetencer. Modellen er valgt, fordi en Lancet-kommission i 2010 har beskrevet modellen som en relevant måde at forstå kompetencer på i et stadigt mere komplekst sundhedsvæsen (Frenk m.fl., 2010).

De syv rehabiliteringskompetencer. Tilgangen er valgt, da kompetencer er beskrevet i relation til rehabilitering og har en bred anvendelse indenfor rehabilitering i relation til de nødvendige kompetencer (Wade, 2020).

Relationelle kvaliteter og kompetencer i rehabilitering. Tilgangen er valgt, fordi forfatteren forholder sig til og uddyber de kompetencer, Wade beskriver (Nejst, 2025). Den adresserer behovet for kompetencer og kvaliteter, der belyser eksistentielle aspekter, når hverdagslivet er forstyrret og forandret af sygdom eller funktionsevnetab.

De tre tilgange tydeliggør, hvilke kompetencer og kvaliteter, der er væsentlige for at kunne indgå i og udvikle rehabiliteringsforløb. Til sammen giver de en forståelse af kompetencer som en kombination af viden, færdigheder, erfaringer, holdninger og værdier.

REHABILITERINGSKOMPETENCER

En fælles forståelse af, hvad rehabiliteringskompetencer er, hvilke der er nødvendige, og hvordan de udvikles, er afgørende for, at professionelle kan bidrage til sammenhængende og kvalificerede rehabiliteringsforløb.

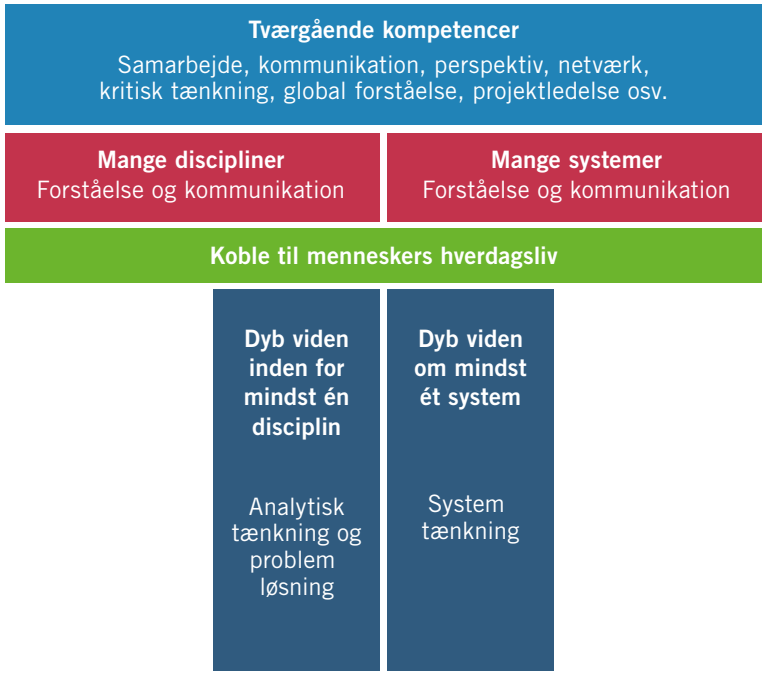
Rehabiliteringskompetencer skal understøtte komplekse indsatser på tværs af forskellige praksisformer. De udøves i tværfaglige fællesskaber og i tæt samarbejde med en person i rehabilitering, dennes pårørende og netværk. Da rehabiliteringsindsatser foregår i forskellige faglige settings - et hospital, personens hjem, et plejecenter – kan rammerne for at udføre den samme opgave fx. være forskellige.

Der tages i temahæftet afsæt i et **kompetencebegreb**, der omfatter:

Viden	Det, man ved - fx ICF, funktionsevne, rehabiliteringsprocesser
Færdigheder	Det, man gør - fx analysere funktionsevne, fastsætte mål, sikre en omhyggelig udredning af personen
Dømmekraft	Det, at kunne vurdere situationen og justere og tilpasse indsatserne - fx matche indsatserne med personens behov, muligheder og kontekst og i sammenhæng med øvrige indsatser
Holdninger, værdier, kultur	Det, der styrer, hvordan den enkelte handler – fx tværfaglig forståelse, subjektiv tilgang til personen og vedkommendes hverdagsliv
Erfaring	Det, der er lært gennem praksis - fx navigere i komplekse forløb, håndtere konflikter i et tværfagligt team, kende typiske udfordringer i rehabiliteringsforløb

T-FORMEDE KOMPETENCER

Philip Gardner forsker i læring på arbejdspladsen (work-integrated learning, WIL) ved Michigan State University. Han har videreudviklet den T-formede kompetencemodel med fokus på uddannelse, arbejdsmarked og udviklingen af professionelle, der kan bevæge sig på tværs af faglige og organisatoriske grænser (Gardner, 2017). Begrebet T-formede professionelle, som er afsæt for T-formede kompetencer, kan spores tilbage til David Guest 1991.



Figur 2: Figuren, der viser T-formede kompetencer, er inspireret efter Gardner, 2017 og videreudviklet af forfatterne bag temahæftet.

Den vertikale søjle i T´et relaterer til monofaglige kompetencer og deltagelse i det faglige arbejde inden for egen enhed.

Den horisontale bjælke i T´et repræsenterer forståelsen af andre fagområder, professioner og systemer, samt viden om de systemer, man selv indgår i. Disse kompetencer gør det muligt at kommunikere og samarbejde med professionelle fra andre faggrupper. Et eksempel på dette kan være hospitalsansattes viden om, hvad kommunens rolle er i rehabiliteringsforløbet. Denne indsigt hjælper til at skabe overblik over forløbet og samarbejdet med andre professionelle og sektorer og med borgeren.

Til de horisontale kompetencer hører også 'Tværgående kompetencer'. Det er kompetencer m.h.t. at bygge bro mellem forskellige fagområder, kulturer, praksisser og enheder og forstå kontekstens betydning for rehabilitering. Det kan omfatte personens hverdagsliv, funktionsevne og samspil med social- og sundhedsvæsenet. Disse kompetencer kan skabe sammenhæng mellem de forskellige indsatser, personens hverdagsliv, funktionsevne og behov.

Modellen med T-formede kompetencer er ikke specifikt udviklet til rehabiliterings–området, men er en generisk model, der kan anvendes inden for forskellige områder. Til denne publikation er modellen videreudviklet med en tværgående dimension, som er evnen til at koble faglige handlinger til personens hverdagsliv. Denne dimension er afgørende for, at rehabilitering hænger sammen og giver mening for personen og de pårørende.

DE SYV REHABILITERINGSKOMPETENCER

Derick T. Wade er læge, forsker og kliniker inden for neurologisk rehabilitering og professor i neurorehabilitering ved Oxford Brookes University. Hans kompetencemodel er rettet mod rehabilitering, og uddyber de vertikale og horisontale kompetencer i Gardner's T-model. Modellen er bygget op omkring syv kompetencer, som præsenteres nedenfor i en modificeret udgave udviklet af forfatterne bag temahæftet (Wade, 2020).

1. **Anvende den biopsykosociale forståelsesramme.**
   Rehabilitering bygger på en biopsykosocial forståelse af menneskets funktions–evne, hvor biologiske, psykologiske og sociale forhold gensidigt påvirker hinanden. Kompetencen indebærer, at den professionelle kan anvende denne forståelsesramme i alle aspekter af rehabiliteringsarbejdet – fra vurdering af personens situation og planlægning af indsatser til samarbejde, koordinering og organisering af et sammenhængende forløb.

2. **Indgå som et ligeværdigt og aktivt medlem af ethvert tværfagligt team.**
   Samarbejdende teamwork er den bedste tilgang til komplekse problemer, men det kræver, at de enkelte professionelle deler deres faglige ekspertise og hjælper hinanden med at understøtte og opnå kompetencer i de indsatser, der planlægges. Et vellykket tværfagligt samarbejde forudsætter, at man udviser en positiv tilgang, viser dedikation til samarbejdet, behandler de andre i teamet med respekt, og er forberedt på både at lede og lade sig lede.

3. **Samarbejde på tværs af organisatoriske grænser og sektorer.**
   Tværfaglige teams og de enkelte medlemmer skal kunne samarbejde tæt med andre afdelinger og organisationer, understøtte igangsatte indsatser, dele viden og information. Det vil ofte betyde, at man informerer og oplærer både professionelle, pårørende og netværk til personen i rehabilitering, så de bedst muligt kan hjælpe og støtte den pågældende.

4. **Håndtere usikkerhed og kompleksitet samt understøtte langvarige rehabiliteringsprocesser.**
   Personer i rehabilitering har ofte problemstillinger, som kan vare i årevis eller resten af livet. Der vil derfor være usikkerhed om, hvordan fremtiden vil forme sig, og om indsatserne vil afhjælpe personens problemer. Den professionelle skal kunne erkende denne usikkerhed og tale med personen og andre om den. Her kan den biopsykosociale model vise de forskellige forhold, der influerer på udkommet af indsatserne. I samarbejde med andre professionelle skal man være forberedt på at tilbyde langvarig rehabiliteringsstøtte, som ikke er begrænset til egen faglige ekspertise.

5. **Anvende og understøtte vidensbaserede rehabiliteringsindsatser.**
   I et rehabiliteringsforløb anvender flere forskellige professionelle de samme indsatser. De professionelle er ikke eksperter i alle rehabiliteringsindsatser, men de skal alle være i stand til at støtte personen med de basale dele af indsatserne. Den professionelle, der har særlig faglig ekspertise på et område skal bistå og hjælpe de øvrige og støtte deres indsats. Det er samtidig væsentligt at anvende indsatser, der både bygger på personens perspektiver, på forskningsviden og praksiserfaring.

6. **Bidrage med særlig ekspertise til gavn for personen og det tværfaglige samarbejde.**
   Enhver professionel i det tværfaglige team har særlig ekspertise og færdigheder, som de andre i teamet ikke har. Fastholdelse af særlig ekspertise er væsentlig i al rehabilitering. Den professionelle skal bidrage til forståelsen af personens situation ud fra sit faglige, perspektiv og med afsæt heri bistå med at udvikle et sammenhængende rehabiliteringsforløb.

7. **Planlægge, gennemføre og evaluere rehabiliteringsprocesser sammen med personen og relevante samarbejdspartnere.**
   Det tværfaglige team skal identificere personens behov, og vurdere, hvordan og af hvem de kan imødekommes. De professionelle skal kunne identificere, hvad der skal prioriteres blandt behovene, indsatserne og målene og ud fra denne prioritering udarbejde en individualiseret og helhedsorienteret rehabiliteringsplan.

RELATIONELLE KVALITETER OG KOMPETENCER I REHABILITERING

Camilla Højgaard Nejst er ergoterapeut, sundhedsantropolog og ph.d.. I et ph.d.-studie om håb i rehabilitering undersøger hun, hvordan håb opleves og folder sig ud i rehabiliteringen af mennesker med erhvervet hjerneskade, belyst gennem internationale studier, personers egne erfaringer og rehabiliteringsprofessionelles perspektiver. Studiet peger bl.a. på, at håb og håbløshed ofte veksler gennem rehabiliteringsforløbet, og at disse udsving har betydning for både personer i rehabilitering og de fagpersoner, der støtter dem (Nejst, 2025).

Supplerende til Gardner og Wades kompetencemodeller undersøger Nejst i én af artiklerne i ph.d.-afhandlingen, hvordan rehabiliteringsprofessionelle møder, udforsker og responderer på håb og håbløshed, og hvilke kvaliteter og kompetencer dette arbejde forudsætter (Nejst m.fl., 2025).

Med inspiration fra begreberne *relationel omsorg* (relational caring) og *praktisering af nærvær* (practising presence) viser studiet, at arbejdet med håb og håbløshed forudsætter en række relationelle, psykosociale og eksistentielle kvaliteter og kompetencer, som ikke udfoldes nærmere i eksisterende kompetencetilgange (Baart og Timmermann, 2024, Nejst m.fl., 2025).

På baggrund af artiklens fund fremhæver Nejst m.fl. en række indbyrdes forbundne relationelle kvaliteter og professionelle kompetencer, som gør sig gældende, når professionelle møder personer i langvarige rehabiliteringsforløb, hvor håb og håbløshed kan veksle gennem forløbet (Nejst m.fl., 2025, Nejst, 2025).

Det handler grundlæggende om kvaliteter og kompetencer til at møde personen dér, hvor vedkommende befinder sig, og om at kunne være til stede, også når håb, usikkerhed og håbløshed fylder.

Nedenstående temaer skal ikke forstås som en udtømmende liste over adskilte kompetencer og kvaliteter, men som indbyrdes forbundne aspekter af en relationel rehabiliteringspraksis, der ofte udfolder sig samtidigt og gensidigt understøtter hinanden.

Praktisere nærvær: Den professionelle engagerer sig opmærksomt i personens situation og bestræber sig på at forstå hans eller hendes livsverden. Det indebærer at være fysisk og mentalt til stede, afstemme sig efter personens behov og perspektiver samt møde personen med lydhørhed, nysgerrighed og åbenhed.

Give og dele tid: Den professionelle giver af sin tid og anerkender, at håb, sorg, erkendelser og forandringer udvikler sig i forskellige tempi. Det indebærer at skabe plads til personens oplevelser og at dele tiden med personen frem for ensidigt at fokusere på fremdrift og målopfyldelse.

Følge personen gennem håb og håbløshed: Den professionelle kan bevæge sig med personen gennem skift mellem håb og håbløshed uden at trække sig fra relationen. Det indebærer at lade personens situation, behov og tempo være retningsgivende for den faglige respons og være åben for, at retningen kan ændre sig undervejs.

Rumme magtesløshed og usikkerhed: Den professionelle skal kunne udholde situationer, hvor der ikke findes en umiddelbar løsning, og hvor udfaldet er usikkert. Det indebærer at kunne være til stede i personens lidelse og vanskeligheder uden nødvendigvis at kunne reparere, forbedre eller forudsige situationen.

Blive hos personen, når håbet svigter: Den professionelle kan blive ved med at være til stede og fastholde relationen i perioder præget af håbløshed. Det indebærer trofast at blive hos personen og i nogle situationer midlertidigt at bære håbet, indtil personen igen selv kan få øje på muligheder og fremtid.

Ovenstående kvaliteter og kompetencer peger samlet på, at rehabiliteringsarbejde ikke alene forudsætter faglige, kliniske og tekniske kompetencer, men også kvaliteter og kompetencer til at håndtere relationelle, psykosociale og eksistentielle aspekter af rehabiliteringsprocessen. Studiet understreger dermed betydningen af professionelles evne til at være til stede i usikkerhed, håndtere håb og i særdeleshed håbløshed samt støtte personen gennem de forandringer, der følger med et langvarigt rehabiliteringsforløb.

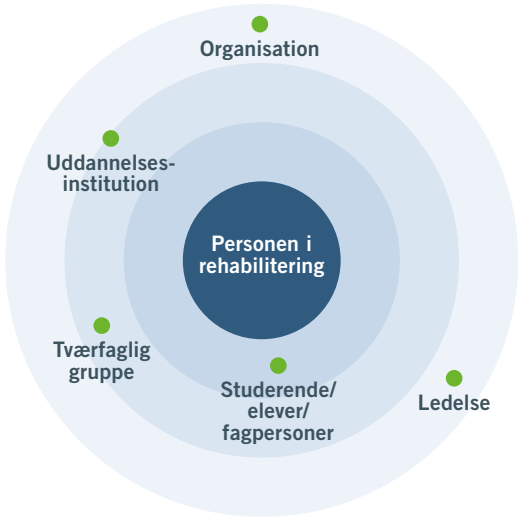
Perspektivet kvalificerer Wades fjerde rehabiliteringskompetence, som handler om at kunne anerkende og håndtere den usikkerhed, der præger rehabiliteringsforløb, samt kommunikere åbent med personen i rehabilitering om de faktorer, der kan påvirke forløbets udfald (Wade, 2020).

Flere andre end Nejst har beskæftiget sig med, hvordan eksistentielle aspekter kan adresseres i rehabilitering. Eksistentielle emner er velbeskrevet i den palliative litteratur (fx DMCG-PAL, 2023; Sallnow et al, 2022; Timm et al, 2021), og er også på vej ind i rehabiliteringsfeltet. I Danmark har bl.a. Tonnesen beskæftiget sig med håb i relation til målsætning i rehabilitering (Tonnesen, 2022), og et igangværende forskningsprojekt har fokus på håb og handlekraft i rehabilitering (Tonnesen et al, 2026; Graven et al, 2026). Internationalt har Mattinglys arbejde gennem de senere årtier sat eksistentielle emner på dagsordenen, også i rehabilitering (Mattingly, 2010), og det samme har for eksempel Bright (Bright & Kays, 2024).

UDVIKLING AF REHABILITERINGSKOMPETENCER

Rehabiliteringskompetencer udvikles gennem praksis og samarbejde. Kompetencerne skal gøre de professionelle i stand til at handle kompetent i forskellige situationer og overføre erfaringer med rehabilitering fra én sammenhæng til en ny (Wahlgren og Aarkrog, 2012).

Læring og udvikling af rehabiliteringskompetencer tager forskellige afsæt og udvikler sig på forskellige niveauer. Det foregår på kryds og tværs i samarbejdet med personen i rehabilitering som omdrejningspunkt. Det sker under uddannelsen og i praksis, på uddannelsesinstitutionen og i hverdagens læringsrum, i den tværfaglige gruppe og i organisationen på tværs af faglige netværk og enheder (se figur 3).



Figur 3: Figuren viser samspil for læring og udvikling af rehabiliteringskompetencer i forskellige sammenhænge.

At udvikle rehabiliteringskompetencer kræver veltilrettelagte og gennemtænkte læringsmiljøer, som inddrager de elementer og det samspil, der fremgår af figur 3. De ledelsesmæssige og organisatoriske rammer (yderste ring i figur 3) har stor betydning for, at rehabiliteringskompetencer bliver udviklet og anvendt (se nærmere side 45).

I det følgende præsenteres fire eksempler, der viser læringsmotorer eller 'drivere for læring' af rehabiliteringskompetencer.

INTERPROFESSIONEL LÆRING

Jean Lave er socialantropolog og ansat som professor ved University of California, Berkeley. Etienne Wenger er læringsteoretiker med en baggrund som datalog og ph.d. Sammen har de udviklet teorien om situeret læring og begrebet om praksisfællesskaber. Deres teori forklarer, *hvordan professionelle lærer og udvikler kompetencer* i praksis.

Lave og Wenger ser læring som et fænomen, der opstår gennem deltagelse i praksisfællesskaber. Et *praksisfællesskab* er kendetegnet ved, at deltagerne har et gensidigt engagement, em fælles opgave og et fælles repertoire af rutiner, begreber, værktøjer og indsatser. De lærer gennem samarbejde, dialog og refleksion over de fælles opgaver og udfordringer, de møder, og nye deltagere bevæger sig over tid fra perifer til fuld deltagelse. Læring, der knytter sig til en konkret social og faglig sammenhæng og sker gennem aktiv deltagelse sammen med andre, betegnes *situeret læring* (Lave og Wenger, 2003, Illeris, 2019).

I rehabilitering fungerer de tværfaglige teams ofte som praksisfællesskaber, hvor forskellige fagpersoner er gensidigt afhængige i løsningen af rehabiliteringsopgaver. De har fælles virksomhed og møder, hvor de løbende diskuterer og forhandler mål, roller og indsatser. Praksisfællesskaber i form af tværfaglige teams er relevante i al rehabilitering, da fælles forståelser, fælles praksis og koordinering er centrale elementer i vellykkede rehabiliteringsforløb.

Lave og Wenger fremhæver, at læring også opstår gennem *legitim perifer deltagelse*, hvor nye professionelle starter med at være i periferien af et praksisfællesskab - fx et rehabiliteringsteam - og gradvist deltager mere og mere aktivt. Gennem deltagelse, observation og opgaver udvikler de professionelle erfaring, kompetencer og forståelse for egen rolle i fællesskabet. I rehabilitering vil studerende og elever i starten mest observere praksis, men under vejledning af en underviser og/eller erfaren kollega bliver de mere og mere selvstændige deltagere (Kvale og Nielsen, 1999).

Wenger beskriver også, hvordan deltagelse i praksisfællesskaber bidrager til udvikling af faglig identitet og forståelse for både egen og andres rolle i fællesskabet. Samtidig styrkes indsigten i forskellige faggruppers ansvars- og kompetenceområder, i arbejdet med at styrke en persons funktionsevne og livskvalitet (Wenger, 2004).

Men denne læring opstår ikke af sig selv. Den kræver rammer, der understøtter situeret læring og samarbejde (Lehn, 2023).

I tværfaglige rehabiliteringsteams kan der let opstå uenigheder og konflikter, når forskellige faglige perspektiver, værdier og forståelser mødes. Uenighed kan være en vigtig læringsmotor i det tværfaglige samarbejde, hvis den er konstruktiv. Det kræver, at uenighed bliver håndteret gennem dialog, refleksion og udvikling af fælles forståelse.

Monrad og Ejrnæs påpeger, at holdningsmæssig uenighed er et grundvilkår i pædagogisk, socialt og sundhedsfagligt arbejde. Dette understøttes af Tuckmann, der beskriver 'storming' som en af faserne på vej mod et effektivt teamsamarbejde (Ejrnæs, 2019, Karpman, 2013).

Tager man afsæt i ICF-modellen, giver det god mening, at der er forskellige holdninger til, hvor der skal sættes ind, hvilke faktorer der skal handles på, og hvornår. Skal en deltagelsesproblematik fx håndteres med fokus på personens fysiske eller psykiske kapacitet, personens motivation eller personens beskæftigelsessituation? Fokus vil afhænge af den enkelte professionelles faglige udgangspunkt, som vil anvise forskellige faglige tilgange og muligheder.

Hvis forskelle og uenigheder i holdninger, forståelser og fortolkninger bliver anerkendt som grundvilkår, kan det tværfaglige samarbejde i rehabilitering være et rum for læring. Monrad taler om læring gennem modsatrettede eller divergerende opfattelser. Det er lærerigt at undersøge forskelle i holdninger, vurderinger, tolkninger, normer, forestillinger og viden, men det sker ikke af sig selv. Det kræver, at der skabes rammer for refleksion over faglige uenigheder, så de bruges konstruktivt og fører til udvikling af både egne og kollegernes kompetencer. Uenighed og konflikter kan stå i vejen for et godt samarbejde og for læring, men uenighed kan også være en konstruktiv uenighed, der bliver drivkraft for læring mellem de professionelle (Ejrnæs, 2019, Karpman, 2013).

Uenighed må ikke føre til handlingslammelse, og derfor kan det i nogle tilfælde være nødvendigt, at ledelsen træffer beslutninger. Det bliver derfor også en væsentlig ledelsesopgave for undervisere og vejledere, hvis de kan se at uenigheder handlingslammer de professionelle.

TVÆRFAGLIG UNDERVISNING PÅ SOCIAL- OG SUNDHEDSUDDANNELSERNE

I det følgende beskrives et tværfagligt undervisningsforløb for studerende og elever på social- og sundhedsassistent-, sygeplejerske-, ergoterapeut-, fysioterapeut-, jordemoder- og socialrådgiveruddannelserne. Det tværfaglige undervisningsforløb foregår på en uddannelsesinstitution. Forløbet illustrerer, hvordan praksisfællesskaber, situeret læring og konstruktiv uenighed kan anvendes som læringsmotorer.



STUDERENDES MØDE PÅ TVÆRS OG DE FØRSTE SAMMENSTØD

Da jeg står foran de studerende og elever den første dag, mærker jeg både forventning og usikkerhed. De kommer fra sygeplejerske-, ergoterapeut-, fysioterapeut-, jordemoder-, og socialrådgiveruddannelserne og fra Social- og Sundhedsassistent-uddannelserne (SSA).

De studerende/eleverne starter med kreative præsentationer af deres professioner, som de har forberedt inden forløbet. De formulerer, hvordan deres fag bidrager til den tværfaglige helhed (jf. Gardners vertikale kompetence).

Allerede her opstår de første sammenstød – nogle tager hurtigt ordet, andre trækker sig, og en gruppe oplever, at de ikke bliver taget alvorligt. Mit spørgsmål: "Hvem bestemmer i et tværfagligt team?" falder til jorden med et sigende blikskifte. Denne konkrete erfaring sætter gang i refleksioner over faglige identiteter, roller og ligeværd – en nødvendig forudsætning for at udvikle Gardner's horisontale kompetencer: Viden om de andre, samarbejde og respektfuld kommunikation.

INGRIDS MÅL SOM PEJLEMÆRKE FOR DET TVÆRFAGLIGE SAMARBEJDE

Herefter præsenterer jeg den case, de studerende/eleverne skal arbejde videre med: Ingrid på 88 år er nyligt udskrevet efter en blodprop i hjernen. Hun har dysfagi, nedsat funktion af højre side og en bekymret ægtefælle, Leif, der selv har kognitive vanskeligheder.

I tværfaglige grupper planlægger de indsatser, fx bad og påklædning, og jeg hører de monofaglige logikker folde sig ud. Nogle fokuserer på sikker hverdagsmestring (aktivitet) og energiforvaltning (personlige faktorer), andre på påklædning og funktionstræning (aktivitet), mens andre igen fokuserer på mobilisering (aktivitet) og på sikkerhed og dysfagi (aktivitet, helbred).

Socialrådgiverstuderende retter især opmærksomheden mod støttebehov, de pårørendes situation og muligheder for støtte efter Serviceloven samt de omgivelsesmæssige og samfundsmæssige faktorer, der påvirker Ingrids rehabilitering. Sammenstødet mellem faglige perspektiver bliver ikke en forhindring, men selve læringsmotoren.

De studerende/eleverne prøver selv at drikke væske med fortykkelsesmiddel. Mange bryder sig ikke om det, og de forstår pludselig Ingrids modstand (kropsliggjort erkendelse og erfaring). De bevæger sig fra erfaring til refleksion og begrebsliggørelse - fx via ICF's klassifikation af funktionsevne - og videre til aktiv afprøvning i næste

planlægningsrunde. Teori og praksis kobles, og rehabiliteringskompetencer omsættes til handling, hvor personens mål er styrende for det tværfaglige samarbejde.

SCENARIEØVELSE SOM BROBYGGER

Der er herefter en scenarieøvelse: en læringsaktivitet, hvor de studerende/eleverne arbejder med en praksissituation. Formålet er at træne analyse, refleksion, beslutningstagning og tværfagligt samarbejde ved at anvende faglig viden knyttet til en konkret situation. Qua deres fagprofessioner bidrager de med forskellige perspektiver og kompetencer, for at skabe den bedst mulige løsning for personen i rehabilitering. Med scenarieøvelser bygges der bro mellem uddannelse og praksis, hvor de omsætter teorier og samarbejder praksisnært.

Scenarieøvelsen har fokus på udskrivelsessamtalen med Ingrid og Leif, hvor dilemmaerne bliver tydelige: Leif beder om hjælp til egne opgaver, men det ligger uden for bevillingen. Her bringer de socialrådgiverstuderende deres viden om lovgivning, visitation, støtteordninger, pårørendebelastning og koordinering mellem sektorer i spil. De bidrager med perspektiver på, hvordan familiens samlede situation kan afdækkes, og hvordan man kan støtte Ingrid og Leif inden for gældende rammer.

Eleverne på social- og sundhedsassistentuddannelsen sætter viden om hverdagsrehabilitering i spil for at understøtte, at Ingrid lever så aktivt og selvstændigt et liv som muligt. De får en samlende og koordinerende rolle i de tværfaglige indsatser, som skal tænkes ind i Ingrids rehabilitering. Det betyder fx at fysioterapeutens gangtræning indgår i de daglige opgaver i hjemmet (ADL), ligesom social- og sundhedsassistentens observationer, når Ingrid spiser og behovet for hjælpemidler i hjemmet, danner grundlag for ergoterapeutens udredning og håndtering af tygge- og synkebesvær.

BALANCEGANGEN MELLEM FAGLIGHED, MÅL OG RAMMER

De studerende skal balancere faglig viden, personens mål og kommunens rammer – en proces, hvor de både må stå fast på deres faglighed og samtidig give plads til andres. Her får de erfaringer med det teoretiske ideal om fælles mål: Hvem tager samtalen? Hvordan inddrages både person og pårørende meningsfuldt? Hvordan prioriterer vi, når faglige hensyn strider og vi stadig skal finde et fælles mål? Det er her, deres horisontale kompetencer udvikles: De oplever magtesløshed, men også, at koordination, dialog og fælles refleksion kan skabe retning.

Posterfremlæggelserne til sidst er kaotiske og gavnlige på samme tid. En stor del af dem peger på, at netop uenighederne skabte den største læring. At stå fast i sin faglighed og samtidig skaber plads til andres perspektiver. De begynder at tale et fælles tværfagligt sprog, kobler rehabiliteringsbegrebet, ICF og sundhedspædagogik til deres valg og erkender, at samarbejde ikke er lineært, men en forhandlet praksis. Her udvikles ikke bare viden, men også tværfaglig dømmekraft.

SAMMENFATNING MELLEM PRAKSIS OG TEORI

En tværfaglig gruppe af studerende og elever fra social- og sundhedsuddannelserne bliver i undervisningen på en uddannelsesinstitution organiseret som et praksisfællesskab, der fungerer som et tværfagligt læringsrum for udvikling af rehabiliteringskompetencer. De starter alle med at være i periferien af praksisfællesskabet og af det tværfaglige samarbejde, der skal etableres og udvikles mellem dem. Det er nyt for dem at indgå i tværfagligt samarbejde med andre faggrupper, og det er nyt for dem, at skulle vise og fortælle om deres faglige styrker og kompetencer i det tværfaglige praksisfællesskab.

Da de præsenterer deres faglige profiler for hinanden, bliver der igangsat en læring og udvikling af de vertikale T-formede kompetencer. De får en øget bevidsthed og viden om, hvilke faglige områder de hver især har/får dybdefaglig viden om i deres uddannelse. De får en øget bevidsthed om deres faglige dybdekompetencer ved netop at formulere dem for de andre faggrupper i praksisfællesskabet og ved at vise den fagekspertise de kan byde ind med, i de rehabiliterende indsatser. Samtidig får de en begyndende læring om de andres fagligheder, og hvordan de hver især og tilsammen kan understøtte det fælles pejlemærke: borgerens mål for funktionsevne.

Denne proces er en form for positionering af fagligheder i praksisfællesskabet, og der opstår let uenighed mellem deltagerne i det tværfaglige læringsrum.

Uenighed og konflikter kan stå i vejen for et godt tværfagligt samarbejde og læring, men som vi tidligere har skrevet, så kan konstruktiv uenighed også blive en drivkraft for læring. Uenighed kan blive en læringsmotor, hvis den igangsætter konstruktive diskussioner og refleksioner som understøttes kvalificeret og målrettet af en underviser eller vejleder udenfor praksisfællesskabet. Det er derfor en væsentlig opgave for underviseren eller vejlederen at håndtere uenigheder i det tværfaglige samarbejde mellem de studerede/eleverne.

Det kan underviseren gøre via cases, der gør en person til omdrejningspunkt for de studerendes og elevernes faglighed og tværfaglighed. Underviseren eller vejlederen kan også sætte fokus på en biopsykosocial forståelse af personens funktionsevne som det fælles mål, de sammen skal arbejde hen imod.

Undervisningsformen, hvor der etableres et tværfagligt læringsrum, er tilrettelagt for at skabe ideelle rammer for læring for de studerende og eleverne. Underviserne og vejlederne kan designe rammerne for læring, og derigennem understøtte udvikling af rehabiliteringskompetencer i praksisfællesskabet via det tværfaglige samarbejde om casen.

Når man etablerer et praksisfællesskab der ligner virkelighedens tværfaglige rehabiliteringssamarbejde, får de studerende og eleverne mulighed for at danne og udvikle deres fagidentitet og dybdefaglige kompetencer, og de erhverver sig derved begyndende

horisontale T-formede kompetencer som fx rehabiliteringskompetencen til at indgå som et ligeværdigt og aktivt medlem af ethvert tværfagligt team. Det relaterer sig til Wades 2. kompetence (se side 17).

CENTRALE LÆRINGSPUNKTER

Tværfaglig læring er en social, erfaringsbaseret og konfliktbåret proces, hvor faglig identitet, samarbejde og fælles mål udvikles i et tværfagligt samspil.

Læring kan opstå gennem uenighed og "sammenstød", hvor forskellige faglige perspektiver skaber spændinger, men også bliver drivkraft for refleksion og udvikling. Læring sker derved gennem forhandling af mening i praksisfællesskabet, og når de studerende/eleverne reflekterer over faglige uenigheder.

Begyndende udvikling af vertikale og horisontale kompetencer = T-formede kompetencer sker, når de studerende/eleverne gennem deltagelse både lærer at stå på egen faglighed (vertikale kompetencer), at samarbejde og at integrere andres perspektiver (horisontale kompetencer).

Praksisfællesskaber er en læringsramme, hvor studerende/elever bevæger sig fra perifer deltagelse mod mere aktiv deltagelse gennem det tværfaglige samarbejde og ved at positionere sig med egen faglighed.

Borgerens mål skaber fælles retning, hvor den biopsykosociale forståelse og fokus på funktionsevne samler faglighederne i et fælles mål for personen i rehabilitering. Herigennem kobles ICF og rehabiliteringstænkning til en helhedsorienteret tilgang til personen i rehabilitering som den fælles referenceramme.

Facilitering er afgørende for de studerendes/elevernes læring. Det er underviseren eller vejlederen, der skaber rammer for læring, hvor samarbejde, uenighed og refleksion udvikler sig til læring og kompetencer. Læring kræver gennemtænkte strukturer og guiding i komplekse samarbejdssituationer.

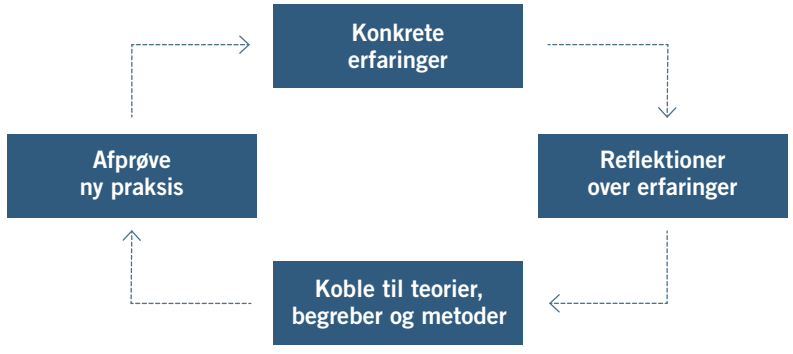
KOBLING MELLEM TEORI OG REHABILITERINGSPRAKSIS

Når elever og studerende deltager i rehabiliteringsforløb, lærer de, hvad rehabilitering er, og hvordan de anvender den rehabiliterende tilgang gennem tværfagligt samarbejde. Refleksion spiller en central rolle, fordi erfaringer fra praksis først bliver til læring og kompetencer, når de bearbejdes og kobles til elevernes og de studerendes viden, teorier og metoder. Dette udvikler gradvis deres forståelse, faglige dømmekraft og handlemuligheder

David Allan Kolb er en amerikansk læringsteoretiker med ph.d. indenfor socialpsykologi. Han er verdenskendt for at udvikle teorien om erfaringsbaseret læring og Kolbs læringscirkel, hvor han sætter fokus på læringsprocesser, der kobler teori og praksis. Han beskriver læring som en proces, hvor viden og erfaringer fra praksis danner grundlag for ny viden. Kompetencer udvikles således ikke kun gennem teoretisk undervisning, men også ved aktiv deltagelse i praksis, og læringsprocessen beskrives med følgende faser (Kolb, 2015):

1. Gøre sig konkrete erfaringer i praksis
2. Reflektere over erfaringerne
3. Koble erfaringerne til teorier, begreber og metoder
4. Afprøve ny viden gennem handling

Indlæring af kompetencer foregår altså i samspillet mellem teori, erfaring og handling (se figur 4). Refleksion spiller en central rolle, fordi den hjælper den lærende med at forstå og bearbejde erfaringerne fra praksis. Når teori anvendes i konkrete situationer, og der bliver reflekteret over teoriernes anvendelighed på baggrund af erfaringer, udvikles ny forståelse, og nye handlemuligheder opstår. Læring og udvikling af fx rehabiliteringskompetencer er dermed en kontinuerlig proces, hvor den lærende bevæger sig mellem erfaring, refleksion, teoretisk forståelse og afprøvning i praksis (Kolb, 2015).



Figur 4: Udviklet af forfatterne med inspiration fra Kolbs Læringscirkel (Kolb, 2015).

Teorien om den *reflekterende praktiker* er udviklet af den amerikanske filosof Donald Schön. Han opererer med to former for refleksion (Schön, 2023):

Refleksion i handling = Refleksioner mens handlingen foregår

Refleksion over handling = Refleksioner efter at handlingen er afsluttet

Man taler om *Refleksion i handling*, når den professionelle i en praksissituation vurderer og justerer sine handlinger på baggrund af konteksten, og det der sker. *Refleksion over handling* finder først sted, når handlingen er afsluttet, hvor erfaringerne bearbejdes og analyseres.

I rehabiliteringsarbejde kan refleksion handle om spørgsmål som:

> Hvordan bliver personens aktivitet og deltagelse bedst understøttet?
> Hvilke forståelser af rehabilitering præger den daglige praksis i afdelingen/teamet?
> Hvordan påvirker de faglige perspektiver samarbejdet med personen og med andre professionelle?

Schön beskriver endvidere, hvordan læring og erfaring med tiden gør, at den professionelle kan handle intuitivt og spontant i genkendelige situationer. Denne erfaring kalder han *tavs viden*. Tavs viden er viden og færdigheder, som er svære at sætte ord på, skrive ned eller overføre til andre gennem undervisning. Den kan være vanskelig at forklare, fordi den er kropslig, relationel og knyttet til egne erfaringer. Den kommer til udtryk i handlinger og vurderinger i praksis og udvikler sig gennem konkrete erfaringer i rehabiliteringsarbejdet. Tavs viden kan føre til misforståelser, uenigheder eller faglige diskussioner i samarbejdet, hvis den ikke udsættes for analyse, refleksioner og diskussioner. Refleksion kan være en måde at skabe bevidsthed om de rutiner og selvfølgeligheder, som ofte præger handlinger i praksis. Det betyder, at den professionelle ikke kun skal reflektere over konkrete handlinger, men også over de normer, sædvaner, menneskesyn og faglige perspektiver, der ligger bag handlingerne (Schön, 2025).

Steen Wackerhausen er professor emeritus ved Aarhus Universitet og har en uddannelsesmæssig baggrund indenfor filosofi og psykologi. Han fremhæver at refleksion ikke kun er et spørgsmål om, *hvordan* man handler, men også *hvad* man reflekterer over. Refleksion bør rette sig mod de forståelser, værdier, vaner og antagelser, som præger den rehabiliteringspraksis, man er en del af. Han skelner mellem to former for refleksion (Wackerhausen, 2008):

1. ordens refleksion, hvor de professionelle tænker og reflekterer ud fra de begreber, teorier, metoder og perspektiver, som de kender fra egne fagområder og er vant til at anvende.

2. ordens refleksion, der udfordrer vante måder at tænke og handle på gennem mødet med andre professionelle og deres praksis, erfaringer og perspektiver. Det, som normalt er tavs eller usynlig viden i egne rækker, bliver nu mere synligt. Der sættes ord på det, den enkelte faggruppe gør og handler ud fra, så det kan diskuteres og deles med andre professionelle.

Ifølge Wackerhausen kræver 2. ordens refleksioner, at de professionelle møder *sædvane-fremmede* perspektiver, dvs. nye begreber, teorier, metoder, erfaringer og synspunkter fra andre professionelle. I mødet udfordres vante måder at tænke og arbejde på, og der skabes mulighed for udvikling af nye kompetencer og ny praksis, der kan fungere i en tværfaglig kontekst.

ET TVÆRFAGLIGT LÆRINGSMILJØ I REHABILITERINGSPRAKSIS

ET TVÆRFAGLIGT LÆRINGSMILJØ

Mikkel er i praktik på et hospital. Her arbejder han i et tværfagligt team sammen med andre sundhedsfaglige studerende. En af patienterne er Jens, der er indlagt på hjerteafdelingen og har kraftig nedsat funktionsevne efter lang tids sygdom. Der er tilknyttet praktikvejledere fra forskellige professioner til det tværfaglige læringsmiljø, som på skift er til rådighed for de studerende. De første dage på afdelingen har de studerende observeret, hvordan vejlederne arbejder sammen med Jens.

På et tværfagligt møde for de studerende er Mikkel aktiv i planlægning af Jens' rehabiliteringsforløb. Han bliver opmærksom på, hvordan den ergoterapeutstuderende fokuserer på ADL-funktioner (aktivitet) og inddragelse af meningsfulde aktiviteter fra Jens' hverdagsliv (deltagelse), mens den sygeplejestuderende har fokus på omsorg,



personlig pleje, udlevering af medicin (helbred, personlige faktorer). Hans egen rolle som fysioterapeutstuderende er at vurdere og fremme Jens' fysiske funktionsevne (kropsfunktion og fysisk aktivitet).

På et morgenmøde skal der udarbejdes en dagsplan for Jens. Den sygeplejestuderende vil gerne ind til Jens fra morgenstunden, da der skal måles temperatur, puls og blodtryk. Derefter skal han på bækkenstol, have morgenmad og han burde også have vasket hår. Så er han måske klar til træning op ad formiddagen.
Den ergoterapeutstuderende ved, at Jens hurtigt udtrættes, og stiller spørgsmål ved, om han er frisk nok til træning på dette tidspunkt. Hun vil også gerne observere, hvordan han tager tøj på.

Mikkel synes det er svært at bryde ind, men får sagt, at man med fordel kunne lave lidt mobilisering, så Jens får kroppen i gang, inden han står op.
De studerende kan se, at de ikke kan nå det hele på en formiddag.
Hvordan skal de prioritere?

BETYDNINGEN AF VEJLEDNING I STUDERENDES TVÆRFAGLIGE SAMARBEJDE

Vejlederen bliver tilkaldt og anerkender, at det er svært at prioritere mellem de mange opgaver på tværs af fagene. Hun spørger, hvad Jens har af ønsker for dagen? Måske kunne de samtænke deres forskellige faglige perspektiver lidt mere?
Den ergoterapeutstuderende går ind og spørger Jens, hvordan en god formiddag forløber for ham på afdelingen? Han vil gerne starte dagen med en kop kaffe, morgennyhederne og derefter er han klar til at spise morgenmad.

De studerende beslutter, at den ergoterapeutstuderende henter kaffe og støtter Jens i at hælde kaffe op og få tændt for nyhederne. Imens gør den sygeplejestuderende klar til at måle de nødvendige værdier og forbereder Jens på en samtale mellem dem, Jens og hans kone. Mikkel foreslår, at Jens spiser morgenmad i afdelingens fællesrum, så han samtidig kan træne forflytning, hvilket de andre synes er en god ide.

Nogle dage senere skal der sættes mål og udarbejdes en rehabiliteringsplan for Jens. Det er svært for de studerende at blive enige, og der opstår faglige uenigheder om, hvad der skal prioriteres. Det kræver faglig argumentation, evne til at lytte og samarbejde at nå frem til fælles tværfaglige beslutninger. Sammen med Jens sætter de som mål, at han skal kunne gå rundt i afdelingen med rollator og selv tage tøj på.

KOBLING AF KLINISK PRAKTIK OG TEORETISK UNDERVISNING

Efter den kliniske praktik følger en uges monofagligt undervisningsforløb om rehabilitering. Her skal Mikkel og de andre fysioterapeutstuderende dele erfaringer fra den kliniske undervisning og praktik.

De bliver introduceret til Gardners´ tilgang til T-formede kompetencer og Wades´ syv rehabiliteringskompetencer. Det giver Mikkel en ny forståelse af hans rolle i det

tværfaglige samarbejde, og hvordan Jens' subjektive mål er centrale i de fælles mål for rehabiliteringsforløbet. Han begynder at se, hvordan målene afspejler forståelse af funktionsevne, deltagelse og personcentrering.

De studerende reflekterer over, hvordan Jens' egne mål kan integreres i teamets indsats; hvordan måleredskaber bliver anvendt, og hvordan evaluering af rehabiliteringsforløbet hænger sammen med målsætningen, Jens' funktionsevne og livskvalitet. De studerende skal analysere Jens' rehabiliteringsforløb og præsentere analysen for deres medstuderende.

Mikkel er optaget af det tværfaglige samarbejde i teamet og samarbejdet med Jens. Han får øje på en række udviklingsområder, som teamet havde i den kliniske undervisning:

> **Morgenmødet**, hvor de studerende havde svært ved at prioritere og koordinere opgaverne. Her blev det tydeligt, at manglende fælles tværfaglig planlægning kunne føre til overbelastning af Jens og til en ineffektiv indsats.

> **Vejlederen**, som hjalp dem med at samtænke deres faglige perspektiver.

> **Inddragelse** af Jens' egne ønsker. Det blev et vendepunkt i det tværfaglige samarbejde, at fokus blev personcentreret.

> **Mikkels oplevelse af samarbejde med de andre**. Det krævede mod og kommunikation at få sin monofaglighed i spil, hvilket var en vigtig del af Mikkels personlige og relationelle udvikling af rehabiliteringskompetencer.

I den teoretiske undervisning genkender Mikkel flere af de dilemmaer, han hører om – især dem, hvor monofaglighed og tværfagligt samarbejde støder sammen. Han er blevet bevidst om, at rehabilitering kræver mere end stærk monofaglighed. Først bør man undersøge, hvad der er væsentligt for dén, det handler om, og starte indsatsen dér. Og så er det vigtigt at kunne samarbejde, kommunikere og tage ansvar på tværs af professioner og sektorer.

Mikkel reflekterer over den usikkerhed, han følte, da Jens blev udskrevet, og hans bekymring for, om kommunen ville få den viden om Jens, som var opbygget i det tværfaglige team på afdelingen. Det går op for ham, at rehabilitering ikke kun handler om træning, kropsfunktion og funktionsevne – men også om kommunikation, koordinering og ansvar på tværs af fag og sektorer. Rehabilitering handler også om at skabe sammenhæng, mening og værdighed i personens liv.

SAMMENFATNING AF PRAKSIS OG TEORI

Den studerende - Mikkel - bevæger sig gennem hele Kolbs læringscirkel fra konkret viden og erfaring til refleksion, begrebsliggørelse og ny handling. Han får erfaringer med tværfaglige møder hvor prioritering er svær, uenigheder mellem de studerende, usikkerhed ved at bringe egen faglighed i spil, vejlederens intervention som et vendepunkt, samarbejdet med Jens, hans subjektive mål, betydningen af en personcentreret tilgang og overgangen mellem sektorer (hospital > kommune).

Disse erfaringer bliver råmaterialet for Mikkels læring og kompetenceudvikling, hvor han begynder at reflektere over, hvorfor samarbejdet var svært, hvordan faglighederne talte forbi hinanden, hvordan Jens' ønsker ændrede planlægningen, hvordan egen usikkerhed påvirkede hans deltagelse i det tværfaglige samarbejde, og hvordan tværfaglig koordinering påvirker Jens' forløb og livskvalitet.

Disse erfaringer og refleksioner får ham til at se dilemmaer i den rehabiliterende praksis. I undervisningen kobler han sin viden og erfaringer til teorien om T-formede kompetencer, de syv rehabiliteringskompetencer og begreberne funktionsevne, deltagelse og personcentrering. Han kobler også teori på det tværfaglige samarbejde og koordinering. Dette giver ham et nyt og fagligt bredere sprog for rehabiliteringens elementer og en forståelsesramme for de erfaringer, han har gjort i rehabiliteringsforløbet på hospitalet.

Han begynder derfor at kunne argumentere stærkere fagligt. Han kan i højere grad inddrage en personcentreret tilgang, hvor Jens' mål bliver centrale for indsatserne. Mikkel får også en større forståelse for betydningen af tværfagligt samarbejde og for hans rolle i de tværfaglige processer. Det gør, at Mikkel reflekterer over, hvordan han vil handle i tilsvarende situationer fremover. Herved omsætter han teori, refleksioner og erfaringer til ny praksis, og denne bevægelse er med til at danne hans faglige identitet og kompetencer til at indgå i samarbejde med andre professionelle.

Mikkel reflekterer også, mens *han handler*. For eksempel under morgenmødet, hvor han får sagt, at mobilisering kan være relevant for at "vække Jens' krop". Når han mærker usikkerhed i det tværfaglige team, navigerer han i det og justerer sin praksis. Han reflekterer også over de handlinger, han foretager, fx i forhold til, hvorfor samarbejdet var svært og, hvordan de kunne have været bedre til at inddrage Jens' perspektiv. Mikkel udvikler således professionel dømmekraft ved at kombinere handling og refleksion, og agerer som en reflekterende praktiker.

Mikkels refleksioner foregår på flere niveauer. Han reflekterer på 1. ordens niveau i forhold til, hvordan han bedst mobiliserer Jens, og hvordan Jens' funktionsevne kan forbedres. Det er alle refleksioner, der er *inden for* egen professionspraksis. Da han stiller spørgsmål til de erfaringer og den praksis, han selv er en del af, reflekterer han på 2. ordens niveau. Det gør han fx i mødet med de andre professioner, dér hvor han

reflekterer over, hvordan hans faglighed spiller sammen med de andres, og hvordan personcentrering kan ændre mål og praksis. Gennem refleksionerne på dette niveau får han øgede kompetencer til at kunne kigge kritisk på egne faglige indsatser og professionsforståelse.

Mikkel bevæger sig således fra teknisk-faglige refleksioner til mere dybe personcentrerede, og professionsrelaterede refleksioner, og udvikler derved rehabiliteringskompetencer som tværfaglighed, personcentrering, faglig argumentation og professionel dømmekraft.

CENTRALE LÆRINGSPUNKTER

Studerende/elever udvikler kompetencer gennem tværfagligt samarbejde og vejledning. De får nye indsigter, der fremmer deres professionelle kompetencer og dømmekraft inden for kommunikation og koordinering.

Refleksion på forskellige niveauer udvikler gradvist de studerendes/elevernes faglige dømmekraft og forståelse for rehabilitering. Refleksion bliver derved et væsentligt bindeled mellem praksis, teori og erfaring i udvikling af rehabiliteringskompetencer.

Teoretisk bearbejdning af oplevelser og erfaringer i praktikken fremmer kobling mellem praksis og teori og styrker bevidstheden om egne behov for læring og udvikling.

Professionsidentiteten styrkes gennem tværfagligt samarbejde ved at formidle viden, værdier, metoder og tilgange fra egen profession til andre samarbejdspartnere.

2. ordens refleksioner bliver styrket gennem tværfagligt samarbejde. Dermed udvikles kompetencer til at udfordre tavs viden indenfor egen profession.

ORGANISATORISK LÆRING OG PRAKSISNETVÆRK

I et rehabiliteringsforløb er det ikke kun de enkelte professionelle, men også enheder, afdelinger og sektorer, der skal arbejde sammen. Organisatorisk læring handler om at flytte fokus fra individets kompetencer og kompetenceudvikling til, hvordan en organisation kan lære og udvikle fælles viden og sammenhængskraft.

Det er tidligere beskrevet, at læring kan ske i *praksisfællesskaber*, men når der er behov for et bredere samarbejde, kan etablering af *praksisnetværk* på tværs af enheder og praksisfælleskaber være en bedre organisering. Praksisfællesskabernes, og de enkelte rehabiliteringsteams inerti kan ifølge Jacobsen og Thorsvik i værste fald være en barriere for organisationens læring og udvikling. Det kan ske, hvis fællesskabets normer, rutiner og identiteter bliver så stærke, at de begrænser fornyelse, tværgående samarbejde og kritisk refleksion (Jacobsen og Thorsvik, 2022).

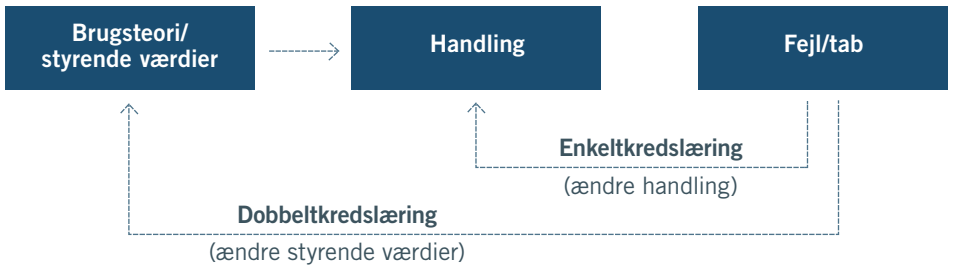
Et praksisnetværk er et netværk af mennesker eller praksisser, der deler viden, erfaringer og udviklingsidéer på tværs af sted, faglighed eller organisation. Det adskiller sig fra et praksisfællesskab ved ikke at være bundet til én lokal praksis, faste rutiner eller en stærk fælles identitet. I stedet er det et åbent, fleksibelt og tværgående læringsrum, hvor deltagerne mødes for at udveksle perspektiver, inspirere hinanden og skabe udvikling (Wenger-Trayner, 2020).

Refleksion kan som tidligere nævnt foregå på flere niveauer. Chris Argyris er en amerikansk organisations- og læringsteoretiker. Han er kendt som en af de mest indflydelsesrige tænkere inden for organisatorisk læring og ledelse. Fra et organisatorisk perspektiv, hvor fokus ikke er på fagpersonerne, beskriver Argyris refleksioner i en organisation som enkeltkreds-læring (single loop learning) eller dobbeltkredslæring (double loop learning).

Enkeltkredslæring handler om at reflektere inden for de organisatoriske rammer og forståelser - herunder tavs viden - der allerede arbejdes ud fra i organisationen. Her bliver indsatser justeret og tilpasset, men der bliver ikke stillet spørgsmål til de grundlæggende værdier, teorier eller antagelser, der ligger bag de rammer, strukturer og rehabiliteringsindsatser, som organisationen tilbyder. I rehabilitering betyder det ofte, at fagpersonerne udvikler deres praksis ved at forbedre det, de allerede gør, fx med inspiration fra andre rehabiliteringsinstitutioner, kollegaer og personer (Argyris, 2001).

I *dobbeltkredslæring* undersøger og reflekterer professionelle og ledere over selve grundlaget og de grundlæggende antagelser bag den praksis, der tilbydes i rehabilitering. Indsatser bliver analyseret, vurderet og udfordret, og spørgsmål til de grundlæggende antagelser bliver drivere for udvikling af læring i organisationen. Hvis

denne refleksionsform understøttes, kan den i særlig grad forbedre det tværfaglige samarbejde i grupper, teams og på tværs af organisationen.



Figur 5: Argyris´ figur bearbejdet efter Jacobsen og Thorsvik. Figuren viser de to refleksionsniveauer enkeltkreds- og dobbeltkredslæring og de ændringer, de kan medføre (Jacobsen og Thorsvik, 2022).

Peter Senge er en amerikansk systemteoretiker, der har haft stor indflydelse indenfor organisationsudvikling, og han har introduceret begrebet den *lærende organisation*. Senge supplerer Argyris' refleksionsniveauer med en "hvorfor-analyse". Analysen tager afsæt i den lærende organisation, som sætter fokus på at forstå helheder, mønstre og årsagskæder frem for enkeltstående hændelser. I stedet for at fokusere på enkeltproblemer eller medarbejdere, ser systemteorien på sammenhænge i organisationen (Senge,1996).

"Hvorfor analysen" går bag om symptomer og finder de dybereliggende årsager ved at spørge "hvorfor" flere gange, indtil den egentlige årsag til et problem er afdækket. Den kan dermed afsløre, hvorfor bestemte problemer og mønstre opstår, og hvilke strukturer eller mentale modeller, der driver dem (Jacobsen og Thorsvik, 2022).

Eksempler på hvorfor spørgsmål i relation til rehabilitering kan fx være:

> Et team oplever konstant tidspres › hvorfor?
> Fordi …. → Hvorfor?
> Fordi …. → Hvorfor?
> Fordi …. → Hvorfor?
> Fordi …. → Et svar på spørgsmålet der viser årsagen til problemet

Senges metode og teori viser, at organisatoriske problemer sjældent skyldes enkeltpersoner, men systemiske strukturer, som genskaber de samme udfordringer gang på gang. Når der arbejdes med kompetenceudvikling, nytænkning og forandringer i rehabilitering, er det væsentligt ikke kun at fokusere på praksis, men også på de forståelser og antagelser, der ligger bag. Det kræver, at der løbende bliver vurderet og

reflekteret over de valg, der træffes i organisationen. Det kan fx. ske gennem møder, kompetenceudvikling og dialog med samarbejdspartnere (Jacobsen og Thorsvik, 2022).

Læring i praksisnetværk og refleksion er derfor centrale for både at udvikle de relevante kompetencer, en sammenhængende rehabilitering og de rammer, organisationen sætter for medarbejdernes arbejde. Når en professionel møder andre perspektiver og ny viden hos andre professionelle, bliver det muligt at stille opklarende, kritiske og konstruktive spørgsmål til hinandens faglige forståelser, værdier, arbejdsmåder og til de grundantagelser, dette hviler på i organisationen. Gennem individuelle og fælles refleksioner kan samarbejdet og organisationen udvikles, og der kan skabes nye mål og nye måder at arbejde på i rehabiliteringen. Det kræver en organisation, der er åben for læring og som udvikler rammer og strukturer på baggrund heraf.



ORGANISATIONS- OG KOMPETENCEUDVIKLING I EN KOMMUNE

AT FØLE SIG LYTTET TIL

Social- og sundhedsforvaltningerne i Y-kommune ønskede at understøtte/styrke funktionsevne og livskvalitet hos voksne med psykiske, sociale, kognitive og fysiske udfordringer. Ledere, professionelle, eksterne samarbejdspartnere og faglige organisationer mødtes derfor med personer med disse vanskeligheder og deres pårørende til en workshop.

For borgere og pårørende var det mest efterspurgte "at føle sig lyttet til" og dermed også muligheden for at være aktivt deltagende i eget rehabiliteringsforløb. Blandt de fagprofessionelle og ledere var der et stort ønske om at styrke den helhedsorienterede, tværfaglige indsats på tværs af sektorer. I den forbindelse blev et øget kendskab til de forskellige faglige perspektiver samt kompetencer i koordinering af samarbejde og samskabelse med borgere, pårørende, civilsamfund, kolleger med andre faglige baggrunde og andre sektorer udpeget som et stort ønske.

Det blev tydeligt, at for at nå målet, var der behov for en helhedsorienteret og koordineret indsats, styret af personernes håb, drømme og mål for et meningsfuldt liv. Der blev derfor etableret et kompetenceudviklingsforløb for professionelle og ledere. Med afsæt i den biopsykosociale model og en fælles forståelse af funktionsevne, skulle forløbet skabe et fælles fagligt fundament i rehabiliteringen ud fra forvaltningernes fælles værdier.

AT ARBEJDE SOM MEDLEM AF ET TVÆRFAGLIGT TEAM

Komplekse problemer løses mest hensigtsmæssigt i et samarbejde mellem professionelle med forskellige færdigheder.

I forvaltningerne var der professionelle og ledere med både pædagogisk, social- og sundhedsfaglig baggrund. Nogle var ret nyuddannede, andre var meget erfarne og det var forskelligt, hvor meget rehabilitering havde fyldt i deres respektive grunduddannelser. De havde meget forskellige funktioner: på botilbud, som bostøtte for personer i egen bolig, på aktivitets- og væresteder eller som myndighedsudøvere. Deltagerne blev meget bevidst placeret på blandede hold på tværs af funktioner, indsatser/tilbud og fagligheder for at understøtte udvikling af T-formede kompetencer (se side 16).

PRINCIPPER FOR LÆRING I FÆLLESSKABER

I forvaltningerne blev man enige om nogle grundlæggende principper, der skulle tegne kompetenceudviklingsforløbet og styrke anvendelsen af det lærte i praksis. Uanset deltagernes profession og opgaver tog kompetenceudviklingen udgangspunkt i den biopsykosociale model, Wades syv rehabiliteringskompetencer og Gardners model for T-formede kompetencer.

Det var særlig vigtigt, at kompetenceudviklingen gav deltagerne en bredere forståelse for kollegers og samarbejdspartneres fagligheder i rehabiliteringsindsatsen. Det tværfaglige samarbejde skulle styrkes uden at miste det monofaglige fundament. En del professionelle og ledere oplevede, at de i forvejen arbejdede godt individuelt med rehabilitering, men de havde brug for mere kendskab og forståelse for samarbejdspartnernes indsatser.

Udover de tværfagligt sammensatte hold, repræsenterede underviserne og de fælles undervisningsdage forskellige faglige perspektiver og funktioner i rehabilitering. Der blev undervejs lavet tværfaglige gruppeøvelser og -drøftelser, ligesom det var muligt at vælge mellem en gruppe- eller individuel eksamen. Det gav alt sammen gode muligheder for at tænke egen rolle ind i en større sammenhæng i det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde.

Kommunens fælles kerneværdier og faglige pejlemærker i rehabilitering blev beskrevet og udgivet. Disse skulle indgå som litteratur i kompetenceudviklingsforløbet. Alle deltagere blev desuden bedt om at udarbejde en case til brug i forløbet. På den måde blev sammenhængen mellem teori og praksis understøttet, og deltagerne fik mulighed for at drøfte egen praksis med professionelle med andre fagligheder og perspektiver.

Da kompetenceudviklingen også skulle facilitere ledelse og organisatoriske beslutninger til understøttelse af det fælles faglige fundament, fik lederne derudover korte kursusforløb og supervision. De havde bl.a. fokus på faglig ledelse i rehabilitering, formulering af handleplaner og understøttelse af samarbejde med civilsamfundet.

Progression og effekt af forløbet blev målt undervejs ved hjælp af personer og kolleger, der gav de professionelle feedback på deres prøvehandlinger i praksis. Alle deltagere evaluerede kompetenceudviklingsforløbet ved afslutning.

EVALUERING OG UDBYTTE AF NYE KOMPETENCER

Et halvt år senere evaluerede deltagerne mulighederne for at anvende de nye kompetencer i praksis, og de gav eksempler på nye initiativer og udvikling. Der blev derudover indsamlet data fra bl.a. brugertilfredshedsundersøgelser, personernes deltagelse i civilsamfundsaktiviteter, deres beskæftigelse/uddannelse og udflytning til egen bolig.

Evalueringerne viste både, at der blev arbejdet langt mere med rehabiliterings-fokuserede ”projekter”, og at de fagprofessionelle var blevet bedre til at lytte til og samarbejde med borgeren og dennes netværk. Forløbet viste sig også at have en positiv effekt på trivsel hos både borgere og medarbejdere, som bl.a. fik mindre sygefravær og blev længere tid på arbejdspladsen. Alt i alt var der en klar følelse af, at borgere og medarbejdere på tværs af forvaltningerne arbejdede i samme retning. Til gengæld var det ikke let at måle på effekten ift. beskæftigelse/uddannelse, deltagelse i civilsamfund og udflytning i egen bolig.

I tilrettelæggelsen af kompetenceudviklingsforløbet blev der også arbejdet eksemplarisk og praksisnært med rehabilitering. Dette arbejde var kendetegnet ved:

- Tværfagligt samarbejde i tværfaglige underviserteams
- Person-/borgerinddragelse i form af erfaringsundervisere
- Vidensbasering med inddragelse af evidensbaserede rehabiliteringstilgange såsom IPS (Individuelt Planlagt Job med Støtte), Åben Dialog, LA2u (Low Arousal 2 understøttet), forskning og praksiscases i undervisningen
- Etablering af praksisnetværk

Udbyttet af kompetenceudviklingsforløbet viste sig at være særlig stort i forhold til at lære hinandens forskellige perspektiver og funktioner i rehabiliteringen bedre at kende, og der opstod et fællesskab baseret på tillid, der skabte grundlaget for en tryg feedback kultur.

”Vi har fået et stort fagligt løft i hele organisationen.

Vi har andre dialoger om indsatsen for personerne end før det fælles kompetenceudviklingsforløb”

Citat fra en deltager

SAMMENFATNING AF PRAKSIS OG TEORI

I et organisatorisk kompetenceudviklingsforløb gennemført i en kommunal social- og sundhedsforvaltning, bliver der taget udgangspunkt i de professionelle og ledere, der er ansat i kommunens forvaltninger. De har hver især en række dybdefaglige kompetencer med fra deres grunduddannelse og fra deres arbejde med rehabilitering i praksis.

De skal nu sætte deres kompetencer og erfaringer "i spil" i et praksisnetværk. Kompetenceudvikling kan blive til organisatorisk læring, hvor målet er, at hele kommunen udvikler en fælles forståelse af rehabilitering. Det skal give et bedre samarbejde i den rehabiliterende praksis.

Gennem refleksioner i forskellige sammenhænge arbejdes der med enkeltkredslæring for at udvikle og forbedre det, de allerede gør i kommunen. Det sker ved, at de afprøver nye metoder og får feedback fra kollegaer og samarbejdspartnere til at justere deres praksis. Der arbejdes også med dobbeltkredslæring for at undersøge de grundlæggende antagelser bag den praksis og de indsatser, de leverer. I refleksionerne på dette niveau, udfordrer de tankegangen om, at den enkelte professionelle eller afdeling alene kan løse personens problemer. De bliver opmærksomme på, at rehabilitering er et fælles ansvar på tværs af faggrupper, indsatser og sektorer.

Der sker også en udvikling og læring i tilgangen til personen i rehabilitering. Personen bliver i højere grad inddraget som en aktiv deltager og samarbejdspartner, der er med til at definere egne mål og indsatser.

I løbet af kompetenceudviklingsforløbet ses en udvikling af organisationens fokus fra at fokusere på enkelte problemer eller professionelle til at se sammenhænge i organisationen. Det afspejler sig i anvendelsen af den biopsykosociale tilgang til funktionsevne, hvor personens livskvalitet ikke alene afhænger af én indsats, men af samspillet mellem fx bolig, sundhed, relationer, beskæftigelse, fritid, indsatser og støtte fra forskellige professionelle.

Gennem analyse af, at en borger oplever manglende sammenhæng i indsatsen, bliver der stillet en række spørgsmål med henblik på at forstå de strukturelle forhold, der skaber de tilbagevendende problemer med manglende sammenhæng i rehabiliteringsforløbene:

> **Hvorfor oplever personen manglende sammenhæng?**
Det kan være fordi fagpersonerne arbejder med forskellige mål.

> **Hvorfor gør de det?**
Det kan være fordi de ikke har en fælles plan og fælles forståelse af personens ønsker.

> **Hvorfor mangler det?**
Det kan være fordi organisationen tidligere har været opdelt i forskellige faglige og organisatoriske siloer understøttet af en lovgivning, der ikke altid hænger sammen.

Arbejdet med hvorfor-spørgsmålene skaber en organisatorisk opmærksomhed og forståelse for, at medarbejderne skal samarbejde bedre på tværs af fagligheder og forvaltning. Det kræver, at der bliver skabt nogle rammer, der understøtter tværfagligt samarbejde.

Der bliver etableret *praksisnetværk*, hvor deltagerne lærer af hinanden gennem cases, øvelser, dialog og prøvehandlinger, og erfarne professionelle kan dele deres praksiserfaringer, mens nyere professionelle bidrager med ny teori, metoder og spørgsmål, der udfordrer den vante praksis.

Deltagerne får sideløbende en øget forståelse for hinandens fagligheder og roller i rehabiliteringen. Praksisnetværket bliver et rum for kommunikation. Der er deltagelse af professionelle fra botilbud, bostøtte, myndighedsområder, aktivitets- og væresteder og de forbindes med eksterne samarbejdspartnere. Det skaber en solid klangbund for at udvikle sammenhængende rehabiliteringsforløb og -indsatser i kommunen på tværs af de faggrupper og sektorer, der indgår i praksisnetværket.

CENTRALE LÆRINGSPUNKTER

En lærende organisation, der udvikler fælles sprog og viden på tværs af fagpersoner og forvaltninger.

Tværfagligt kompetenceudviklingsforløb, hvor professionelle lærer nye metoder og justerer deres praksis gennem læring og samarbejde med andre.

Praksisnetværk, hvor faggrupper lærer at samarbejde bedre på tværs af fagligheder og fagområder.

Dobbeltkredslæring, hvor organisationen udfordrer gamle faggrænser og arbejdsmønstre med anvendelse af hvorfor-fordi spørgsmål. Refleksionerne i relation hertil er væsentlige for udvikling af en lærende organisation.

Ledelsen må skabe ledelse og organisering, der understøtter en refleksiv praksis til udvikling af en lærende organisation.

Erfaringer fra personer i rehabilitering skal aktiveres som viden, sparring og feedback, der er det fælles afsæt i praksisnetværk.

Et tværfagligt kompetenceudviklingsforløb kan skabe nye dialoger, fælles forståelser og mere sammenhængende rehabiliteringsindsatser i en kommune.

LEDELSE OG ORGANISERING

Ledelsen i de offentlige forvaltninger har et særligt ansvar for at omsætte rehabilitering fra teori til praksis. Det fordrer, at lederne har et solidt kendskab til rehabiliteringens teoretiske fundament og kan oversætte og formidle det til medarbejderne.

Begreberne funktionsevne, livskvalitet og personcentrering er centrale, og ledelsen skal sætte retning for, hvad rehabilitering indebærer, og hvilke kompetencer der er nødvendige. Lederen skal bygge bro mellem organisatoriske og faglige elementer og være kulturbærer for en fælles forståelse af rehabilitering. Når mange fagligheder skal arbejde sammen, kræver det fælles mål, klare roller, koordinerede arbejdsgange og en fleksibel opgavedeling blandt de professionelle.

Nogle opgaver kan kun løses på specialistniveau af én profession, mens andre faglige opgaver kan løses af alle på generalistniveau. Her må lederen skabe gode og tydelige rammer for, at det bliver muligt. Det kan fx ske når lederen giver plads til faglige diskussioner, refleksionsrum, supervision og coaching (Winkel m.fl., 2020).

Hvordan det rehabiliterende arbejde er organiseret, har stor betydning for læring og udvikling af de professionelles kompetencer. Professionelle lærer gennem de erfaringer, de gør sig i det daglige arbejde. Samtidig dikterer organisationens struktur, hvilke erfaringer og indsatser de får mulighed for at arbejde med. Udvikling af T-formede rehabiliteringskompetencer kræver ofte, at man bevæger sig væk fra faste og velkendte arbejdsgange, for at skabe ny læring og udvikling (se side 16). Her skal ledelsen arbejde for at etablere nye arbejdsgange på tværs af forvaltningsområder og sektorer m.h.p. at udvikle bedre rehabiliteringsindsatser.
Ledelse af rehabilitering foregår på forskellige niveauer og i forskellige kontekster. Den involverer forskellige faggrupper, lovgivninger, standardiseringer og økonomiske rammer. Ledelsen skal koble fagligt forskellige enheder og professionelle, og understøtte at medarbejderne handler selvstændigt og samarbejder ud over egne faggrænser og sektorer. Endelig skal ledelsen sikre, at medarbejderne er i stand til at kunne agere i og håndtere dette.

Det kan ledelsen bl.a. gøre ved at:

> Skabe rum for kritiske spørgsmål
> Invitere professionelle til at udfordre vante arbejdsmåder og tavs viden
> Være åben for organisatoriske ændringer og nye løsninger

Det indebærer, at lederne understøtter deling af erfaringer med vellykkede og mindre vellykkede rehabiliteringsforløb. På den måde kan der opstå læringsmiljøer, hvor rehabiliteringskompetencer udvikles gennem dobbeltkredslæring, samarbejde, fælles opgaveløsning og fælles mål for personens rehabiliteringsforløb, hvor lederen skaber rum for deling af viden, refleksioner og erfaringer.

Ledelsesopgaven i rehabilitering ligger ofte i mellemrummet mellem system/sektorer og faggrupper. 'Mellemrummet' er de organisatoriske rum, hvor der er behov for ledelse, men hvor der ingen formel ledelse er. Det betyder, at den uformelle ledelse kan tage over, hvilket ikke nødvendigvis er hensigtsmæssigt. I rehabilitering kan der opstå mellemrum i grænsefladerne mellem fagområder, stillingsbeskrivelser og organisatoriske strukturer.

Her er der brug for ledere, der tager ansvar og skaber retning, mening og sammenhæng i samarbejdet om rehabilitering. Og netop her er der et særligt potentiale for dobbeltkredslæring, hvor selve grundlaget og de grundlæggende antagelser bag den praksis, der tilbydes i rehabilitering, bliver diskuteret og vurderet i lyset af de udfordringer, medarbejderne møder i de rehabiliterende indsatser (Andersen m.fl., 2023).

Når ledelsen på tværs af organisatoriske og strukturelle niveauer skaber rammer, der understøtter refleksion, tværfaglig sparring og fælles læring, opstår der et læringsmiljø, hvor ledere og professionelle løbende kan udvikle deres rehabiliteringskompetencer gennem samarbejde, refleksion og praksisnær læring.

ORGANISERING OG LEDELSE I UDVIKLING AF REHABILITERINGS-KOMPETENCER

KIRSTENS UDFORDRINGER MED BRUG AF STØTTESTRØMPER

Kirsten lever et aktivt liv og er frivillig i en genbrugsbutik, hvilket er vigtigt for hendes trivsel og sociale liv. Hun bor alene og er stort set selvhjulpen i hverdagen. Hun har Diabetes II, hjerteproblemer og døjer med hævede ben, sår på benene og store smerter. Dette påvirker både hendes søvn og overskud i hverdagen. Smerterne betyder, at hun går mindre i løbet af dagen og ofte melder fra til frivilligvagter. Hjemmeplejen kommer for at hjælpe med støttestrømper, men afvises ofte, fordi Kirsten synes, at støttestrømperne er ubehagelige at få på.



Det tværfaglige team drøfter problemstillingen. Flere er i tvivl om effekten, og synes, at det måske er bedre at følge Kirstens ønske om ikke at få støttestrømper på og understøtte hendes selvbestemmelse.

Lederen bliver opmærksom på, at der mangler viden om vigtigheden af ødemprofylaktisk behandling, både i det pågældende team og generelt i plejen. Ergoterapeuten påpeger, at de hævede ben påvirker Kirstens generelle livskvalitet og aktivitetsniveau. Sygeplejersken deler sin sygeplejefaglige viden om behandling med støttestrømper, mens social- og sundhedsassistenten kan fortælle mere om Kirsten, hendes perspektiver, dagligdag og hele livssituation.

I samarbejde med Kirsten identificerer teamet Kirstens overordnede mål: At kunne fortsætte som frivillig i genbrugsbutikken og at være selvhjulpen. Det, der forhindrer hende i dette, er smerter og sår på benene. Ødemprofylakse er den vigtigste indsats for at opnå målet.

TVÆRFAGLIGE INDSATSER MED FOKUS PÅ PERSONS MÅL

På mødet aftaler det tværfaglige team en række delmål eller indsatser, som skal understøtte Kirstens mål.

> Sygeplejersken, social- og sundhedsassistenten besøger Kirsten. Formålet er at tale med hende om vigtigheden af støttestrømper, og hvordan de bedst kan gøre det, så det opleves mindre generende.

> Ergoterapeuten undersøger, hvordan Kirsten med hjælpemidler selv kan tage støttestrømperne af, så hun ikke er afhængig af et besøg om aftenen. Samtidig sætter hun gang i et træningsforløb, som kan styrke Kirstens mobilitet.

> Lederen planlægger fælles undervisning i teamet om ødemprofylaktisk behandling, hvor sygeplejersken vil fortælle om forskellige årsager til benødem.

> Social-og sundhedsassistenten vil undervise i korrekt brug af strømpepåtager og ergoterapeuten vil vise, hvordan man kan lære Kirsten at bruge strømpeaftager.

I løbet af de næste par uger arbejdes der målrettet på dialog med Kirsten i forhold til at anvende støttestrømper. I starten er det ubehageligt for Kirsten, og hun skal have støtte til at holde fast i, at det på sigt vil hjælpe. Efter et par uger begynder ødemerne at falde, sårene heler mere op, og Kirsten kan i højere grad begynde at gå og stå i længere tid. Det giver hende overskud til at genoptage sit frivillige arbejde. Her er hun opmærksom på at sidde ned og få fødderne op i løbet af en vagt, så ødemerne ikke kommer tilbage. Det tværfaglige team drøfter jævnligt Kirstens problemstilling i forhold til at forebygge forværring af ødemerne og bidrage til at Kirsten forbliver så selvhjulpen som muligt.

SAMMENFATNING AF PRAKSIS OG TEORI

Det tværfaglige team arbejder ud fra de T-formede kompetencer, hvor teamets medlemmer hver især bidrager med deres faglighed og bringer viden og kompetencer i spil i det tværfaglige samarbejde (se figur 6).

Rolle	Dybdefaglighed	Breddefaglighed
Sygeplejerske	Ødemprofylaktisk behandling	Underviser teamet Samarbejder med personen samt social- og sundhedsassistent
Social og sundheds assistent	Kendskab til personens liv, hverdag og præferencer	Formidler personperspektivet Underviser teamet Deltager i fælles besøg
Ergoterapeut	Hjælpemidler Funktionsevne	Finder løsninger, der fremmer selvhjulpenhed
Leder	Organisatorisk overblik Ledelsesblik	Initierer undervisning, understøtter læring, skaber rum for refleksion og samarbejde med henblik på at udvikle den faglige ledelse

Figur 6:
Oversigt der viser de enkelte professionelles dybdefaglighed og breddefaglighed i en rehabiliteringsindsats.

T-formede kompetencer styrker rehabiliteringsindsatsen ved at kombinere faglig ekspertise med tværfagligt samarbejde og en biopsykosocial forståelse af personens situation. Her har organisatoriske rammer afgørende betydning for, hvordan et tværfagligt team kan bringe deres rehabiliteringskompetencer i spil. En central faktor er den ledelsesmæssige opbakning. Her vælger lederen at deltage i teammødet, identificere behov for kompetenceudvikling og derefter planlægge en undervisning, der skaber et læringsrum, hvor fagligheden og samarbejdet kan styrkes.

Tværfagligt samarbejde er en forudsætning for en helhedsorienteret indsats, hvor sygeplejerske, social- og sundhedsassistent, social- og sundhedshjælper og ergoterapeut koordinerer indsatser og deler viden på tværs af faggrænser. Det tværfaglige team fungerer derved som et praksisfællesskab med tid til refleksion på faste møder.

Her drøftes personens samlede situation, og målrettede indsatser planlægges ud fra personens ønsker og mål. Mødet i casen viser netop, at teamet fungerer som et praksisfællesskab med fælles refleksion, sparring og feedback i deres hverdagspraksis, og indsatsen tager udgangspunkt i Kirstens egne mål, hvilket gør den meningsfuld og relevant for hende. Lederen bliver afgørende for, at det tværfaglige team kan bringe egne kompetencer i spil, da tvivlen om ødemprofylaksens betydning opstår, idet hun iagttager at usikkerheden ikke kun handler om Kirsten, men peger på et bredere behov for viden i organisationen (Segoli og Bøgeskov, 2026).

At initiere et fælles undervisningsforløb, er ikke blot et kursustiltag, men en måde at etablere et tværfagligt læringsrum på. Her kan teamet både styrke deres dybdefaglighed og udvikle den breddefaglighed, der gør det muligt at samarbejde på tværs og forstå personens situation i et biopsykosocialt perspektiv. Undervisningen bliver en forlængelse af teamets praksisfællesskab, hvor erfaringer fra hverdagen kobles med ny viden, og hvor teamets samlede kompetencer udvikles.

Ledelsens aktive deltagelse og organisatoriske blik gør det muligt for teamet at bevæge sig fra tvivl og divergerende faglige vurderinger til en fælles, koordineret rehabiliteringsindsats, der tager afsæt i Kirstens mål. Lederen skaber ikke løsningen, men rammerne for, at det tværfaglige team kan finde den sammen, og det er netop her, at både dybde- og breddefaglighed og de T-formede kompetencer folder sig ud.

Når ledelsen løfter blikket og ser den enkelte situation i en større organisatorisk og strukturel sammenhæng, kan det skabe retning og grundlag for fælles læring og udvikling. Det kræver, at den enkelte leder har viden om og forståelse af både rehabiliteringens teoretiske fundament og af den nødvendige fagspecifikke viden, og formidler dette til de professionelle i organisationen.

Ledelsen skal ikke nødvendigvis bidrage med en specifik faglig løsning, men med organisering og rammesætning. Den kan åbne et rum, hvor tvivl kan drøftes fagligt, og hvor forskellige faglige perspektiver kan sættes i spil på en måde, der giver mening for både teamet og personen i rehabilitering. I dette samspil mellem fagligheder, hverdagspraksis og organisatoriske rammer, udøver lederen ledelse i *mellemrummene* (se side 47).

Det er således væsentligt, at lederen skaber en struktur med regelmæssige teammøder, hvor der er tilpas med tid, mulighed for supervision og rummelighed for fejl, som både medarbejdere og ledelse kan lære af. Her er det lederens opgave at synliggøre problemstillinger, drøfte dem med medarbejderne og eventuelt bringe dem videre i systemet eller mellem systemer/sektorer.

Det er endvidere en væsentlig opgave for ledelsen at dokumentationen understøtter den interne kommunikation, så viden om personen i rehabilitering er samlet og let tilgængelig for fagpersonerne. Det kan fx ske gennem udvikling og anvendelse af et fælles journaliseringssystem på tværs af fag- og forvaltningsområder.

CENTRALE LÆRINGSPUNKTER

Personens egne mål er omdrejningspunktet for teamets samarbejde. Det er gennem den fælles tværfaglige drøftelse, at målene kobles til en biopsykosocial forståelse af personens situation.

Ledelsen spiller en aktiv og samlende rolle, når der opstår tvivl i teamet. Lederen skal løfte blikket fra den konkrete situation og se, om usikkerheden peger på et bredere kompetencebehov eller på et organisatorisk problem i organisationen.

Refleksioner i det tværfaglige team bliver til et læringsrum, når lederen skaber rammer, hvor tvivl kan udfoldes fagligt, og hvor hver professionel kan bringe sin dybdefaglighed i spil på en måde, der understøtter forståelsen af personens helhedssituation.

Undervisningsforløb, som ledelsen igangsætter, giver mulighed for, at de professionelle både styrker deres dybdefaglighed og udvikler breddefaglighed, hvilket kendetegner T-formede kompetencer.

T-formede kompetencer aktiveres rettidigt, når ledelsen organiserer rammen for fælles refleksion og tværfaglig koordinering. Det gør det muligt for teamet at bevæge sig fra usikkerhed til fælles retning og handlekraft.

Lederen forbinder faglige "mellemrum", hvor ingen enkelt profession har ansvaret alene. Det skaber sammenhæng mellem faglighederne og understøtter en rehabiliteringspraksis, der hviler på både faglig viden, personperspektiv og organisatorisk retning.

Lederne skal besidde en solid forståelse af rehabiliteringens teoretiske fundament og kunne formidle dette til professionelle og andre medarbejdere.

Når ledelsen skaber strukturer for refleksion, videndeling og faglig sparring, udvikles de professionelles rehabiliteringskompetencer. Ikke kun i den enkelte sag, men i deres samlede praksis.

UDFORDRINGER OG FREMTIDSPERSPEKTIVER

Temahæftet har vist, hvordan rehabiliteringskompetencer udvikles i mange forskellige sammenhænge og kontekster. For at styrke udviklingen af rehabiliteringskompetencer i Danmark er der behov for en tættere kobling mellem uddannelsesinstitutioner og praksis. I dag er der ofte udfordringer i transfer af det, der undervises i på uddannelsesinstitutionerne til den praksis, som rehabilitering udfolder sig i. Implementeringen af intentionerne med dette temahæfte skal derfor ses som en fælles opgave, hvor undervisere, oplæringsvejledere, kliniske undervisere og ledere aktivt bidrager til at skabe sammenhængende læringsmiljøer.

Selvom uddannelsesinstitutionerne kan understøtte denne udvikling, er der dog samtidig behov for en kulturforandring i praksis. Det kræver gode rammer for praksisrefleksion, faglig udvikling og samarbejde mellem fagprofessionelle, vejledere og ledere. Nogle faglige perspektiver har nemlig svært ved at træde frem i et hierarkisk sundhedsvæsen, og det er nødvendigt at adressere disse strukturelle barrierer for at styrke læring og samarbejde på tværs af forskellige professionelle/faggrupper.

Temahæftet handler om rehabiliteringskompetencer og faglige kvaliteter. Men som det vil fremgå, handler det også om at være en god rehabiliteringsprofessionel. Det omfatter udvikling af dømmekraft, refleksion og evnen til at forholde sig til egen faglighed og til mennesker, hvis perspektiver og livssituationer ikke nødvendigvis kan forstås inden for professionens eksisterende forståelser og kategorier.

Et perspektiv, der kunne kvalificere forståelsen af udviklingen af rehabiliterings-professionelles kompetencer og faglige kvaliteter, er spørgsmålet om dannelse. Kompetenceudvikling retter sig i høj grad mod, hvad den professionelle skal kunne. Dannelse handler om udviklingen af den professionelle som menneske og fagperson.

Dette perspektiv er relevant i rehabilitering, hvor professionel praksis ofte udfolder sig i komplekse situationer, hvor faglig viden, personens ønsker og værdier samt organisatoriske og samfundsmæssige vilkår må vejes op mod hinanden. Den professionelle skal derfor ikke alene vide, hvad der fagligt er muligt, men også kunne vurdere, hvad der er meningsfuldt og hensigtsmæssigt i den konkrete situation. Kompetenceudvikling kan således ikke nødvendigvis stå alene. Det kan være relevant også at interessere sig for, hvordan professionelle udvikler den dømmekraft og selvrefleksion, der gør dem i stand til at anvende deres kompetencer på en måde, der tager højde for situationens kompleksitet og den enkelte persons perspektiv.
I den forstand kan dannelse ses som et supplement til et kompetenceperspektiv, hvor kompetencer beskriver, hvad den professionelle kan. Her kan dannelse bidrage til at belyse, hvordan den professionelle udvikler sin måde at forstå, fortolke og forholde sig til verden og til andre mennesker på.

Sluttelig skal det nævnes, at lovgivning, kvalitetssikring, monitorering af rehabiliteringsindsatser og andre kontekstuelle forhold, kunne være relevante at adressere i relation til rehabiliteringskompetencer i teori og praksis. Dette temahæfte belyser ikke disse aspekter, da fokus for temahæftet er rehabiliteringskompetencer og læring og udvikling heraf.

FORFATTERE OG REDAKTØRER

Jette Bangshaab,
tidl. lektor og forskningskoordinator, fysioterapeut., diplom pæd.,
cand.scient.soc., UCN

Jette Thuesen,
lektor, ergoterapeut, ph.d., REHPA, master i humanistisk sundhedsvidenskab og praksisudvikling, REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation, Syddansk Universitet

Anne Kirstine Bjerrum Flor,
udviklingskonsulent, fysioterapeut, diplom erhvervspæd.,
cand. scient. san. publ., SOSU Fyn

Claus Vinther Nielsen,
professor, socialoverlæge, ph.d. Klinisk Socialmedicin og Rehabilitering, RH Gødstrup, RM, DEFACTUM, RM og Institut for Folkesundhed, AU

FORFATTER PÅ KAPITLET
"RELATIONELLE KVALITETER OG KOMPETENCER"

Camilla Højgaard Nejst, fondsrådgiver Velux Fonden, ergoterapeut, sundhedsantropolog og ph.d..

FORFATTERE PÅ CASES

Louise Jensen, underviser, Social- og sundhedsskolen Fyn

Mille Nabsen Marwaa, lektor, UC Syd

Katrine Oertel, lektor, UC Syd

Pia Lykkegaard Søndergaard, lektor, VIA

Anne Sofie Bach Schou, lektor, VIA

Dorte Balle Rubak, uddannelseskoordinerende, ledende overlæge, regionshospitalet Gødvad

Pauline Hagensen, udviklingskonsulent, Københavns professionshøjskole

Pia Kold, tværfaglig udviklingskoordinator, ergoterapeut, Filadelfia

Gry Segoli, lektor og udviklingskonsulent, Københavns professionshøjskole

Benjamin Miquel Olivares Bøgeskov, docent, Københavns professionshøjskole

Jonas Holsbæk, lektor, Københavns professionshøjskole

BILAG MED REFLEKSIONSSPØRGSMÅL

I nedenstående er der en række refleksionsspørgsmål relateret til de fire cases og de teoretiske perspektiver i temahæftet. Refleksionsspørgsmålene kan anvendes som inspiration i undervisning og udvikling af rehabiliteringskompetencer på uddannelsesinstitutioner, i praksis og i organisationer.

INTERPROFESSIONEL LÆRING

1. Hvad kendetegner et godt tværfagligt samarbejde hos jer i rehabiliteringsarbejdet?
   > Hvordan sikrer I god tværfaglig kommunikation?
   > Hvordan sikrer I fælles mål med afsæt i personens ønsker, behov og ressourcer?
   > Hvordan sikrer I inddragelse af hele ICF i jeres tværfaglige samarbejde?

2. Hvordan sikrer I, at alle relevante aktører bliver involveret i det tværfaglige samarbejde omkring rehabilitering af personen?

3. Hvordan bidrager konstruktiv uenighed i hverdagen til læring og udvikling i arbejdet med rehabilitering?

4. Hvordan bliver forskellige faglige perspektiver håndteret i praksis?

KOBLING MELLEM TEORI OG REHABILITERINGSPRAKSIS

1. Hvordan træner I det at "reflektere i handling" og "reflektere over handling" som del af udvikling af rehabiliteringskompetencer og faglig dømmekraft?

2. Hvordan arbejder I med at knytte teorier og praksis sammen gennem en refleksiv tilgang?

3. Hvordan understøtter I udviklingen af tavs viden gennem deltagelse i praksis?
   > Hvordan støtter I op om, at der sættes begreber/ord på erfaringer og faglige vurderinger?
   > Hvordan fremmer I 2. ordens refleksioner?

ORGANISATORISK LÆRING OG PRAKSISNETVÆRK

1. Hvilke hvorfor-spørgsmål kunne være relevante at stille i jeres organisation?

2. Hvordan kunne I etablere et lærende praksisnetværk?

3. Arbejder I med en refleksiv sparringskultur, der går på tværs af fag, funktioner, personer og professionelle?

4. Hvilke grundlæggende antagelser eksisterer i jeres organisation? Og hvordan harmonerer de med rehabilitering?

ORGANISERING OG LEDELSE I UDVIKLING AF REHABILITERINGSKOMPETENER

1. Hvordan kan lederen understøtte læring, så den almengøres og forankres i teamet udover den enkelte personcase?

2. Hvilket ansvar har den enkelte professionelle i forhold til den samlede rehabiliteringsindsats i det tværfaglige team?

3. Hvordan kan teamet i endnu højere grad bringe personens stemme i spil i det tværfaglige samarbejde?

LITTERATURLISTE

Andersen E, Fannikke, L, Klausen K.K og Pedersen K.M, Ledelse i mellemrum: Et humanistisk perspektiv på offentligt lederskab. University of Southern Denmark, 2023.

Argyris, C., On Organizational Learning, 2001.

Baart, A., & Timmerman, G., Relational Caring and Presence Theory in Health Care and Social Work. Policy Press, 2024.

Borg, T., Livsførelse I hverdagen under rehabilitering, Center for Sundhed, Menneske og Kultur, Aarhus Universitet, 2003.

Bright & Kays, Limited conversations about constrained futures: exploring clinicians' conversations about life after stroke in inpatient settings I Brain Impairment I ConnectSc, 2024.

DMCG-PAL 2023: https://www.dmcgpal.dk/files/kliniske-retningslinjer/aandelig%20omsorg/dmcg-pal_aandelig%20omsorg.pdf

Engel, L. E, The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine, Science, 1977.

Ejrnæs, M., Faglighed og tværfaglighed – vilkårene for tværfagligt samarbejde mellem pædagoger, sundhedsplejersker, lærere og socialrådgivere. Akademisk Forlag, 2019.

Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet. 2010, Dec 4;376(9756):1923-58.

Frenk J, Hunter DJ, Lapp I. A renewed vision for higher education in public health. Am J Public Health. 2015 Mar;105 Suppl 1(Suppl 1): S109-13.

Gardner, Phil. Flourishing in the Face of constant Disruption: Cultivating the P-professional or adaptive Innovator through Wil, 2017. Downloaded fra: https://www.emerald.com/books/edited-volume/12919/chapter-abstract/83292457/Flourishing-in-the-Face-of-Constant-Disruption?redirectedFrom=PDF.

Graven, V.; Larsen, M..M.; Solberg, C.T.; Tonnesen, M. Håb ved alvorlig sygdom – håbstænkning, håbsrum, håbsarbejde og retfærdighedens håb. Psyke & Logos, 2026-2, 46, 30-47.

Illeris, K. 15 aktuelle læringsteorier, Samfundslitteratur, 2019.

Jacobsen, D.I. og Thorsvik, J. Hvordan organisationer fungerer. Hans Reitzels Forlag, 2022.

Karpman, S. Stages of Small-Group Development Revisited 1., 2013.

Kvale, S. og Nielsen, K. Mesterlære – Læring som social praksis. Hans Reitzels Forlag, 1999.

Kolb, D.A. Experiental Learning: Experience as the Source of Learning and Development. PearsonFTPres, 2015.

Lave, J et Wenger, E Situated Learning og andre tekster. Hans Reitzels Forlag, 2003.

Lehn, S., Tværprofessionelt samarbejde i sundhedsfaglig praksis, Munksgaard, 2023.

Maribo T, Ibsen C, Thuesen J, Nielsen CV, Johannes JS, Vind AB (Red.). Hvidbog om rehabilitering. 1. udgave. Rehabiliteringsforum Danmark, Aarhus, 2022.

Mattingly, C., The Paradox of Hope Journeys through a Clinical Borderland. University of California Press, 2010.

Monrad, M. Faglig uenighed i relationsarbejde – følelsesmæssige barrierer for konstruktiv udnyttelse af faglig uenighed blandt pædagoger, Tidsskrift for arbejdsliv, Årg. 12, nr.3, 2010.

Nejst, C. H., Bredewold, F., Baart, A., & Glintborg, C., Relational rehabilitation: competencies and qualities needed in psychosocial rehabilitation when responding to hope and hopelessness. Medicine, Health Care and Philosophy, 1-14, 2025.

Nejst, C. H.. Hope in the rehabilitation of people with acquired brain injury, ph.d.-afhandling, 2025.

Sallnow L, Smith R, Ahmedzai SH, Bhadelia A, Chamberlain C, Cong Y, et al. 519 Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. The Lancet 520 (British edition). 2022;399(10327):837-84.

Segoli, G., Bøgeskov., O. B., Helhedspleje. Samfundslitteratur, 2026.

Senge, P. M, Den femte diciplin - den lærende organisations teori og praksis, Klim, 1999.

Schön, D.A. The Reflective Practioner: How professionals Think in Action, 2023.

Thuesen, J. og Swane, C.E., Hverdagsliv og Rehabilitering. I Maribo, T., Nielsen, C.V., Stamp, B.M., Sørensen, D. (red), Rehabilitering : en grundbog. Gads Forlag, 2023: 123-135.

Timm, H., Thuesen J., Clark D. Rehabilitation and Palliative Care: histories, dialectics and challenges, Open Research, 2021.

Tonnesen, M., Moving Goals, Moving Hope. Rehabilitees' and Professionals' Experiences of Rehabilitation Goals, Goal-setting and Hope in Parkinson's Disease. Ph.d.-afhandling, 2022.

Uddannelses- og forskningsministeriet: Professions- og erhvervsrettede videregående uddannelser til fremtiden. Regeringen, 2024.

Wacherhausen, S., Erfaringsrum, handlingsbåren kundskab og refleksion. Refleksion i praksis i skriftserie. Nr. 1, 2008.

Wade D.T., What is Rehabilitation. An Empirical Investigation leading to an Evidence-Based Description. Clinical Rehabilitation, 2020.

Wahlgren B. og Aarkrog V., Transfer. Kompetence i en professionel sammenhæng. Aarhus Universitetsforlag, 2012.

Wenger-Trayner, E., Learning to make a Difference. Cambridge University Press, 2020.

Wenger E., Praksisfællesskaber, læring, mening og Identitet. København. Hans Reitzels 2004.

Winkel, A., Wæhrens E.E., Jørgensen S., Neurologi og Neurorehabilitering, Stakbogladen, 2020.

World Health Organization. (2001). International classification of functioning, disability and health (ICF).



Rehabiliteringsforum
Danmark