



Egil Boll Hansen, Leena Eskelinen,  
Marie Ørts Rahbæk og Julie Nolsøe Helles

## Ældres oplevelse af hverdagsrehabilitering

*Ældres oplevelse af hverdagsrehabilitering* kan hentes fra hjemmesiden [www.kora.dk](http://www.kora.dk)

© KORA og forfatterne

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA  
ISBN: 978-87-7509-782-1  
Projekt: 10858  
April 2015

**KORA**  
**Det Nationale Institut for**  
**Kommuners og Regioners Analyse og Forskning**

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling samt bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



Det Nationale Institut  
for Kommuners og Regioners  
Analyse og Forskning

Købmagergade 22  
1150 København K  
E-mail: [kora@kora.dk](mailto:kora@kora.dk)  
Telefon: 444 555 00

# Forord

Hverdagsrehabilitering til ældre borgere, som henvender sig til kommunerne om praktisk bistand eller personlig pleje, er de senere år blevet en del af kommunernes svar på udfordringen fra et stigende antal ældre i de kommende år. Baggrunden for tilbuddet er en forventning om, at hverdagsrehabilitering er til gavn for borgerne, fordi indsatsen bidrager til at gøre dem helt eller delvist selvhjulpne i hverdagen, og til gavn for kommunernes økonomi, fordi borgerne får brug for mindre hjælp fra kommunen. Under udarbejdelsen af dette manuskript var en lovændring til Lov om social service undervejs, hvorefter kommunerne skal tilbyde et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb til personer med nedsat funktionsevne, hvis rehabiliteringsforløbet vurderes at kunne forbedre personens funktionsevne.

Der er imidlertid begrænset viden om, hvilket perspektiv ældre borgere med behov for hjælp har på hverdagsrehabilitering, og hvilke oplevelser de har ved et tilbud om hverdagsrehabilitering. Det er fokus for denne rapport, hvor sigtet er at bidrage med borgernes perspektiv til udvikling af hverdagsrehabilitering i kommunerne. Rapporten henvender sig til alle, som beskæftiger sig med eller har interesse for hverdagsrehabilitering.

Undersøgelsen er udført på baggrund af henvendelse fra Ældre Sagen, som også har finansieret undersøgelsen. Chefkonsulent Mirjana Saabye har været Ældre Sagens kontaktperson for undersøgelsen.

Undersøgelsen er gennemført i Hørsholm, Svendborg og Vejen Kommuner, som har været KORA behjælpelig med at opnå kontakt med borgere, der har modtaget et tilbud om hverdagsrehabilitering. Kommunerne har endvidere stillet information om hverdagsrehabilitering til rådighed for KORA, og medarbejdere har deltaget i fokusgruppeinterview. Vi takker for kommunernes velvilje og et godt samarbejde gennem projektet, ligesom vi takker medarbejdere og ledere for, at de ville medvirke i et interview.

Vi takker ligeledes de interviewede borgere for, at de ville fortælle os om deres situation og hverdag samt deres erfaringer med og oplevelser ved at have fået et tilbud om hverdagsrehabilitering.

Rapporten er udarbejdet af docent, cand.oecon. Eigil Boll Hansen, docent, lic.phil. i psykologi Leena Eskelinen, stud.scient.anth. Marie Ørts Rahbæk og stud.scient.pol. Julie Nølsø Helles.

Eigil Boll Hansen

April 2015

# Indhold

Resumé.....	6
1 Baggrund og formål.....	11
2 Analytisk udgangspunkt .....	13
2.1 Tidligere undersøgelser om ældres deltagelse i hverdagsrehabilitering.....	14
3 Undersøgelsens metode og gennemførelse .....	17
3.1 Interview af ældre borgere.....	17
3.2 Fokusgruppeinterview af medarbejdere .....	20
4 Hverdagsrehabilitering i de tre kommuner.....	21
5 Karakteristik af interviewpersonerne .....	23
5.1 Forløbet op til hverdagsrehabilitering .....	23
5.2 Typer af hjælp.....	25
5.3 Beskrivelse af udvalgte cases.....	26
6 Samspillet mellem borgere og personale i rehabiliteringsforløbet .....	29
6.1 Inddragelse ved visitation .....	29
6.2 Oplevelse af mål og plan for træning.....	32
6.3 Samarbejde med personalet undervejs i forløbet.....	37
6.4 Opsamling .....	44
7 Hverdagsrehabilitering i forhold til ældres forventninger, ressourcer og behov .....	47
7.1 Ønsker til støtte .....	47
7.2 Holdninger til hjælp og selvhjulpethed .....	49
7.3 Oplevet udbytte af hverdagsrehabilitering.....	50
7.4 Oplevelse af tryghed i udførelse af daglige aktiviteter.....	53
7.5 Opsamling .....	54
8 Hvad fremmer og hæmmer ældre borgeres deltagelse i hverdagsrehabilitering?.....	56
8.1 At ville klare sig selv .....	56
8.2 At holde sig i gang.....	58
8.3 At have tilpasset sig nedsat funktionsevne.....	59
8.4 Manglende kræfter eller helbred sætter begrænsninger.....	60
8.5 Rimeligt at få hjælp.....	61
8.6 Medarbejdernes betydning .....	62
8.7 Støtte fra familie, venner og bekendte .....	64
8.8 Opsamling .....	65
9 Opsamling og perspektivering .....	67
9.1 Ældre borgere i undersøgelsen.....	67
9.2 Potentiale for hverdagsrehabilitering.....	68

9.3	Oplevelsen af helhedsperspektiv i hverdagsrehabilitering .....	69
9.4	Ønsker og forventninger til at være selvhjulpen .....	70
9.5	Oplevelse af inddragelse ved visitation og fastsættelse af mål .....	71
9.6	Hvornår giver det mening for at deltage i hverdagsrehabilitering?.....	73
9.7	Krav og forventninger til ældre i hverdagsrehabilitering .....	74
9.8	Hovedpunkter og konklusion.....	75
Litteratur.....		78
Bilag 1	Uddybende beskrivelse af hverdagsrehabilitering i de tre kommuner.....	82
	Hørsholm Kommune .....	82
	Svendborg Kommune .....	85
	Vejen Kommune .....	88

# Resumé

Hverdagsrehabilitering er i dag et tilbud, som danske kommuner har til borgere, som henvender sig om hjælp, og som vurderes til at have rehabiliteringspotentialer. Ældre Sagen henvendte sig til KORA om at gennemføre en undersøgelse, der kunne belyse og give en forståelse af ældre borgeres oplevelse af hverdagsrehabilitering. Formålet med projektet har været at undersøge, hvordan hverdagsrehabilitering er i overensstemmelse med forventninger, ressourcer og behov blandt ældre borgere; hvad der virker fremmende og hæmmende for deltagelse, samt hvordan borgerne har følt sig inddraget i beslutninger om og planlægning af deres hverdagsrehabiliteringsforløb. Sigtet har været, at resultaterne kan bidrage med borgernes perspektiv til udvikling af hverdagsrehabilitering i kommunerne.

## **Hverdagsrehabilitering i de deltagende kommuner**

Undersøgelsen er gennemført i tre kommuner: Hørsholm, Svendborg og Vejen. Organiseringen af hverdagsrehabilitering er forskellig i de tre kommuner, men der er visse fællestrekk. Visitationen tager stilling til, om en borger har rehabiliteringspotentialer og henviser i givet fald borgeren til en rehabiliteringsterapeut/et rehabiliteringsteam. Er visitator i tvivl om, hvorvidt en borger har rehabiliteringspotentialer, kan en terapeut blive bedt om at udrede borgerens potentialer. I alle kommuner er princippet, at borgerne skal tage imod tilbuddet om hverdagsrehabilitering, eventuelt i form af en afprøvning af deres funktionsevne i daglige aktiviteter, for at få tilbudt hjælp. Borgere, der er vurderet til at have et behov, som berettiger til hjælp, efterlades dog ifølge kommunerne ikke uden hjælp. Hverdagsrehabilitering består i at vejlede og øve med borgeren i selv at udføre daglige aktiviteter og i nogle tilfælde instruere borgeren i at udføre lettere fysiske øvelser. Kommunernes fokus er, at borgerne styrker deres selvhjulpenhed i aktiviteter, som kommunerne visiterer ydelser til. Hverdagsrehabilitering er en midlertidig indsats, og behovet for eventuel varig hjælp vurderes først, når det vurderes, at indsatsen ikke kan forbedre borgerens funktionsevne yderligere.

## **Ældre borgere i undersøgelsen**

Målgruppen for undersøgelsen har været ældre borgere, som har henvendt sig til kommunen om praktisk bistand eller personlig pleje, og som er blevet tilbudt hverdagsrehabilitering. I alt 35 ældre borgere er blevet interviewet fordelt på de tre kommuner. Vi har desuden gennemført fokusgruppeinterview med relevante kommunale medarbejdere og ledere i hverdagsrehabilitering samt inddraget skriftligt materiale om hverdagsrehabilitering i de tre kommuner. De interviewede ældre har på interviewtidspunktet været forskellige steder i deres hverdagsrehabiliteringsforløb. Borgerinterviewene foregik i borgerens eget hjem og varede mellem 30 og 90 minutter. De omhandlede baggrunden for, at borgeren søgte om hjælp, visitationssamtalen og inddragelse i beslutninger, kontakten med medarbejdere fra kommunen og oplevelsen af samarbejdet, tryk ved at få den fornødne hjælp, ønsker til og tro på at blive selvhjulpne, andre typer af hjælp, borgerens hverdagsliv og borgerens sociale baggrund i form af uddannelse og tidligere erhverv. Interviewpersonerne fordeler sig i alderen 64-92 år, og kønsfordelingen er 13 mænd og 22 kvinder. 22 af interviewpersonerne boede alene, mens 13 boede sammen med en ægtefælle. De ældre borgeres sociale baggrund er bredt sammensat. Forløbene op til, at borgerne har fået tilbudt hverdagsrehabilitering, har været af forskellig karakter. Fælles for hovedparten har været, at en pludselig begivenhed er opstået, som har medført (nyt) behov for hjælp. Hovedparten af de 35 ældre borgere har modtaget hverdagsrehabilitering efter indlæggelse på et sygehus. Syv borgere var blevet revisiteret, dvs. var kendte i systemet, mens de resterende ikke havde hjælp op til hændelsen, der udløste hverdagsrehabilitering. 13 af de ældre modtog på in-

tervintidspunktet ikke længere hjælp fra kommunen. Kun fem modtog stadig hjælp i samme omfang, som de var visiteret til i begyndelsen.

Ingen af de interviewede borgere var borgere, som i forvejen fik hjælp, og hvis situation var uforandret, men som var blevet henvist til hverdagsrehabilitering på baggrund af en ny vurdering af mulighederne for rehabilitering. Oplevelser af et tilbud om hverdagsrehabilitering i denne gruppe kan undersøgelsen således ikke bidrage med.

### **Samspelet mellem borgere og personale**

For størstedelen af de ældre borgere er visitationen til hjælp forløbet uden problemer. De har typisk fået bevilget forholdsvis meget hjælp efter hjemkomsten fra sygehus og har støttet sig til personalets vurderinger. Forløbet er ofte startet som traditionel hjemme-hjælp, hvor de har fået hjælp til opgaver, som de ikke selv har kunnet klare. Først undervejs er de ældre blevet bevidste om, at hjælpen gives efter principper om hverdagsrehabilitering, hvor behovet og hjælpens omfang vurderes løbende. Der er også ældre, som har oplevet, at vurderingen af hjælpens indhold baseres på en konkret afprøvning af, hvad de kan. Det har eksempelvis været tilfældet ved behov for hjælp til rengøring. Vurderingen har været suppleret med vejledning i, hvordan borgeren bedst muligt kan håndtere aktiviteten. For nogle ældre borgere har denne afprøvning været svær at forstå i en situation, hvor de selv har oplevet behov for hjælp, og de har derfor oplevet afprøvningen som mistillid eller manglende respekt over for deres egen vurdering af behov.

De interviewede ældre udtrykker, at de kender til den generelle målsætning for hjælpen, nemlig at man skal klare mest muligt selv. Samtidig giver de udtryk for, at de ikke ved, om der findes en plan eller et mål for deres eget hverdagsrehabiliteringsforløb. Typisk tager de ældre borgere mere del i planlægningen af hjælpen i løbet af hverdagsrehabiliteringen, da de først senere i forløbet opdager, hvad hverdagsrehabilitering går ud på. Vejledning og støtte, herunder også konkret træning, fra medarbejderne opleves generelt som brugbart og konstruktivt. Derimod opleves det, at personalet kun "kigger på", hvordan den ældre udfører forskellige aktiviteter, forskelligt af de interviewede ældre. Flere kan med tiden se, at det giver mening og er til deres eget bedste, mens andre oplever det som ubehagelig kontrol og overvågning.

De ældre borgere møder mange forskellige medarbejdere i forbindelse med hverdagsrehabilitering. Generelt lægger de interviewede ældre vægt på, at egen indsats og positiv indstilling over for personalet er af stor betydning for, at relationen til personalet i hverdagsrehabiliteringsforløbet bliver konstruktiv. Der tegner sig et billede af, at den "gode" ældre i hverdagsrehabilitering er imødekommende og klar til at gøre en indsats for til gengæld at få ros fra personalet. En anden relation til personalet synes at være præget af taknemmelighed ved overhovedet at modtage hjælp og accept af, at hjælpen gradvis reduceres undervejs. Vi har i interviewene derudover identificeret en tredje type relation til personalet præget af skepsis over for personalets handlemåde, såsom vedvarende vurdering af den ældres kunnen og opfordring til at gøre tingene selv. Hovedparten af de ældre borgere beskriver gennemgående personalet som flinke, hjælpsomme og dygtige, og flere fortæller om personlige forhold til udvalgte medarbejdere. Der er imidlertid også ældre borgere, som er kritiske over for personalets nye fremfærd, der opleves som et ubehageligt pres, og de efterlyser mere hensyntagen til, at ældre, som er afhængige af andres hjælp, befinder sig i en sårbar position med behov for omsorg.

### **Ældres forventninger og oplevede udbytte**

Der tegner sig i interviewmaterialet et billede af, at ældre borgere i høj grad ønsker støtte til at blive mest muligt selvhjulpne i dagligdagens nære aktiviteter som fx personlig hygiejne, mobilitet (i hjemmet) og at kunne bestemme deres egen dagsrytme. De ønsker i så vid

udstrækning som muligt at genvinde de færdigheder, som de havde, før deres funktionsnedsættelse opstod. Selvhjulpnehed og uafhængighed tillægges stor betydning, men er størst, når det drejer sig om aktiviteter i forbindelse med personlig hygiejne, og mindre, når det drejer sig om praktiske opgaver som rengøring. Nogle ældre borgere fortæller, at deres nuværende helbredssituation sætter grænser for, hvor høj en grad af selvhjulpnehed de kan opnå. Enkelte andre oplever det som et pres at skulle leve op til et ideal om selvhjulpnehed, mens de er i en sårbar situation, og nogle få ældre har svært ved at se, hvordan de skal kunne blive mere selvhjulpne.

Størstedelen af de ældre i vores materiale har oplevet en akut funktionsnedsættelse, og en del af dem må som følge af en spontan bedring forventes at genvinde kræfter og færdigheder. For dem har hverdagsrehabilitering medvirket til, at de er blevet støttet og opfordret til at komme i gang hurtigere, end de måske havde gjort på egen hånd. Hovedparten af de interviewede ældre har oplevet, at de er blevet mere selvstændige og selvhjulpne i dagligdagens aktiviteter gennem vejledning og støtte, samt i nogle tilfælde at få hjælpemidler, som bidrager til at øge graden af selvhjulpnehed. Nogle enkelte borgere oplever ikke at have fået et udbytte af at deltage i hverdagsrehabilitering. Heller ikke alle de tretten borgere, som ikke længere modtager hjælp, er igen blevet selvhjulpne. I nogle tilfælde er det en rask ægtefælle, som overtager opgaven med at yde hjælp til personlig hygiejne og forflytninger.

De fleste interviewede ældre har følt sig trygge ved den hjælp og støtte, de har modtaget. Det har bl.a. givet tryghed, at medarbejderne har været til stede og giver vejledning, de første gange borgeren skulle forsøge at udføre nogle aktiviteter selv, samt at der har været nogen, der kunne se til de ældre borgere, mens de var i en skrøbelig tilstand og usikre efter akut sygdom. For enkelte borgere med få sociale kontakter har det været svært at forestille sig at skulle undvære kontakten med hjemmeplejen, og af den grund ønsker de ikke selv at overtage (alle) de opgaver, som medarbejderne udfører hos dem. Medarbejdernes konstante vurdering af, hvad borgerne selv kan klare, bidrager til at skabe utryghed hos nogle borgere med hensyn til, hvilken hjælp man kan forvente på kort og længere sigt.

### **Motiver for deltagelse**

Ønsket om at klare sig selv og være uafhængig af hjælp har været en af de gennemgående drivkræfter for deltagerne i hverdagsrehabilitering. Det synes at være en grundlæggende holdning blandt de interviewede ældre, at, når man kan, så skal man klare sig selv. Ønsket om at klare mest muligt selv kan ses som en kombination af at kunne fortsætte en tilværelse så tæt som muligt på den, man har været vant til, og en tilpasning til omgivelsernes forventninger til, at borgerne er selvhjulpne. Undersøgelsen peger i retning af, at social baggrund i form af uddannelse og tidligere erhverv ikke i sig selv har afgørende betydning for borgernes ønske om at klare sig selv mest muligt og for oplevelsen af hverdagsrehabilitering.

Det kan opleves forstyrrende med for mange daglige besøg fra hjemmeplejen, hvorfor nogle ældre borgere bestræber sig på at klare personlig hygiejne selv. Der er også ældre borgere, som har den indstilling, at det er vigtigt at holde sig i gang ved at klare daglige aktiviteter selv. For nogle bunder det i, at de gennem det meste af livet har haft en aktiv livsstil og anser fysisk aktivitet som gavnligt for helbredet. Samtidig er der også borgere, der ikke synes, at helbredet giver mulighed for at blive mere selvhjulpne. De har tilpasset sig til at skulle have hjælp og forklarer, at de med deres alder ikke kan forvente at komme til at klare flere ting selv. Nogle borgere oplever smerter eller svigtende kræfter som en begrænsning på det daglige aktivitetsniveau. Endelig er der borgere, som finder det rimeligt at få hjælp, fordi de selv har vanskeligt ved at udføre daglige aktiviteter eller for ikke at belaste en rask ægtefælle, som i forvejen har påtaget sig flere arbejdsopgaver i hjemmet end tidligere.



De fleste interviewede ældre har oplevet det som opmuntrende, når medarbejderne er positive og giver ros og vurderer, at kommunens medarbejdere har været en god støtte. Medarbejdernes faglige kompetencer og den vejledning, medarbejderne har givet, nævnes også som betydningsfuld af de interviewede borgere. Der er imidlertid også borgere, som oplever, at medarbejderne har presset dem for meget, og føler det provokerende at blive "overvåget". En konsekvens af at skulle præstere at udføre forskellige aktiviteter i en situation, hvor borgerne ikke kan, hvad de gerne ville, kan ifølge tidligere undersøgelser være en oplevelse af utilstrækkelighed. Det kan endvidere opleves som demotiverende, hvis medarbejderne ikke udviser tilstrækkelig omsorg for borgerens mentale og fysiske tilstand.

Blandt svækkede ældre borgere, som har en ægtefælle, har hjælp og støtte fra ægtefællen haft stor betydning for de svækkede ældres mestring af sygdom og nedsat funktionsevne. Andre pårørende i form af familie, venner/veninder og naboer har desuden på forskellig vis ydet hjælp og støtte i forbindelse med de ældre borgeres sygdom og funktionsnedsættelse. Denne hjælp og støtte har haft en positiv betydning for, at borgerne har kunnet håndtere den situation, de er kommet i, samt bruge kræfter på helt eller delvist at genvinde deres funktionsevne.

### **Hovedpunkter og konklusioner**

Denne undersøgelse har bidraget med øget indsigt i ældre borgeres perspektiv på at deltage i hverdagsrehabilitering. De ældre i undersøgelsen har været bredt sammensat med hensyn til demografiske karakteristika og social baggrund i form af tidligere erhverv og uddannelse.

Undersøgelsen viser, at hverdagsrehabilitering er mange ting og ældre borgere med forskellige ressourcer og behov kan dermed opfatte tilbuddet som relevant. Det har været en grundlæggende holdning blandt de interviewede borgere, at når man kan, så skal man klare sig selv. Dette bidrager til at gøre det meningsfuldt for borgerne at forsøge at genvinde mistede færdigheder, når man har været ude for en begivenhed, der har nedsat funktionsevnen i daglige aktiviteter.

Der er imidlertid også borgere, som oplever det frustrerende vedvarende at blive udsat for en tilskyndelse fra medarbejdere til selv at forsøge at klare daglige aktiviteter. Det er således en udfordring for medarbejderne i samspil med borgerne at finde balancen mellem at tilskynde til selvhjulpne og at yde den fornødne støtte til at udføre de daglige aktiviteter. Det handler i mange tilfælde om, at medarbejderne indlever sig i og udviser empati for borgeren og på denne måde bidrager til at opbygge en frugtbar og tillidsfuld relation.

De interviewede ældre giver udtryk for, at de ikke ved, om der findes en plan eller et mål for deres eget hverdagsrehabiliteringsforløb. Det er imidlertid i flere tilfælde uproblematisk for borgerne. Men der er også borgere, som udtrykker bekymring for, hvilken hjælp de kan regne med fremover, fordi de ikke kender til de konkrete mål.

Såvel borgere som medarbejdere i hverdagsrehabilitering har i undersøgelsen haft fokus på, at borgerne bliver mere selvhjulpne i daglige aktiviteter i de nære omgivelser, herunder at forbedre mobiliteten. Set fra borgernes side kan dette forekomme naturligt, da de har fået kontakt med kommunen på grund af et behov for hjælp til aktiviteter i hverdagen og næppe tænker på hjælp fra kommunen til fx at deltage i sociale aktiviteter. Der er imidlertid eksempler på, at borgere har fået støtte til at træne i at komme omkring i nærmiljøet, og der er eksempler på borgere, som har savnet sociale kontakter. Som forudsat i lovforslaget om rehabiliteringstilbud kan der altså være grund til at have større opmærksomhed på borgernes behov for støtte på grund af nedsat psykisk og social funktionsevne.

I undersøgelsen er der borgere med et begrænset socialt netværk, som sætter pris på den sociale relation til medarbejderne, og for hvem besøgene fra de kommunale medarbejdere er tryghedsskabende. Hvis der er borgere, som kommunen vurderer ikke længere er berettiget til hjælp, men som ikke er helt trygge ved at være overladt til sig selv, er der således brug for at etablere alternative tryghedsskabende tilbud.

Som i tidligere undersøgelser peger ældre borgere i denne undersøgelse på, at en positiv indstilling og godt humør blandt medarbejderne kan give dem mod til at komme over konsekvenserne af den akutte sygdom eller det uheld, de har været ude for. Endvidere kan tilskyndelser og ros fra medarbejderne bidrage til, at borgere fortsat bestræber sig på at udføre forskellige aktiviteter. Endelig er der borgere, som tilkendegiver, at medarbejdere har givet god vejledning til, hvordan borgerne har kunnet udføre forskellige aktiviteter på trods af en funktionsnedsættelse.

Der er borgere, som oplever det som ydmygende og udtryk for manglende respekt, at medarbejdere skal vurdere, hvad de selv kan klare, ved at observere, at borgerne udfører aktiviteterne. Når der er behov for en sådan udvidet bedømmelse ved visitation, må den således udføres på en måde, så borgeren bevarer sin værdighed og har forståelse for fremgangsmåden.

Nogle borgere oplever, at kommunens medarbejdere konstant overvåger, hvad borgerne selv kan klare, eller hvad de måske selv kan klare. Det bidrager til at skabe en utryghed hos borgeren med hensyn til, hvilken hjælp man kan regne med på kort og længere sigt. Mange ældre borgere, som har besvær med at udføre daglige aktiviteter, har således brug for vished om, hvilken hjælp de har i morgen, i næste uge og i næste måned.

Der er endelig borgere i hverdagsrehabilitering, som ophører med hjælp fra kommunen, fordi en rask ægtefælle overtager opgaven med at yde hjælp til personlig hygiejne, forflytning o.l. Det er således ifølge tidligere undersøgelser et spørgsmål om at være opmærksom på et behov for støtte og aflastning af den raske ægtefælle, så denne ikke bliver overbelastet.

# 1 Baggrund og formål

Danske kommuner har i dag et tilbud, der kaldes hverdagsrehabilitering, til borgere, som henvender sig om praktisk bistand eller personlig pleje, og som vurderes at have et potentiale til at kunne blive rehabiliteret til at blive (mere) selvhjulpne i daglige aktiviteter. Sigtet er, at ældre har en selvstændig hverdag, hvor de er mest muligt uafhængige af hjælp fra andre. Der er imidlertid kun begrænset viden om ældre borgeres perspektiv på hverdagsrehabilitering, og i hvilken udstrækning borgerne oplever, at et tilbud om rehabilitering til hverdagens aktiviteter er i overensstemmelse med deres forventninger, ressourcer og behov. Ældre Sagen henvendte sig til KORA om at gennemføre en undersøgelse, der kunne give en dybere forståelse af ældre borgeres oplevelse af et tilbud om hverdagsrehabilitering. Der har derfor i denne undersøgelse været et særligt fokus på at belyse, hvordan ældre borgere med forskellig baggrund, herunder social baggrund i form af uddannelse og erhverv, helbredsmæssig tilstand og ressourcer, oplever deltagelse i hverdagsrehabilitering.

Der findes ikke en alment accepteret definition af hverdagsrehabilitering. I Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet (MarselisborgCentret 2004) er rehabilitering defineret bredt, og denne definition fanger ikke det særlige ved hverdagsrehabilitering. I en kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet (Kjellberg et al. 2013a) omtales hverdagsrehabilitering som "*... den fællesbetegnelse, som kommunerne bruger til beskrivelse af de tilbud om rehabilitering, som er målrettet borgere i hjemmeplejen, og som gennemføres i borgerens hjem eller nærmiljø med henblik på at gøre borgeren mere selvhjulpne i dagligdagen*" (p. 15). Det kan tilføjes, at indsatsen er tidsbegrænset, og at den typisk udføres i et samarbejde mellem terapeuter og social- og sundhedshjælper/assistenter. I nogle tilfælde indgår også andre faggrupper, fx hjemmesygeplejersker, i samarbejdet.

En analyse af ældre borgeres perspektiv på og oplevelse af hverdagsrehabilitering er aktuell. Ministeren for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold fremsatte nemlig i oktober 2014 et lovforslag (L25 af 8. oktober 2014), hvorefter kommunerne skal tilbyde et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb til personer med nedsat funktionsevne, hvis rehabiliteringsforløbet vurderes at kunne forbedre personens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for praktisk hjælp, personlig pleje eller madservice. Ifølge lovforslaget skal rehabiliteringsforløbet tilrettelægges og udføres helhedsorienteret og tværfagligt, og individuelle mål for rehabiliteringsforløbet skal fastsættes i samarbejde med den enkelte modtager af forløbet. I bemærkningerne til lovforslaget angives, at det er borgerens egne mål og behov, som er omdrejningspunktet for arbejdet med målfastsættelsen, og at kommunen forpligtes til at arbejde med borgerens motivation. Der skal være en dialog mellem borger og kommune omkring, hvad der skal til, for at borgeren kan få en bedre hverdag med større uafhængighed. Det anføres således i bemærkningerne, at det er afgørende, at et rehabiliteringsforløb baserer sig på en konstruktiv dialog med udgangspunkt i borgerens samlede situation. Der er da også i litteraturen konsensus om, at det er vigtigt for resultatet af et rehabiliteringsforløb, at borgeren er inddraget i at fastsætte mål for rehabiliteringsindsatsen, og at målene er i overensstemmelse med borgerens interesser, og hvad han eller hun finder vigtigt (Center for Kliniske Retningslinjer 2013).

Implementeringen af hverdagsrehabilitering forudsætter dels, at ældre med en funktionsnedsættelse ser tilbud og krav i rehabiliteringsforløbet som en gevinst og dermed er villige til og i stand til at deltage i en interaktiv proces, dels at kommunernes tilbud er fleksibelt, så det tager hensyn til forskelligheden blandt ældre med hensyn til deres ressourcer og formåen. Der findes som nævnt kun begrænset viden om, i hvilken udstrækning kommu-

nernes tilbud om hverdagsrehabilitering er i overensstemmelse med forskellige ældres forventninger, ressourcer og behov. Dette projekt har således som formål at belyse følgende:

- I hvilken udstrækning er hverdagsrehabilitering i overensstemmelse med forventninger, ressourcer og behov blandt forskellige grupper af ældre med nedsat funktionsevne?
- Hvad er ud fra målgruppens perspektiv fremmende og hæmmende for deltagelsen?
- Hvad er borgernes oplevelse af kommunens tilbud om støtte i forhold til egen vurdering af behov og muligheder?
- Hvordan har borgerne oplevet sig inddraget i beslutninger, planlægning og koordinering af deres rehabiliteringsforløb?

Analyserne har således sigtet mod at give viden om, hvad samspillet mellem borger og personale undervejs i hverdagsrehabilitering betyder for ældres deltagelse og motivation, og hvordan ældre kan inddrages for at sikre overensstemmelse med borgernes mål og det tilbud, der gives.

Sigtet har endvidere været at afdække, hvordan accept af og forventninger til hverdagsrehabilitering varierer med ældres ressourcer (fx oplevelse af helbred, social støtte, socio-økonomiske forhold), og i forhold til hvorvidt tilbuddet om hverdagsrehabilitering er i overensstemmelse med ældres forventninger til hverdagsliv og aktiviteter i hverdagen. Der har været fokus på, om der er sociale forskelle på accept af og motivation for at gennemføre et forløb med hverdagsrehabilitering. Vi har endvidere haft et fokus på, hvordan ældre mennesker i en skrøbelig tilstand har oplevet at deltage i hverdagsrehabilitering. Skrøbelighed er ikke entydigt defineret (Socialstyrelsen 2013), men der er generelt tale om mennesker, som har nedsat fysisk, psykisk og/eller social funktionsevne, og som er sårbare i forhold til bl.a. at være afhængige af hjælp (Gobbens et al. 2013).

Det har været et overordnet sigte med analyserne, at resultaterne kan bidrage med borgernes perspektiv til udvikling af hverdagsrehabilitering i kommunerne.

## 2 Analytisk udgangspunkt

Hverdagsrehabilitering i hjemmeplejen er tæt relateret til de senere års dominerende diskurser om "aktiv aldring" og "sund aldring" (fx WHO 2002; Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion 2012). Begrebet repræsenterer et paradigme, der betragter ældre som aktive deltagere i samfundet, og som søger at gøre ældre ansvarlige for deres helbred og funktionsniveau (Tremblay & Rochman 2011). Man kan tale om en individualisering af ansvaret for at opretholde et godt helbred. Hverdagsrehabilitering kan ses som en faglig tilgang, som i tråd med aktiv aldring skal bidrage til, at ældreomsorgen kan frigøre sig fra tendenser til overbeskyttelse og unødigt kompensation og dermed modvirke tendensen til, at ældre bliver mødt som passive modtagere af hjælp.

Hverdagsrehabilitering sætter ikke alene medarbejderne, men også modtagerne af hjemmepleje – ældre borgere – i en ny position i relation til hjemmeplejen. På den ene side er tanken at give ældre borgere mulighed for at opnå en bedre funktionsevne og større uafhængighed af at blive varige modtagere af offentlig hjælp. På den anden side stiller hverdagsrehabiliteringen nye og større krav om ældres aktive deltagelse og medvirken end tidligere former for hjemmehjælp såsom hjælp til selvhjælp. Ældre borgere bliver dermed i højere grad gjort ansvarlige for at bevare et godt helbred, og hjælpen synes i højere grad end tidligere at være betinget af, at ældre gør en indsats.

Tidligere forskning viser, at fysisk aktivitet og deltagelse i sociale aktiviteter gennem livet har en forebyggende effekt i forhold til sygdom og funktionstab, og udbredelse af budskabet om aktiv aldring kan være meningsfuldt for yngre ældre og kan støtte dem til at forblive aktive og bidrage med muligheder for, at de har kunnet forblive aktive (Boudiny 2013). Ældre borgere mestrer imidlertid også nedsat funktionsevne ved at tilpasse deres aktiviteter til svækkede ressourcer (Baltes og Baltes 1990) eller ligefrem sætte pris på fred og ro (Townsend et al. 2006). Diskursen om 'aktiv aldring' kan således lægge et pres om aktivitet og deltagelse på ældre med varigt nedsat funktionsevne, som de har vanskeligt ved at leve op til, hvilket kan være en psykisk belastning (Boudiny 2013). Hverdagsrehabilitering og den tilhørende forventning om, at borgerne skal være selvhjulpne, kan lægge et tilsvarende pres på borgerne (fx Grøn og Andersen 2014). Hverdagsrehabilitering i praksis og de signaler, der bliver sendt til borgerne, må således balancere imellem at tilbyde den fornødne hjælp, at støtte borgere til at acceptere ændringer som følge af nedsat funktionsevne og indarbejde dem i deres hverdag, samt at støtte borgerne i at blive mest muligt selvhjulpne.

Modtagernes perspektiv har imidlertid fået ganske lidt opmærksomhed i de senere års diskussion og analyser af hverdagsrehabilitering. Vi ønsker at gøre de ældres perspektiv mere synligt med den forventning, at en sådan analyse kan give indsigt i, hvordan modtagerne oplever indsatsen og dermed kan bidrage med konstruktiv input med hensyn til at udvikle hverdagsrehabilitering. I sidste ende er betydningen af en indsats som hverdagsrehabilitering afhængig af, hvordan den bliver til i samarbejde med modtagerne. Ældre, som er omfattet af hverdagsrehabilitering, er således aktører i selve udformningen af indsatsen i interaktion med medarbejderne.

I rehabiliteringslitteraturen ses motivation som en dominerende forklaring på, om borgerne deltager og/eller medvirker i forebyggende og aktiverende indsatser (Hansen 2015). Motivation fortolkes i rehabiliteringslitteraturen typisk som en personlighedsfaktor hos borgerne, dvs. som en iboende egenskab og dermed som et viljespørgsmål. Dette fører til, at en sådan individualiserende forståelse nemt udelukker andre end personbårne faktorer såsom sociale faktorer og interaktionen mellem klienter og medarbejdere (jf. bl.a. Maclean & Pound 2000; Møller 2010). Vi betragter motivation som et fænomen, hvor sociale relationer og situationelle faktorer spiller en vigtig rolle. Dette betyder bl.a., at 'motivation' er noget,

som kan arbejdes med, idet den skabes i vekselvirkning med individet og dets omgivelser. På denne baggrund vil vores fokus på ældre borgeres perspektiv på hverdagsrehabilitering indeholde en analyse af, hvordan ældre, som befinder sig i forskellige situationer i forhold til helbred og ressourcer i øvrigt, oplever samspillet med medarbejderne og medarbejdernes handlinger.

Deltagelse i hverdagsrehabilitering antages at være afhængig af bl.a. forventningerne til udbyttet af en rehabiliterende indsats, altså forventninger til positive og negative effekter af fx at træne i at udføre daglige aktiviteter (Sniehotta, Scholz & Schwarzer 2005). Det kan således være en barriere for ældres deltagelse i rehabiliterende aktiviteter, hvis de ikke forventer at opleve nogen nytte i form af forbedrede færdigheder i daglige aktiviteter. En negativ effekt kan fx være smerter, udmattelse eller andet ubehag i forbindelse med aktiviteter i et rehabiliteringsforløb, utryghed ved selv at skulle klare en aktivitet, eller formindsket kontakt med hjemmeplejen.

Set ud fra borgernes perspektiv skal det være meningsfuldt at gennemføre et rehabiliteringsforløb (jf. også MarselisborgCentret 2004). Det vil sige, at de skal kunne se formålet med forløbet og have en forventning om et positivt udbytte i forhold til at kunne udføre aktiviteter eller funktioner, som de anser for vigtige i deres liv (Hansen 2015).

Ud over at deltagelse i hverdagsrehabilitering skal opfattes som meningsfuld, skal borgerne også have en tro på, at de vil være i stand til at udføre det, der skal til i forløbet. 'Self-efficacy' (Bandura 1994), som er troen på, at man er i stand til at gennemføre en bestemt indsats, bidrager til at forklare menneskers motivation til at udføre handlinger for at forbedre helbred og funktionsevne i daglige aktiviteter. Dette begreb kan også anses som relevant til at forstå ældres deltagelse i rehabilitering (Resnick 1998; Clark & Notwehr 1999; McAuley et al. 2003). Ældre skal altså have en tro på, at de er i stand til at gennemføre fx de fysiske aktiviteter, der er påkrævet for at udføre en bestemt opgave.

Både forventet udbytte og 'self-efficacy' er påvirket af såvel interne som eksterne faktorer (Clark & Notwehr 1999; Puggaard 2010). Blandt eksterne faktorer indgår bl.a. medarbejdernes tilgang og borgernes interaktion med medarbejderne samt opbakning og støtte fra medarbejdere og nærtstående i forbindelse med rehabiliteringen.

## 2.1 Tidligere undersøgelser om ældres deltagelse i hverdagsrehabilitering

I det følgende opsummeres, hvad tidligere undersøgelser har fundet af faktorer, som har betydning for, om ældre borgere finder det meningsfuldt at deltage i hverdagsrehabilitering. En mere uddybende gennemgang af tidligere undersøgelser kan findes hos Hansen (2015).

Ældre lægger generelt vægt på at være selvhjulpne og uafhængige af hjælp (fx Hansen et al. 2002; Colmorton et al. 2003; Monrad 2010) og udtrykker bekymring og frustration, når de oplever tab af deres tidligere uafhængighed (Glendinning et al. 2010). Ældre vil gerne kunne det, som de kunne, før de blev ramt af sygdom, og oplevelsen af kontrol over dagligdagen har stor betydning for ældres livskvalitet (fx Daatland & Solem 2000; Abu-Bader et al. 2003). I det omfang ældre forventer, at hverdagsrehabiliteringen kan bidrage til øget uafhængighed og øget kontrol over deres dagligdag, vil det således være meningsfuldt for dem at deltage. Sygdom og nedsat funktionsevne kan imidlertid have lagt en begrænsning på mulighederne for at opretholde en tidligere livsførelse, så ældre har måttet tilpasse deres forventninger til aktiviteter i dagligdagen efter deres helbred (Ojala 1989; Johannesen 2006; Hansen et al. 2013). Ønsket om uafhængighed retter sig ifølge tidligere undersøgel-

ser først og fremmest mod den personlige pleje, mens ønsket om uafhængighed er mindre udbredt og ikke så stærkt, når det gælder fx rengøring (Hansen et al. 2013; Københavns Kommune og Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet 2014).

Et tilbud om hverdagsrehabilitering gives i de fleste kommuner både til borgere, der henvender sig om hjælp på grund af nedsat funktionsevne, og borgere, som i forvejen får hjælp, men hvor hjemmeplejens medarbejdere har vurderet, at de har et potentiale for at kunne komme til at klare flere ting selv (Kjellberg et al. 2013a). Flere undersøgelser peger imidlertid på, at når man først har været vant til at få hjælp i kortere eller længere tid, er ønsket om at klare sig uden hjælp mindre udtalt (Rabiee & Glendinning 2011; Glendinning et al. 2010; Hansen et al. 2013; Københavns Kommune 2012; Aarhus Kommune 2011; Varde Kommune 2011). Det kan skyldes et svækket helbred og manglende tro på, at man vil kunne klare sig uden hjælp. I nogle tilfælde har borgerne opnået en social relation til medarbejderne, der kommer på besøg, så de nødtigt vil undvære besøgene. Det gælder særligt enlige med få sociale kontakter (Rabiee & Glendinning 2011; Glendinning et al. 2010).

Ældre borgeres egen vurdering af deres helbred og kræfter spiller naturligt ind på troen på, at man vil være i stand til at udføre daglige aktiviteter selv. Særligt kort tid efter akut sygdom eller uheld kan manglende kræfter gøre, at ældre borgere ikke er klar til at forsøge at klare en eller flere daglige aktiviteter selv (Karlsson 2006). Der kan derfor være brug for en periode, hvor man kommer til kræfter, inden der bliver formuleret mål for, hvad man skal blive bedre til selv at klare. Troen på at kunne genvinde (nogle af) sine færdigheder er størst blandt ældre borgere, der har været udsat for pludselig sygdom eller uheld, og mindre hos ældre borgere med en fremadskridende funktionsnedsættelse (Glendinning et al. 2010; Hansen et al. 2013).

I nogle tilfælde – og formodentlig typisk ved en fremadskridende funktionsnedsættelse – knytter borgerne deres nedsatte funktionsevne til en høj alder, og ud fra dette perspektiv ser de ingen mening med en rehabiliterende indsats, hvis opfattelsen er den, at man ikke kan løbe fra sin alder (Thomassen 2009; Thuesen 2013). Trygheden ved at kunne forvente hjælp og regelmæssige besøg af hjemmeplejens medarbejdere er rapporteret at have betydning for motivationen til at deltage i hverdagsrehabilitering (Glendinning et al. 2010; Frederikssund Kommune 2012; Karlsson 2006; Hansen et al. 2013). Det er endvidere vigtigt for den personlige integritet, at man på en tryk måde kan klare sin personlige hygiejne (Hansen et al. 2013). Utryghed ved på et tidspunkt at skulle undvære hjemmeplejens besøg kan omvendt hos nogle borgere være en hæmmende faktor i et rehabiliteringsforløb (Navne og Kjellberg 2013).

Tidligere undersøgelser viser, at det kan have væsentlig betydning for, hvorvidt ældre borgere betragter deltagelse i hverdagsrehabilitering som meningsfuldt, at de er informeret om formålet med rehabiliteringen og aktiviteterne i forløbet. Ifølge Glendinning et al. (2010) udtrykte borgere, hvor formålet med hverdagsrehabilitering var blevet kommunikeret tydeligt, ofte begejstring ved muligheden for at forbedre deres uafhængighed. I Hansen et al. (2013) beskrives, at borgerne var splittet i to grupper i forhold til deres opfattelse af besøg af en ergoterapeut som indledning på hverdagsrehabilitering. Den ene gruppe havde ingen problemer med at se meningen med ergoterapeutens besøg og følte, at de havde fået noget ud af besøget. Den anden og mindre gruppe mente ikke, at de havde haft nogen gavn af besøget eller var direkte uforstående over for formålet med det. De forstod fx ikke formålet med, at ergoterapeuten observerede dem udføre daglige aktiviteter, de ikke kunne udføre og derfor havde fået hjælp til. I Københavns og Aarhus Kommuner har man lignende erfaringer. Der har været modstand fra borgere mod at deltage i hverdagsrehabilitering, fordi det angiveligt ikke er lykkedes at kommunikere til borgerne, hvad hverdagsrehabilitering er, og hvordan et forløb foregår (Københavns Kommune 2012; Tonnesen et al. 2012).

Nogle borgere havde en anden forventning om ydelser fra kommunen end dem, de havde modtaget (Københavns Kommune og Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet 2014). Det har bl.a. givet sig udslag i manglende forståelse for, at kommunens terapeuter skal observere, hvordan borgeren håndterer en støvsuger.

Flere undersøgelser peger på, at det er vigtigt, at medarbejderne gennem deres fremtoning udviser indlevelse i og empati for borgeren og dennes situation (Karlsson 2006; Hall et al. 2010; Glendinning et al. 2010; Frederikssund Kommune 2012). En god menneskelig relation og tillid mellem borger og medarbejder kan bidrage til borgerens tilskyndelse til at følge medarbejderens instruktioner.



## 3 Undersøgelsens metode og gennemførelse

Målgruppen for undersøgelsen har været ældre mennesker (65+ år), som er blevet tilbudt hverdagsrehabilitering. Det kan dreje sig om borgere, der henvender sig til kommunen om praktisk bistand eller personlig pleje – eventuelt efter en sygehusindlæggelse, eller borgere, der gennem kortere eller længere tid har modtaget hjælp fra kommunen. Undersøgelsen har ikke inkluderet borgere i plejebolig. Det har ved inklusion af borgere til undersøgelsen været tilstræbt, at der i undersøgelsespopulationen er en variation i forhold til social baggrund, køn, urbaniseringsgrad og helbredstilstand. Det var endvidere intentionen, at populationen både skulle indeholde borgere, der har deltaget i et rehabiliteringsforløb, og borgere, som har afslået.

Undersøgelsen er gennemført i tre kommuner: Hørsholm, Svendborg og Vejen. Der har været sigtet mod at indgå aftale med en kommune i den nordlige del af hovedstadsområdet, en anden kommune med høj urbaniseringsgrad og en kommune med lav urbaniseringsgrad. Der er endvidere tilstræbt en geografisk spredning i de inkluderede kommuner. Denne strategi har ud over en variation i bopæl med hensyn til urbaniseringsgrad skullet bidrage til at sikre en variation i målgruppens sociale status.

Valget af et mindre antal kommuner giver mulighed for at beskrive, hvilket tilbud om hverdagsrehabilitering borgerne bliver stillet over for. Som et kriterium for udvælgelsen af kommuner indgik, at det skulle fremgå af kommunens hjemmeside, at borgere, der henvender sig om praktisk hjælp eller personlig pleje, bliver tilbudt hverdagsrehabilitering, hvis kommunen vurderer det som relevant. Et yderligere kriterium har været, at hverdagsrehabilitering skulle tilbydes borgerne i et samspil mellem terapeuter og social- og sundhedshjælpere/assistenter i hjemmeplejen. De tre kommuners tilbud om hverdagsrehabilitering er nærmere beskrevet i kapitel 4 samt bilag 1.

I hver kommune blev det tilstræbt at rekruttere 12-13 borgere i målgruppen til et personligt interview.

Vi har i hver kommune indsamlet information om principper og praksis for den hverdagsrehabilitering, der tilbydes ældre borgere, som søger eller allerede har hjemmepleje. I hver kommune har der været gennemført fokusgruppeinterview af relevante nøglepersoner om gennemførelse af hverdagsrehabiliteringen i praksis, herunder graden af frivillighed for borgerne til at deltage i hverdagsrehabilitering. Vi har endvidere inddraget relevant foreliggende skriftligt materiale om hverdagsrehabilitering i hver af de tre kommuner.

Interview er gennemført og skriftligt materiale indsamlet i perioden august-oktober 2014.

### 3.1 Interview af ældre borgere

I dette afsnit beskrives, hvordan interview af ældre borgere til undersøgelsen har været gennemført.

#### **Kommunernes udvælgelse af interviewpersoner**

Hver af de tre kommuner blev bedt om at indhente tilsagn om deltagelse i undersøgelsen fra 15 borgere (Hørsholm 12-15 borgere), som medio august/primo september 2014 deltog i hverdagsrehabilitering. De udvalgte skulle være i stand til at deltage i et interview og være så langt i et forløb, at de kunne fortælle om erfaringer fra forløbet. Vi ville gerne interviewe borgere på 65 år eller derover. Vi forventede, at udvælgelsen skete på en måde,

så der blev rekrutteret borgere med forskellige behov og forskellige forløb, herunder både borgere, som var nye i hjemmeplejen, og borgere, som fik hjælp eller pleje i forvejen, inden de fik tilbudt hverdagsrehabilitering. Det blev understreget, at vi ønskede at interviewe både borgere, hvor samarbejdet med kommunens medarbejdere om hverdagsrehabilitering var forløbet gnidningsfrit, og borgere, som havde haft forbehold over for (dele af) hverdagsrehabiliteringen.

Vi ville til undersøgelsen også gerne interviewe borgere, som havde fået tilbudt hverdagsrehabilitering, men som havde takket nej og ikke taget imod kommunens tilbud. I Vejen og Svendborg Kommuner havde der imidlertid ikke inden for de sidste måneder været eksempler på dette. I Hørsholm Kommune var der eksempler på borgere, som havde fravalgt kommunens tilbud, men kommunen havde ikke registreret disse borgere, som derfor ikke kunne identificeres. Der er altså ikke i undersøgelsen inkluderet borgere, som helt har takket nej til et tilbud om hverdagsrehabilitering.

#### *Udvælgelsen i Vejen Kommune*

I Vejen Kommune blev der taget udgangspunkt i borgere på 65+ år, som var i et forløb med hverdagsrehabilitering (i Vejen Kommune benævnt Bevar en Aktiv og Selvstændig Hverdag (BASH)). Man har søgt både at finde borgere, som var nye i hjemmeplejen, og borgere, som havde modtaget hjælp fra hjemmeplejen gennem længere tid, men hvor BASH havde været et nyligt tiltag. Borgere blev spurgt, uanset hvor velfungerende samarbejdet med BASH-medarbejderne havde været, og uanset borgernes holdning til BASH. Borgerne er blevet spurgt om deltagelse af terapeuterne i BASH. Det er ikke rapporteret, at der er borgere, som er blevet spurgt, men ikke har ønsket at deltage i et interview til undersøgelsen.

#### *Udvælgelsen i Svendborg Kommune*

I Svendborg Kommune har man ud fra en liste over alle aktuelle borgere i et hverdagsrehabiliteringsforløb i august 2014 udvalgt en gruppe, hvor problematikkerne var så blandede som muligt. Der blev valgt borgere kun med praktisk hjælp, kun personlig pleje og med begge dele. Der blev udvalgt både borgere med korte og lange rehabiliteringsforløb og med en variation i forhold til køn og alder. Der blev også udvalgt borgere med demens, men dog kun i en grad at de har kunnet svare på spørgsmål. Der blev i udvælgelsen ikke skelnet imellem, om der har været tale om borgere, hvor hjemmetrænerne har fornemmet, at borgere har været tilfredse med medarbejderne, indsatsen osv. Der er udvalgt borgere, som – efter hjemmetræneres vurdering – både har haft en positiv og en negativ opfattelse af rehabilitering. Borgere med misbrugsproblematikker og borgere i en psykisk meget sårbar situation, som har været henvist til hverdagsrehabilitering, er ikke blevet spurgt. De udvalgte er blevet spurgt af deres sædvanlige hjemmetræner, om de ønskede at deltage. Ca. fem borgere er blevet spurgt, men har takket nej.

#### *Udvælgelsen i Hørsholm Kommune*

I Hørsholm Kommune gennemgik man alle navne på borgere, som i begyndelsen af september modtog hverdagsrehabilitering. Man har sikret sig, at de udvalgte kunne tale, forstå og medvirke i et interview. Der blev ikke taget hensyn til, om borgerne var negative eller positive over for hverdagsrehabilitering. Borgerne blev spurgt om deltagelse i interview af terapeuterne i hverdagsrehabilitering. Det har ikke kunnet oplyses, hvor mange af de adspurgte der ikke har ønsket at medvirke i undersøgelsen.

### **Gennemførelsen af interviewene**

KORA udarbejdede en kort skriftlig beskrivelse af projektet og interviewene, som kunne udleveres til relevante borgere, når de bliver spurgt om deltagelse. Svendborg Kommune

udarbejdede desuden en samtykkeerklæring, som borgere, der ønskede at deltage i undersøgelsen, kunne skrive under på.

Kommunerne indsendte navn og kontaktoplysninger til KORA på borgere, der havde givet tilsagn om at deltage i undersøgelsen. Disse borgere fik tilsendt et brev fra KORA med en kort information om undersøgelsen og interviewet samt med et forslag til et interviewtidspunkt. Interviewene blev udført af to studentermedarbejdere fra KORA i borgernes hjem.

En oversigt over antal tilsagn og antal interview i de tre kommuner er vist i tabel 3.1.

**Tabel 3.1** Oversigt over antal tilsagn og interview i de tre kommuner

	Tilsagn	Interview
Hørsholm Kommune	12	9
Svendborg Kommune	16	14
Vejen Kommune	16	11
<b>I alt</b>	<b>44</b>	<b>34</b>

Som tidligere nævnt var det planen at gennemføre 12-13 interview i hver kommune. I Hørsholm Kommune og Svendborg Kommune måtte tre aftalte interview opgives på grund af borgerens helbred. Én var sengeliggende, en anden svækket efter en nylig operation, og den tredje var netop vendt hjem efter et akut sygehusophold. Ingen af dem havde derfor overskud til at gennemføre et interview, da KORAs medarbejder mødte op hos dem, eller inden for den nærmeste fremtid. I Hørsholm Kommune fortrød en borger sit tilsagn om at deltage i et interview. I Vejen Kommune var der forberedt interview med 12 borgere, men en borger var desværre afgået ved døden, da KORAs medarbejder mødte frem for at gennemføre interviewet. Interviewet var det sidste, som var planlagt. Vi vurderede, at de allerede gennemførte interview repræsenterede en sådan bredde i borgernes oplevelse af hverdagsrehabilitering, at et interview til erstatning ikke ville bidrage med yderligere information til undersøgelsen. Derfor – og af hensyn til undersøgelsens tidsfrist – kontaktede vi ikke en anden borger som erstatning.

Interviewene har været gennemført som semistrukturerede interview omkring undersøgelsens overordnede temaer. I de første interview deltog også en erfaren forsker med henblik på at vurdere interviewguidens anvendelighed og et eventuelt behov for revision.

I interviewene indgik følgende overordnede temaer:

- Baggrunden for at borgeren søgte om hjælp/fik tilbudt hverdagsrehabilitering, herunder sygdom og udvikling i funktionsevne
- Visitationssamtalen og inddragelse i beslutninger
- Kontakten med terapeut, herunder oplevelsen af vejledning og støtte
- Kontakten med social- og sundhedshjælper, herunder hjælp og støtte samt oplevelsen heraf
- Oplevelsen af samarbejdet med kommunens medarbejdere, herunder vurdering af medinddragelse ved fastsættelse af mål samt hjælp og støtte
- Tryghed ved at få den fornødne hjælp
- Ønsker til og tro på at kunne blive mere selvhjulpne, herunder vurdering af medarbejdernes betydning for udbytte af hverdagsrehabilitering
- Andre typer hjælp eller støtte (fra kommunen)

- Borgerens aktiviteter i hverdagen samt ønsker til aktiviteter
- Socialt netværk samt hjælp og støtte fra socialt netværk
- Borgerens køn, alder, samlivsforhold, uddannelse og erhverv

Interviewene har haft en varighed på ½-1½ time. I nogle tilfælde har en ægtefælle til den udvalgte interviewperson deltaget. Alle interview undtagen to, hvor borgeren ikke ville give tilladelse, blev optaget med diktafon. Alle interviewoptagelser er transskriberet i deres fulde længde.

Alle anvendte navne i rapporten er opdigtede.

### 3.2 Fokusgruppeinterview af medarbejdere

I hver af de tre kommuner blev gennemført fokusgruppeinterview af nøglemedarbejdere i relation til hverdagsrehabilitering. Interviewene har skullet give information om den organisatoriske tilrettelæggelse af hverdagsrehabilitering og udførelsen af hverdagsrehabilitering i praksis. De overordnede temaer for interviewene var følgende:

- Organisering af hverdagsrehabilitering
- Visitation til hverdagsrehabilitering
- Borgernes forløb i hverdagsrehabilitering
- Arbejdsdeling og samarbejde mellem forskellige medarbejdergrupper
- Inddragelse af borgere og støtten til borgere i et forløb
- Vurdering af borgernes udbytte
- Udfordringer i udviklingen af hverdagsrehabilitering

I *Hørsholm Kommune* blev gennemført fokusgruppeinterview med deltagelse af en visitator, to social- og sundhedshjælpere og en distriktsleder. Der blev efterfølgende gennemført et telefoninterview af en terapeut i hverdagsrehabilitering.

I *Svendborg Kommune* blev gennemført et fokusgruppeinterview af det tværfaglige rehabiliteringsteam i et af kommunens to distrikter. I interviewet deltog to sygeplejersker, to hjemmetrænere, en rehabiliteringsterapeut, en visitator, en hjælpemiddeltherapeut og en teamleder.

I *Vejen Kommune* deltog to social- og sundhedshjælpere (hvoraf en arbejdede i plejebolig), en BASH-terapeut, en visitator og en teamleder.

Fokusgruppeinterviewene varede omkring 1½ time og blev gennemført af to medarbejdere fra KORA. Alle interview er optaget med diktafon og transskriberet i deres fulde længde.

## 4 Hverdagsrehabilitering i de tre kommuner

I dette kapitel beskrives hovedtrækkene i hverdagsrehabilitering i de tre kommuner, som indgår i undersøgelsen. Beskrivelsen omfatter overordnede principper, organisering og faser i et forløb med hverdagsrehabilitering og bygger på materiale fra kommunerne samt fokusgrupeinterview af medarbejdere i hverdagsrehabilitering.

I alle tre kommuner er det overordnede formål, at borgere, som har eller er i risiko for begrænsninger i deres funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv med god livskvalitet. Sigtet er således at styrke borgernes funktionsevne. I alle tre kommuner retter hverdagsrehabilitering sig primært mod, at borgerne kan genvinde færdigheder til at udføre aktiviteter, som de har fået bevilget hjælp til. Der er også opmærksomhed på, om borgerne har behov for støtte til fx at deltage i sociale aktiviteter. Hverdagsrehabilitering retter sig både mod "nye" borgere, der henvender sig til kommunen om hjælp, og mod borgere, der allerede får hjælp, men hvor der opstår nye behov, eller hvor kommunens medarbejdere bliver opmærksomme på et potentiale, for at borgeren kan blive mere selvhjulpne.

Organiseringen af hverdagsrehabilitering og terapeuternes placering er forskellig i de tre kommuner.

I *Hørsholm Kommune* er der i hvert distrikt inkl. aften ansat en distriktsterapeut på 30 timer ugentligt. Der er ikke et team af social- og sundhedshjælpere/assistenter, som er nøglepersoner til at udføre hverdagsrehabilitering i samarbejde med terapeuterne. Derimod har alle social- og sundhedshjælpere været igennem en uddannelse, som har styrket deres viden om rehabilitering, så de kan følge op på det, som terapeuten sætter i værk for den enkelte borger. I hvert distrikt holdes et eller to ugentlige møder, som terapeuterne indkalder til og med deltagelse af sygeplejersker, terapeut, visitator, social- og sundhedshjælpere og sagsbehandlende terapeuter efter behov.

I *Svendborg Kommune* er kommunen opdelt i to distrikter, hvor der i hvert distrikt er etableret et rehabiliteringsteam. Teamet består af teamleder, sygeplejersker, hjemmetrænere (SOSUer med et 10-dages kursus i rehabilitering), hjælpemiddeltherapeut, visitator og rehabiliteringsterapeut. Kernen i teamet udgøres af hjemmetræner, rehabiliteringsterapeut, sygeplejerske og teamleder, som arbejder i distriktet, og som har daglige middagsmøder. Borgere, som henvises til hverdagsrehabilitering, henvises til dette team.

I *Vejen Kommune* er fire terapeuter ansat til at arbejde med hverdagsrehabilitering. De udgør sammen med en teamleder et team, som er placeret i en central afdeling. En bred kreds af social- og sundhedshjælpere har fået efteruddannelse i rehabilitering, kommunikation og forebyggelse. De er ansat i distrikterne og skal udføre rehabiliteringsforløbene efter terapeuternes anvisning. Teamet holder ugentlige møder, og terapeuterne afholder møder med BASH-medarbejdere en gang om måneden.

I alle tre kommuner er det visitationen (myndighedsafdelingen), der tager stilling til, om en borger har rehabiliteringspotentiale. I givet fald henvises borgeren til rehabiliteringsterapeuterne/rehabiliteringsteamet. Hvis visitator er i tvivl om, hvorvidt en borger har rehabiliteringspotentiale, kan han/hun bede en terapeut vurdere borgeren, og hverdagsrehabilitering kan således i nogle tilfælde bestå i en udredning af borgerens potentiale. Samtidig med (eller før) henvisning til hverdagsrehabilitering bevilges den hjælp, som borgeren vurderes at have behov for til personlig pleje. Bevilling af praktisk bistand kan komme an på en afprøvning af borgernes funktionsevne. I alle kommuner er princippet, at borgerne skal tage imod tilbuddet om hverdagsrehabilitering eventuelt i form af en afprøvning af funktionsevnen for at få bevilget hjælp. Borgere, som vurderes til at være berettiget til hjælp, efterla-

des dog ifølge udsagn fra fokusgruppeinterviewene ikke uden hjælp, selv om de er modvil- lige over for at indgå i hverdagsrehabilitering. Der arbejdes meget på at motivere borgerne til at indgå i en afprøvning eller et egentlig rehabiliteringsforløb, og det er sjældent, at en borger afslår tilbuddet.

I Hørsholm og Vejen Kommuner er det en terapeut fra hverdagsrehabilitering, som aflæg- ger henviste borgere et besøg for at vurdere borgernes funktionsevne og for at aftale en handleplan med borgeren. I Hørsholm Kommune udføres træningen i nogle tilfælde af tera- peuten, men ellers er princippet ligesom i Vejen Kommune, at social- og sundhedshjælpere varetager indsatsen under terapeutens supervision. Terapeuterne følger op på de iværksat- te forløb. I Svendborg Kommune er det sædvanligvis hjemmetrænerne, der har kontakten med borgerne og træner sammen med borgerne, mens terapeuterne primært superviserer hjemmetrænerne. Borgernes forløb drøftes i rehabiliteringsteamet, som også tager stilling til afslutning af forløbet. I alle kommuner angives, at mål for rehabiliteringsforløbene fast- sættes i samarbejde med borgerne. Alene i Vejen Kommune skal private leverandører del- tage i hverdagsrehabilitering.

Fælles for de tre kommuner er, at hverdagsrehabilitering kan bestå i,

- at borgernes evne til at udføre forskellige daglige aktiviteter bliver afprøvet og vurderet
- at borgerne modtager vejledning om, hvordan de kan udføre daglige aktiviteter
- at borgerne modtager hjælpemidler til at lette udførelsen af daglige aktiviteter
- at borgerne sammen med en kommunal medarbejder øver sig i at udføre daglige aktivi- teter
- at borgerne i nogle tilfælde instrueres i at udføre lettere fysiske øvelser.

Ingen af de tre kommuner har faste kriterier for, hvilke borgere der har rehabiliteringspo- tentiale, og hvilke der ikke har. Det afhænger af en individuel bedømmelse. Det nævnes dog, at borgere med nedsat kognitiv funktionsevne i mange tilfælde bedømmes ikke at have rehabiliteringspotentiale, hvis de har svært ved at forstå og huske aftaler og medar- bejdernes anvisninger.

## 5 Karakteristik af interviewpersonerne

Dette kapitel indeholder en beskrivelse af interviewpersonerne i undersøgelsen. Vi beskriver de interviewede ældre borgeres køn, alder og sociale baggrund. Vi beskriver også det forløb, borgerne har været igennem op til, at de blev henvist til hverdagsrehabilitering. Endvidere beskriver vi de forskellige typer af hjælp, som de ældre borgere har modtaget. Slutteligt beskriver vi fire udvalgte cases for at illustrere variationen hos borgere, der er henvist til hverdagsrehabilitering.

Der blev i undersøgelsen foretaget 34 interview fordelt på de tre kommuner (se tabel 3.1 i kapitel 3). Et enkelt ægtepar var visiteret til rengøringshjælp sammen, og de indgår begge i optællingen af interviewpersoner i forhold til fordelingen på køn og alder i følgende afsnit, således at der er tale om 35 personer i alt.

Interviewpersonerne fordeler sig i alderen fra 64 til 92 år. Gennemsnitsalderen er 79 år. Kønsfordeling er henholdsvis 13 mænd og 22 kvinder. Aldersfordeling fordelt på køn er opsummeret i tabel 5.1.

**Tabel 5.1** Alder og kønsfordeling

	Mænd	Kvinder
- 74 år	2	6
75 - 84 år	7	12
+ 85 år	4	4
I alt	13	22

Af de interviewede ældre borgere var 22 enlige, mens 13 boede med en ægtefælle. Blandt de enlige var 18 kvinder og fire mænd. Af de ældre borgere med en ægtefælle var fire kvinder og ni mænd, heri indgår ovennævnte ægtepar både som mand med ægtefælle og kvinde med ægtefælle.

De interviewede ældre borgere er bredt sammensat med hensyn til uddannelse og tidligere erhverv. Blandt mændene er der ufaglærte, personer med en faglig uddannelse samt personer med en mellemlang eller lang videregående uddannelse. Hovedparten har arbejdet som lønmodtagere i den private sektor, men der er også mænd, der har været selvstændige (landmænd) eller haft en ledende stilling. Der er interviewede kvinder uden en erhvervs-mæssig uddannelse, og de uddannede har typisk en kontor/butiksuddannelse eller en mellemlang videregående uddannelse. Der er blandt kvinderne også nogle, som har haft ledelsesansvar eller været selvstændige. Blandt kvinderne har en del været hjemmearbejdende, bl.a. fordi ægtefællen har haft et tidskrævende arbejde.

### 5.1 Forløbet op til hverdagsrehabilitering

Det var ønsket, at både borgere, der tidligere havde fået hjælp og borgere, der var helt nye i systemet, skulle indgå i undersøgelsen. Af de 34 tilfælde var syv revisiteret, dvs. de var kendte i systemet, mens 27 var nye i hjemmeplejen. En enkelt havde ved tidligere episoder haft brug for hjælp, men havde ikke hjælp op til den begivenhed, der udløste deltagelse i hverdagsrehabilitering. Alle revisiterede var henvist til hverdagsrehabilitering som følge af en ny og pludseligt opstået forværring i deres helbred. Ingen af de revisiterede var således

blevet henvist til hverdagsrehabilitering udelukkende på baggrund af en ny vurdering af, at der var mulighed for, at de kunne blive mere selvhjulpne. I tabel 5.2 er vist de interviewede borgeres fordeling på nyvisiterede og revisiterede samt om deres funktionsnedsættelse er opstået akut eller over længere tid.

**Tabel 5.2** Interviewede borgere opgjort efter nyvisiteret eller revisiteret samt efter akut eller fremadskridende funktionsnedsættelse

	Nyvisiteret	Revisiteret
Akut	25	7
Fremadskreden	3	0
I alt	28	7

Tendensen i undersøgelsen er således, at langt de fleste interviewede borgere var henvist til hverdagsrehabilitering i forlængelse af en pludseligt opstået begivenhed og sygehusindlæggelse, selv om flere af borgerne allerede inden den pludselige sygdom/det pludselige fald havde haft problemer med helbredet.

Der er i undersøgelsen tre borgere, hvor hjælpen fra kommunen skyldes gradvis fremadskridende sygdom eller helbredsproblemer, og alle tre er nyvisiterede borgere. En borger har oplevet fremadskridende giggt, en anden, fremadskridende gangbesvær og en tredje, generelt forværret helbredssituation.

**Kamma** (75 år): *Der var jeg nede på gigthospitalet. Og jeg har ikke ret mange kræfter, bl.a. med mit sengetøj. Det er faktisk ret forfærdeligt for mig, når jeg bare skal løfte en dyne eller... Nogle dage er værre end andre, ikke også. Og så havde de sagt nede på gigthospitalet, at de ville søge for mig, om jeg kunne få noget hjælp til at få skiftet sengetøj.*

Dette er et eksempel på et fremadskridende sygdomsforløb. Kammas hverdagsrehabilitering begyndte efter et besøg på et gigthospital, hvor hun fik præsenteret muligheden for at få hjælp til at få skiftet sengetøj, uden at der var tale om en pludseligt opstået sygdom eller ny udvikling i Kammas giggt. Eksemplet illustrerer, at borgere med tiltagende dårligt helbred først søger hjælp, når der opstår en konkret anledning hertil.

De resterende ældre borgere modtog hjælpen fra kommunen på baggrund af pludselig sygdom eller uheld og sygehusindlæggelse, såsom en blodprop eller lungebetændelse eller på grund af fx brækkede ribben, hofter eller skuldre.

**Sonja** (90 år): *Jamen det var i forbindelse med et uheld, jeg havde [...] Og så fik jeg overbalance, og så væltede jeg med den stol her. Og så ramte jeg den bordkant. Og det kostede så fire brækkede ribben.*

Sonja var så uheldig at falde og brække fire ribben. Hendes helbred var på andre områder glimrende, og hun modtog inden faldet ingen former for hjælp. På grund af de brækkede ribben modtog Sonja i en begrænset periode hjælp til både personlig pleje og rengøringshjælp. På interviewtidspunktet var hun igen selvhjulpne og modtog ikke længere hjælp.

Der er også eksempler på ældre borgere med fremadskridende helbredsproblemer, hvor hjælpen dog er kommet efter et akut opstået behov. Det er fx generelt dårligt blodomløb, hvor hjælpen er kommet efter en blodprop, eller fremadskridende cancer, hvor hjælpen er kommet efter akut sygehusindlæggelse.



**Ejnar** (83 år): *Jeg blev syg igen i juni måned og blev opereret en gang til. Der måtte man tage protesen ud, der var sat ind oprindeligt. Så sad jeg seks uger i kørestol, det var derfor jeg fik hjælp her fra hjemmehjælpen – SOSU-assistenten og hjælperne – fordi når man ikke kan stå på det ene ben og sidder i kørestol hele tiden, så skal man have hjælp til at blive vasket om morgenen og sådan noget. Det var det, de kom og gjorde.*

Ejnar led af dårlige knæ i mange år. Han var igennem flere operationer, men hans venstre knæ blev aldrig helt godt. Det var først efter endnu en operation – og kørestol i seks uger – at Ejnar modtog hjælp, på trods af fysiske skavanker over længere tid.

Et eksempel på en borger, der er blevet revisiteret, er en 86-årig kvinde. Kvinden har tidligere modtaget hjælp på grund af fald og sygehusindlæggelser. På grund af endnu et fald, hvor kvinden brækkede anklen og smadrede sin menisk i det ene knæ, måtte hun have hjælp fra kommunen til at tage bad. Dette er et eksempel på en borger, som i forvejen modtog hjælp, men som er blevet henvist til hverdagsrehabilitering på grund af en akut opstået ny situation.

Da skrøbelighed ikke er entydigt defineret, giver det ikke mening at kategorisere de interviewede borgere efter graden af skrøbelighed. Flere af de interviewede har imidlertid haft brug for omfattende hjælp – nogle i en kortere periode andre mere vedvarende – på grund af en helbredsmæssig svækkelse eller nedsat fysik funktionsevne. Nogle af de interviewede har imidlertid haft brug for begrænset hjælp i en kortere periode.

## 5.2 Typer af hjælp

Typen og omfanget af hjælp, kommunen stillede til rådighed, varierede alt efter den ældre borgers helbredssituation. De fleste af de interviewede ældre borgere har fået hjælp til personlig pleje af forskellig slags. Det har fx været enten dagligt eller ugentligt bad, rengøring af kateter eller hjælp til påklædning. Derudover fik mange borgere praktisk hjælp, såsom hjælp til støvsugning og gulvvask hver tredje uge, hjælp til at skifte sengetøj eller tøjvask. Endvidere nævner de interviewede ældre en form for hjælp, hvor de fx øver sig i at rejse sig fra stol eller at gå med/uden en rollator.

Flere borgere har modtaget hjælpemidler i form af fx strømpepåtager, toiletforhøjer eller monteret håndtag i bruseren. Herudover er der også borgere, der har fået hjælp til at komme ud at gå en tur eller hjælp til at få handlet ind. Der er også et enkelt eksempel på en borger, der igennem hjemmeplejen bliver opfordret til at søge psykologhjælp. Som nævnt kom hovedparten af de ældre borgere i kontakt med kommunen på grund af pludselig sygdom eller indlæggelse, og flere af disse borgere har samtidig med hverdagsrehabiliteringen typisk deltaget i genoptræning på et træningscenter. Ud over de nævnte former for hjælp er der også i undersøgelsen eksempler på ældre, der har modtaget hjælp i form af madservice enten i hjemmet eller på et plejecenter, ligesom der er eksempler på ældre, der får hjælp af en sygeplejerske til at dosere medicin.

Længden på borgernes rehabiliteringsforløb varierede i høj grad og hang naturligvis tæt sammen med deres generelle helbredssituation. Borgere, der modtog hjælp på grund af fald og brækkede knogler, havde for det meste haft tidsbegrænset hjælp, indtil de var ovenpå igen. Det hurtigste rehabiliteringsforløb strakte sig over 5-6 besøg, hvor en ældre borger skulle lære at tage støttestrømper på. Med en strømpepåtager blev borgeren i stand til at klare det selv.

**Poul** (76 år): *Det er rigtigt, der kom nogen og viste mig, hvad jeg skulle gøre. Så sagde jeg, det kan I godt holde op med, jeg kan selv gøre det. Det kan jeg selv. De har vel været her en 5-6 gange.*

Modsat fik de ældre borgere, hvis helbredssituation ikke umiddelbart kunne forventes forbedret, eller hvor en forbedring forventedes at være en langvarig proces, en væsentligt længere tidsramme, og i flere tilfælde er der ikke sat en slutdato på deres rehabiliteringsforløb. Eksempler på dette er fx uhelbredelig kræft, hvor hjælpen bestod i hjælp til selv at gå på toilettet eller lignende. Her har hjælpen også omfattet hjælpemidler, som kunne gøre dagligdagen lettere.

Der er flere tilfælde, hvor den ældre borger har taget initiativ til at få ændret hjælpen undervejs. Dette skyldtes fx, at borgeren ikke længere behøvede hjælpen, fordi vedkommende var blevet selvhjulpne. I andre tilfælde skyldtes det, at den ældre borgers ægtefælle kunne varetage en del af hjælpen, så det fx ikke var nødvendigt med besøg om morgenen. Der er også eksempler på, at de ældre borgere mente, at de fik for meget hjælp, eller at hjælpen blev givet på en forkert måde, hvilket gjorde, at de sagde hjælpen fra. Der er endvidere eksempler på ældre borgere, der syntes, at hjemmehjælperne kom alt for ofte, og som derfor sagde en del af hjælpen fra. Det er nedenstående et eksempel på.

**Irene** (73 år): *Så min mand og jeg vi forsøger på at klare det selv, det meste vi kan. Han hjælper mig på bækkenet og sådan noget. Og nu skal vi til at klare det hele om natten, for at vi ikke skal have alle dem rendende."*

Af de 35 interviewede borgere modtog 13 på interviewtidspunktet ikke længere hjælp fra kommunen. Af de syv ældre borgere, der var revisiteret, var der ingen, som på interviewtidspunktet var uden hjælp fra kommunen. Derudover var hjælpen for 17 borgere blevet revurderet og ændret, fordi borgeren selv eller dennes ægtefælle har kunnet klare flere aktiviteter. Der er således kun tale om fem borgere, hvor hjælpen fortsat er i samme omfang som visiteret. At hjælpen er uændret kan til dels skyldes, at nogle af de ældre borgere var så nye i systemet, at det endnu ikke var vurderet endegyldigt, hvilken hjælp de mere varigt havde behov for.

### 5.3 Beskrivelse af udvalgte cases

I dette afsnit beskrives et mindre antal cases på baggrund af interviewene af de ældre borgere. Casene skal illustrere variationen i udfordringer og problemstillinger hos borgere, der er henvist til hverdagsrehabilitering. Eksemplerne viser borgere, der har modtaget hverdagsrehabilitering efter et kræftforløb, et knoglebrud, en fremadskridende gigtsygdom og en blodprop.

## Irene

Irene er en 73-årig kvinde. Hun bor i eget hus sammen med sin mand, som er otte år ældre. Hun har været hjemmearbejdende husmor, mens manden arbejdede. Børnene bor begge et par timers kørsel væk og kommer ikke ret ofte hjem på besøg. De seneste år har hun brugt tiden på kreative hobbyer og har dyrket motion dagligt. I slutningen af 2013 fik Irene en kræftsygdom, som lammede den ene side af hendes krop. Hun fik kemobehandling og blev konstateret kræftfri, men måtte tilbringe syv uger på et rehabiliteringscenter med fysio- og ergoterapi flere gange dagligt for at få gang i den lammede side af kroppen igen. Efter hjemkomsten, kun to uger før interviewtidspunktet, er hun begyndt på genoptræning på et lokalt center. Ved visitationssamtalen i hjemmet blev det aftalt, at hun skulle have al den hjælp, hun havde brug for, og at hendes mand ikke skulle passe hende. Hun mener ikke, at der var en plan eller et mål for forløbet med hjemmeplejen. Hjemmeplejen kom i starten 5-6 gange dagligt og hjalp hende med at komme op af sengen, i bad, på toilettet, til middagshvil og op igen, i seng om aftenen og blive vendt i sengen om natten. Alle huslige pligter, som de tidligere deltes ligeligt om, har hendes mand overtaget. På interviewtidspunktet havde hjemmeplejen lært hendes mand at hjælpe hende på toilet og skulle til at lære ham at vende Irene i sengen om natten, så ægteparret ikke behøvede at have så mange mennesker til at komme i hjemmet på alle tider af døgnet. Medarbejdere fra hjemmeplejen har trænet med hende i at klare påklædningen. Hun sidder i kørestol, men håber på at komme til at kunne gå med stok på et tidspunkt. Hun laver nogle øvelser hjemme for at træne den dårlige side af kroppen. Det frustrerer hende dog, fordi hun havde håbet at kunne komme af med kørestolen hurtigere og se mere fremskridt. Hun ønsker at genoptage sine hobbyer på et tidspunkt, men hun er meget træt i hverdagen.

## Holger

Holger er 88 år gammel. Han bor sammen med sin jævnaldrende kone, der har en svær muskelsygdom samt en demenssygdom, og som også modtager hjemmehjælp. De bor i en toetagers-lejlighed. Han er uddannet i butik og har arbejdet som pedel i mange år. Holger og hans kone plejede at tage ind til byen og gå i butikker og besøge deres børn og børnebørn. I efteråret 2013 brækkede Holger hoften, hvor han begyndte at få hjælp fra kommunen til personlig pleje i en periode, og hjælp til rengøring. Hjælpen til personlig pleje ophørte, mens hjælpen til rengøring fortsatte. Holger brækkede sin skulder i foråret 2014, og hjælpen, som han allerede modtog fra hjemmeplejen, blev ændret til igen at omfatte bad og nu også træning af skulderen sammen med en ergoterapeut. På interviewtidspunktet kunne Holger selv klare sin personlige hygiejne igen, men fik hjælp til rengøring og støttestrømper. Han har forsøgt at bruge en strømpepåtager, som medarbejdere fra hjemmeplejen gav ham, men uden held. Både Holger og hans kone går med rollator. Ægteparrets to børn bor i nabobyen og hjælper til med dagligvareindkøb og madlavning. Et af børnebørnene hjælper desuden til med rengøringen i hjemmet. De køber middagsmad gennem en madordning og har en vinduespudser. Holger håber på at komme til selv at pudse vinduer og handle ind igen, når hans skulder bliver bedre. Ægteparrets hverdag går nu mest i hjemmet med at se tv, sove og have besøg af familien.

### **Kamma**

Kamma er en kvinde på 75 år. Hun er uddannet kontorassistent. Hun bor alene i eget parcelhus, som hun ikke ønsker at flytte fra. Kamma har altid været meget aktiv – også efter hun gik på pension. Hendes tre børn besøger hende med jævne mellemrum. De sidste ti år har hun døjet med giggt i meget af kroppen. Hver 14. dag får hun indsprøjtninger hos lægen, som kan holde gigten i ave. For at holde sig i gang går hun kortere ture med stave, og hun cykler. Hun kommer meget i det lokale dagcenter og går til dans og sang og tager på rejser. Nogen dage er Kamma mere plaget af gigten end andre, hvilket gør nogle aktiviteter i hjemmet svære for hende. Hun køber sig derfor til privat havehjælp og vinduespudsning. I november 2013 var hun til konsultation på et gighthospital, hvor hun sammen med lægerne ansøgte sin kommune om hjælp til at skifte sengetøj. Da hun i foråret efter fyldte 75, fik hun et forebyggende besøg af en medarbejder fra hjemmeplejen, hvor hun rykkede for sin tidligere ansøgning. Kort efter blev hun visiteret til et kortere hverdagsrehabiliteringsforløb. En ergoterapeut besøgte hende i alt fire gange, hvor hun viste Kamma nye teknikker til at skifte sengetøjet. Det har hjulpet, men hun har stadig dage, hvor gigten begrænser hende. Terapeuten kunne se, at Kamma kunne bruge hjælp til at klare støvsugningen i huset og lovede at søge kommunen om det for hende. På interviewtidspunktet modtog hun ingen hjælp fra kommunen, men ventede på at rengøringshjælpen skulle begynde.

### **Elsebeth**

Elsebeth er 85 år gammel og bor i en ældrebolig ikke langt fra et aktivitetscenter for ældre. Hun er uddannet i forretning, men da hun i sin tid mødte sin mand, holdt hun op med at arbejde og blev medhjælpende ægtefælle. Hun har tre voksne sønner, som jævnligt besøger hende, selv om den ene søn ikke bor lige i nærheden. Elsebeth havde fået en blodprop og var indlagt på sygehuset i en uges tid. Hun fortæller, at hendes ene søn deltog i visitationssamtalen på sygehuset og sørgede for, at hun fik hjælp, da hun blev udskrevet. De første otte dage kom medarbejdere fra hjemmeplejen og så til hende 4-5 gange dagligt. Hun havde hjælp til at komme i bad få gange, hvor hun fik en badebænk til låns og blev vejledt. En morgen var Elsebeth selv gået i bad, fordi hun syntes, at hjemmehjælperne kom så sent, og efter denne dag fik hun ikke længere hjælp til at komme i bad. På interviewtidspunktet fik hun hjælp til rengøring og skift af sengetøj hver tredje uge. Hjælp, som var begrænset til en dato i efteråret. Hun håbede, at visitationen til den tid ville beslutte, at hun måtte beholde sin hjælp hver tredje uge, for hun havde gennem længere tid haft besvær med at klare aktiviteterne selv. En hjemmesygeplejerske kommer og doserer Elsebeths medicin. Hun laver selv mad to gange om dagen og til frokost spiser hun på centeret. Elsebeth har gået til genoptræning hos en fysioterapeut efter sin blodprop. Hun har tidligere dyrket motion, og det håber hun at kunne genoptage, når helbredet er lidt bedre. Hun mener, at det er vigtigt at holde sig i gang. Elsebeth har en stor omgangskreds og deltager i mange aktiviteter i pensionistforeningen.

## 6 Samspillet mellem borgere og personale i rehabiliteringsforløbet

Som beskrevet i de forgående kapitler sættes hverdagsrehabilitering i gang af personalet i hjemmeplejen med den forventning, at den ældre aktivt deltager i forløbet. Der er således en forventning om, at den ældre sammen med personalet er parat til at planlægge, sætte mål og først og fremmest at arbejde for at opnå større selvhjulpenhed i løbet af rehabiliteringsprocessen.

Hverdagsrehabilitering betyder, at såvel personalet som de ældre skal omstille sig. Personalet møder stadigvæk ældre med forskellige funktionsnedsættelser i deres eget hjem, men de skal agere anderledes end før, med fokus på det, de ældre kan. De ældre skal finde deres nye rolle og identitet som aktive medproducenter af indsatsen i samarbejde med personalet. Vi beskriver i dette kapitel, på baggrund af interview, hvordan ældre beretter om deres erfaringer med hverdagsrehabilitering: Deltagelse i processen og oplevelser af samarbejdet med personalet. Det første afsnit (6.1) sætter fokus på inddragelse i visitationen, det næste afsnit (6.2) på mål ved træning, og det tredje (6.3) på former for samarbejde med personalet. Til sidst i afsnit 6.4 trækker vi hovedpunkterne fra analysen frem.

### 6.1 Inddragelse ved visitation

Hovedparten af ældre i vores interviewmateriale har ikke en klar erindring om, hvad der præcist blev aftalt ved visitationssamtalen, og heller ikke, hvor meget der blev talt om, hvad de skulle forsøge at komme til at klare sig selv. De fleste kan imidlertid huske, at der var en sådan samtale, og hvem der deltog i samtalen. Flere fortalte, at havde haft et familiemedlem eller en anden nærtstående person med til samtalen. Stinne på 76 år udtrykker vigtigheden af det på følgende måde: *Fordi det er rart nok at have nogen pårørende med. De kender jo en bedst, ikke?* Visitationen er foregået enten ved udskrivning fra sygehus eller umiddelbart efter hjemkomsten i borgerens eget hjem, men i begge tilfælde typisk i en situation, hvor den ældre har været påvirket af sygdom og indlæggelse og dermed kan forventes at have haft svært for at forholde sig til mødet (jf. beskrivelse af forløbet op til hverdagsrehabilitering i afsnit 5.1).

Selv om flere ældre ikke kan huske indholdet af visitationssamtalen særlig tydeligt, er de fleste inde på visitationen indirekte, når de beskriver, hvilken hjælp de fik i begyndelsen, fx efter hjemkomsten fra sygehus eller rehabiliteringscenter, og hvad de fik hjælp til på interviewtidspunktet, hvor de havde været i gang med hverdagsrehabilitering et stykke tid.

#### **Forskellig indgang til hverdagsrehabilitering**

Vi beskriver i det følgende oplevelsen af visitationssamtalen særskilt for ældre, der er kommet i kontakt med hjemmeplejen i forbindelse med pludseligt opstået sygdom eller indlæggelse og for ældre, som har henvendt sig til kommunen hjemmefra på baggrund af en gradvis svækkelse. De to grupper synes at befinde sig i en forskellig situation. De førstnævnte ældre udgør absolut hovedparten af vores interviewmateriale (jf. kapitel 5). Dette er på linje med tidligere analyser af hverdagsrehabilitering, som har vist, at den primære målgruppe for indsatsen i kommunerne er de nyvisiterede og deriblandt især borgere, hvor der har været en ny begivenhed, typisk indlæggelse på sygehus (bl.a. Roskilde Kommune 2012, Kjellberg m.fl. 2013a).

Det generelle billede blandt de interviewede, der er blevet visiteret til hverdagsrehabilitering i forbindelse med en operation eller et mere kompliceret sygdomsforløb med indlæggelse, er, at de ved visitationen har fået bevilget den hjælp, de umiddelbart har haft behov for. Der er typisk sat ind med meget hjælp, dog ofte med en klar forventning både fra hjemmeplejen og de ældre selv, at de med tiden bliver mere selvhjulpne. For eksempel fortæller Magda, en enlig kvinde på 76 år, at hun ved hjemkomsten efter en skulderoperation på et sygehus oplevede, at der blev lyttet til, hvad hun havde brug for hjælp til. Hun beskriver, at hun var "lidt langt ude" og sagde til visitatoren: *Jamen, jeg føler mig så alene*, hvor visitatoren havde sagt: *Jamen, det er du ikke*, og havde fortalt, hvornår de vil komme på besøg og om de ting, de ville hjælpe hende med. Hun havde ikke prøvet at have hjælp før, og hun synes, at den hjælp hun fik, *var helt fint*. Senere er hjælpen blevet reduceret betydeligt, idet hun efterhånden har kunnet klare mere og mere selv.

Eksemplet ovenfor beskriver situationen for flere ældre, som havde været indlagt, og som efter hjemkomsten for første gang i deres liv havde haft behov for hjælp fra kommunen. Disse ældre forventer typisk selv, at de med tiden kommer sig, og dermed som før kan klare mest muligt selv. De har umiddelbart efter sygehusbehandling været medtaget af sygdommen eller operationen, og synes ved visitationen i høj grad at have støttet sig til *visitators ekspertvurdering* af, hvad de har behov for. Det følgende uddrag fra interviewet med 90-årige Sonja, der ved uheld havde brækket flere ribben, illustrerer, hvordan det i denne situation kan være ganske indlysende, hvad den pågældende har haft behov for af hjælp og støtte. Der har ikke været anledning til større diskussion, og den ældre kvinde udtrykker ikke kritik af manglende inddragelse eller medvirken:

**Interviewer:** *Da I så var blevet enige om, at du skulle have noget hjælp, kan du så huske, hvordan den første samtale eller det første forløb med kommunen foregik?*

**Sonja:** *Ja. Der kom en sød dame og spurgte mig og fortalte om, hvad hun kunne forestille sig. Og det var så med rengøring og personlig pleje selvfølgelig, for det kunne jeg ikke selv. Altså med at komme i bad og ...*

**Interviewer:** *Havde du selv tænkt på, hvilken slags hjælp du skulle bruge? Eller var det hende, der kom med forslagene, og så sagde du bare ja tak, eller hvordan forløb det?*

**Sonja:** *Jeg var slet ikke indstillet på at skulle have hjælp. Så jeg tog imod det, de foreslog. Det vidste de jo meget bedre end mig selv.*

**Interviewer:** *Følte du, at du var med i det, eller var det mest dem, der tog beslutningen, og så var du egentligt bare...?*

**Sonja:** *Nej, nej. Vi snakkede sammen om det og blev enige.*

Visitationen beskrives noget anderledes af de ældre, som har oplevet en gradvis svækkelse på grund af alder, kronisk sygdom, eller overbelastning på grund af ægtefællens sygdom. Der er tale om ældre, som ikke var blevet visiteret til hjælp i forbindelse med indlæggelse, men som enten selv eller gennem deres pårørende havde henvendt sig til kommunen – eller var kommet i kontakt med kommunen i forbindelse med forebyggende hjemmebesøg. De havde dermed et klarere ønske om, hvilken type hjælp, de havde behov for. Forskelligt fra de ældre, der var blevet visiteret til hjælp i forbindelse med indlæggelse, havde disse ældre typisk ikke en forventning om omfattende hjælp, men hjælp til mere afgrænsede opgaver. Disse ældre har typisk overvejet længe, inden de henvendte sig til kommunen.

Et eksempel på et noget kompliceret henvendelsesforløb er Kamma på 75 år, som i forbindelse med en undersøgelse på gigthospitalet havde fået den opfattelse, at hun var henvist til at få hjemmehjælp til at skifte sengelinned. Hun havde efterhånden meget besvær ved at klare det selv. Hun forventede besøg fra hjemmeplejen, uden at der skete noget. Hjælpen blev først sat i gang fem måneder senere som følge af, at hun fik et forebyggende hjemmebesøg. Hjælpen blev efterfølgende igangsat efter princippet for hverdagsrehabilitering og betød, at hun har fået vejledning i, hvordan hun selv kan klare opgaven med at skifte sengelinned. Samtidig er der åbnet for dialog med hjemmeplejen om eventuel hjælp til rengøring, hvor hun håber, at ventetiden ikke er så lang som den, hun tidligere oplevede (jf. også casebeskrivelse i afsnit 5.3).

Et andet eksempel er en beskrivelse, som 86-årige Svend har om sin kontakt med henholdsvis sygehus og kommune. Han har oplevet, at hjælpen trådte hurtigt til i forbindelse med indlæggelse på sygehus, mens han ikke havde haft samme oplevelse med kommunen. Han havde passet sin alvorligt syge kone i hjemmet under hendes sidste, kortere sygdomsperiode og var selv blevet indlagt efter konens død på grund af hjerteproblemer og blev i den forbindelse visiteret til hjælp fra kommunen. Han fortæller, med henvisning til sine egne erfaringer, at det er nemmere at få bevilget hjælp fra kommunen, hvis det sker via sygehuset end ved egen henvendelse. Han beskriver, at han under sin kones sygdom havde forsøgt at kontakte kommunen for at få aflastning, men oplevede ikke at kunne komme igennem i det kommunale system.

Der er også andre eksempler, hvor den ældres helbred gradvist er blevet svækket, men hvor denne først kom i kontakt med hjemmeplejen i forbindelse med en indlæggelse. Endvidere skal det bemærkes, at der ikke i vores materiale indgår ældre, som i den kommunale terminologi ofte kaldes for "kendte borgere", dvs. ældre, som i en længere periode har modtaget hjemmehjælp, og som – uden at det skyldes en pludselig forværring af borgerens situation, fx i forbindelse med en sygehusindlæggelse – bliver revisiteret til at modtage hverdagsrehabilitering med den forventning, at de vil komme til at klare sig med mindre hjælp.

### **Visitation og den nye praksis**

De ældre møder den nye form for rehabiliterende hjemmehjælp konkret for første gang gennem visitatoren. Kontakten finder typisk sted på et tidspunkt, hvor den ældre er præget af egne helbredsproblemer og nedsat funktionsevne, eller eventuelt sygdom eller dødsfald i familien. Vores interview tyder på, at det kan være svært for de ældre at forstå de nye principper for hverdagsrehabilitering, inden de selv har oplevet, hvad de betyder i praksis.

Det følgende uddrag fra interviewet med 76-årige Magda illustrerer udgangspunktet for hovedparten af ældre i vores materiale: at de først undervejs i forløbet er blevet klar over den nye form for hjælp. Træningselementet er kommet gradvist ind i billedet, mens den første periode af kontakten i højere grad har handlet om traditionel hjælp. I eksemplet henviser den ældre til social- og sundhedspersonale, men det kunne også have været en ergoterapeut, alt afhængig af organiseringen af hverdagsrehabiliteringen.

***Magda:** Som jeg siger: Jeg har jo aldrig prøvet det før, så jeg ved jo ikke, hvad man kan forvente, altså, men jeg synes, jeg fint har fået, hvad jeg kunne forvente.*

***Interviewer:** Havde du forventet, dengang du fik hjælp, at det blev sådan, at du skulle begynde at klare nogle ting selv?*

***Magda:** Nej, det vidste jeg jo ikke.*

***Interviewer:** Hvad tænkte du om det?*

**Magda:** *Jamen, tænkte jeg, det er da også fint, at man skal lære at gøre nogle ting. Desto hurtigere kommer man jo i gang igen, og det er jo også formålet med, at man skal komme så vidt, at man kan klare sig selv.*

**Interviewer:** *Hvem forklarede dig om formålet med det her med at skulle klare sig selv?*

**Magda:** *Jamen, det gjorde min hjemmehjælper.*

Der er enkelte ældre blandt de interviewede, som beskriver, at de oplevede visitationen anderledes, end de havde forventet. De blev overraskede over, at visitatoren ikke nøjedes med en samtale, da der skulle vurderes behov for praktisk hjælp (rengøring). Visitatoren ville også se sig omkring i hjemmet eller ville se, hvordan den ældre fx bruger støvsugeren. Det følgende uddrag er fra et ældre ægtepar, Jenny og Verner, som blev visiteret til "en lille smule" hjælp til rengøring umiddelbart efter mandens indlæggelse, men som foreløbigt har valgt at sige nej tak. Ægteparret oplevede ikke, at de fik en berettiget behandling i en situation, hvor de havde behov for hjælp, og oplevede kontakten som "meget usmidig":

**Jenny:** *Ja, dengang min mand røg på hospitalet. Og der kom de så ud. Min svigersøn ringede til kommunen og sagde, "nu må I lige komme ud og se". Altså den tanke havde vi ikke haft, for det har vi aldrig brugt før. Men så kom der en visitator ud og sludrede med os og fandt frem til, at vi kunne få lidt hjælp til rengøring hver tredje uge en halv time. Ja, en halv time, okay. Og det skulle så være støvsugning her i stuen og i køkkenet og i gangen. Og gulvvask. Og jeg tænkte, nå ja en halv time, det er bedre end ingenting... Vi havde jo det med, at hun skulle se hvor meget vi selv kunne klare. Og det stødte mig lidt. På det tidspunkt gik min mand med stok, og det gør han jo stadigvæk. Og så sagde hun: "Nu skal vi se, hvor meget du kan klare at støvsuge", og så skulle han støvsuge her inde i stuen. ... Og der synes jeg, der er lidt... der er noget forkert i vurderingerne af det, fordi vi aldrig bliver bedre. Vi bliver tværtimod dårligere. Så vi har egentligt ikke så meget brug for, at der kommer nogen og vurderer, hvor meget vi kan klare. Fordi vi bliver dårligere og dårligere efterhånden, altså min mand bliver 80, og jeg bliver 75.*

Ovennævnte eksempel vedrører også ældres syn på, i hvilke situationer det er rimeligt at modtage hjælp. Generelt er svækket helbred og manglende kræfter den primære begrundelse for behovet for eller ret til hjælp, i nogle tilfælde i kombination med forventet nedsat funktionsevne med alderen. Samtidig er flere af de interviewede ældre inde på, at der er aktiviteter, man kan få hjælp til og andre ting, man ikke kan forvente at få offentlig hjælp til. De ældre synes ikke selv, at de forlanger mere end det, der er rimeligt.

Endelig er det væsentligt at have in mente, at visitation – behovsvurdering – ikke er en engangsbegivenhed, når det handler om hverdagsrehabilitering. Visitationssamtalen er det første skridt – dvs. indgangen – til et forløb, hvor vurdering og justering sker undervejs i forløbet. Vurderingen af, hvad den ældre selv kan, finder sted i hele hverdagsrehabiliteringsperioden.

## 6.2 Oplevelse af mål og plan for træning

Ifølge principper for hverdagsrehabilitering sker forløbet i flere tempi med den forventning, at modtagerens behov for hjælp bliver mindre over tid. Indholdet af hjemmetræningen bliver typisk konkretiseret gradvist undervejs i dagligdagen i samarbejde med personalet. Derfor er det ikke overraskende, at vores spørgsmål om, hvorvidt der er blevet udarbejdet



en plan for hverdagsrehabilitering, kommer noget bagpå de fleste interviewede. De har typisk ikke indtryk af, at der er en nedskrevet arbejds- eller tidsplan for deres eget forløb, eller at der arbejdes efter et planlagt forløb.

Åge på 80 år havde efter en hofteoperation behov for hjælp til at komme i bad, til støttestrømper og til rengøring, og det var ganske indlysende for ham og for personalet, hvad indsatsen sigtede mod. Han beskriver på denne baggrund, at han oplevede, at personalet "*begyndte bare*", uden en særlig plan for rehabiliteringsforløbet:

**Interviewer:** *Efter du blev udskrevet [efter hofteoperation], lagde I så en plan for, hvor langt et forløb du skulle igennem for at begynde at kunne klare dig selv?*

**Åge:** *Overhovedet ikke. De begyndte bare.*

Dette udsagn fortæller om noget typisk for de interviewede ældres oplevelse af hverdagsrehabilitering: at det ikke er så enkelt eller ligefrem hensigtsmæssigt at sætte mål ved visitationen, hvor de ældre ofte er præget af deres sygdomstilfælde. Målene kommer hen ad vejen, som også beskrevet i det foregående afsnit. En anden fortolkning er, at ældre ikke altid opfatter hverdagsrehabilitering så væsensforskellig fra hjemmehjælp, og derfor forventer de ikke, at der skal sættes mål. Flere af de interviewede var samtidig i gang med et tidsbegrænset fysioterapiforløb på et center, og de omtalte det som træning. Et eksempel på, at det kan være svært at se forskel mellem hjemmehjælp og hverdagsrehabilitering, viser det følgende udsagn fra 70-årige Tage, som ved et uheld havde fået en alvorlig knæskade. Han havde ikke oplevet gåture med en social- og sundhedsassistent som en del af hverdagsrehabilitering:

**Interviewer:** *Jeg kan se, at der står hjemmetræning [i kontaktbogen], men du siger, du ikke har haft noget hjemmetræning?*

**Tage:** *Ikke sådan specielt. Jeg tror lige i starten gik vi en tur, fordi hende, der kommer her, gerne lige ville se, hvordan jeg klarede mig, når jeg kom ud på vejen.*

Samtidig har de fleste interviewede ældre på *et overordnet plan* et indtryk af den generelle målsætning for indsatsen: At ældre forventes at kunne klare mest muligt selv – en målsætning, som de generelt er indforstået med, og ønsker selv. Nogle ældre giver udtryk for, at de kender målsætningen for hjælpen i deres kommune, når de ved vores interview nævner BASH (Bevar Aktiv og Selvstændig Hverdag) i Vejen Kommune, eller "den nye linje" ved hjælpen hhv. i Hørsholm og Svendborg Kommuner. Nogle af de interviewede ældre har en forståelse af den grundlæggende tanke ved hverdagsrehabilitering og samtidig en forklaring på, hvorfor det at tale om plan og mål ikke nødvendigvis er i overensstemmelse med principper for hverdagsrehabilitering. Jens på 65 år siger: *Det system, de kører, betyder, at man skal forsøge at få patienten eller medborgeren til at gøre så meget som overhovedet muligt selv.* Andre ældre har en svagere idé om, at hjælpen gives på en anden måde end tidligere.

### **Forløb og mål sættes undervejs**

Når de interviewede ældre beskriver, hvad det forløb, som de har været igennem, har indeholdt, og om, hvad de er kommet til selv at klare, tyder det på, at der har været en slags underliggende "masterplan", som de sammen med personalet har arbejdet efter, og som er tiltænkt at blive justeret efter individuelle ressourcer og fremskridt. De hverdagsrehabiliteringsforløb, som de ældre har været med til, har været forskellige med hensyn til indhold, varighed og intensitet. Flere ældre giver udtryk for, at forløbet er sket i små skridt, hvor

man har talt sammen undervejs, og set, hvordan det går; som om der har været en ramme, men hvor praksis har været afhængig af, hvad den ældre kan komme til selv at udføre.

Det er således kendetegnende for de interviewede ældres beskrivelse af hverdagsrehabilitering, at målene justeres undervejs og er under forandring. Omfanget af varig hjælp vurderes først efter, at potentialet for rehabilitering så at sige er udtømt. Flere ældre beskriver det fremskridt, som de har oplevet undervejs, i en positiv tone – også i de tilfælde, at de af og til har oplevet det at gøre tingene selv som anstrengende. Men samtidig har det ofte givet dem en betydelig tilfredshed selv at kunne klare flere dagligdags gøremål, sørge for personlig hygiejne og blive mere mobil.

Flere ældre er inde på mål og plan for deres eget vedkommende, når de beskriver de justeringer i hjælpens omfang, som er sket undervejs i forløbet, eller som de forventer skal ske over tid. Typisk for de ældre i vores materiale er, at sådanne justeringer og målsætninger finder sted i dialog mellem social- og sundhedspersonalet og den ældre. Omvendt er der også tilfælde, hvor den ældre er usikker på, hvad der vil ske ved hjælpen og måske har mistanke om at være i risiko for at miste den helt. I det tilfælde vil begrundelsen være, at den ældre ikke længere er berettiget til hjælp i henhold til kommunens principper for hjælp. I enkelte tilfælde er hjælpen helt ophørt mod den ældres ønske (jf. beskrivelsen sidst i afsnit 7.3), og derudover er der få tilfælde, hvor den ældre føler sig usikker på kommunens dagsorden og nye vurderinger. Endelig er der også tilfælde, hvor den ældre selv har sagt eller planlægger at sige (dele af) hjælpen fra. Det kan ske af forskellige grunde, men typisk i en situation, hvor den ældre kan klare flere ting selv, eller ved ægtefællens hjælp.

Der ses således forskellige scenarier til, hvordan hverdagsrehabiliteringen udfases, og hvad der kan ske med hjælpen i takt med et hverdagsrehabiliteringsforløb.

### **Eksempler på mål og oplevet indflydelse**

Vi har identificeret forskelle med hensyn til, hvordan de ældre har forholdt sig til mål i løbet af hverdagsrehabiliteringen, og hvilke forventninger de forskellige ældre har til fortsat hjælp. Vi giver i det følgende først eksempler på to udfald, henholdsvis at målene undervejs i forløbet sættes i dialog med personalet, og at de ældre selv sætter egne mål. Derefter beskriver vi, hvordan nogle ældre har oplevet utryghed ved endemålet for deres hverdagsrehabiliteringsforløb og vurderingen af fremtidig hjælp.

#### *Målene sættes i dialog med personalet*

Flere ældres beskrivelser afspejler, at målene bliver til hen ad vejen i forløbet, hvor de er i kontakt med personalet, som står for rehabiliteringsopgaver. De ældre oplever ikke, at de har haft direkte indflydelse på hjælpen eller måden at give hjælp på. Det synes de heller ikke at have haft forventninger til. Samtidig oplever de fleste, at samarbejdet foregår i dialog: Man taler sammen og finder ud af det uden større procedurer. 76-årige Stinnes reaktion på vores spørgsmål om indflydelse er i overensstemmelse med flere ældres forståelse af, hvordan de har deltaget i eller er blevet delagtiggjort i deres forløb; men de omtaler det ikke som indflydelse:

**Interviewer:** *Oplever du, at du har haft indflydelse på den hjælp og støtte, som du har fået?*

**Stinne:** *Nej, ikke sådan decideret, det synes jeg ikke. De snakker med mig om det og sådan noget forskelligt, og så går det sådan ud ad landevejen. Nej, det synes jeg ikke. Jeg synes, det fungerer fint, det synes jeg. Jamen, gud fri mig vel, skal vi svare på alle de spørgsmål?*

Det synes ikke altid at være klart fra starten, hvilke mål der er realistiske. Flere ældres beskrivelser vidner således om, hvordan hverdagsrehabilitering går sin gang – som der ikke har været større behov for at aftale bestemte mål eller udarbejde et program, som gennemføres. Man prøver sig af i små skridt samt i forhold til, hvad de ældre eventuelt selv har af behov, ønsker og mål. I flere tilfælde har planen handlet om at blive mere selvstændig med at sørge for sin personlige hygiejne, og tidsplanen kan være meget forskellig afhængig af den ældres situation, som det følgende uddrag fra interviewet med 76-årige Magda illustrerer:

**Interviewer:** *Er der blevet lavet en tidsplan for, hvornår du selv skal kunne klare for eksempel et bad?*

**Magda:** *Nej, det er der ikke. Det sagde hun [visitator], vi skulle vente og se, indtil jeg var tryk ved selv at gå i bad.*

**Interviewer:** *Så du føler dig tryk ved, at det bliver gradvist mindre, de skal hjælpe dig?*

**Magda:** *Ja. I starten havde jeg jo meget hjælp, og hun kommer også om morgenen eller der om formiddagen og kigger til mig og reder min seng og vasker op, hvis der er noget. Jeg hjælper gerne med at vaske op, men hun er her jo, indtil jeg kan begynde at bruge min arm, det er jo ikke for godt endnu.*

Magda oplever således ikke, direkte adspurgt, at hun har haft særlig indflydelse; på den anden side ønsker hun ikke andet end det, hun har fået. I første omgang gik træningen ud på at lære at vaske sig selv og gå i bad selv (først med personale ved sin side). Senere er hun blevet trænet i at gå på trapper og derefter at komme udendørs. Hun havde haft balanceproblemer og var kommet til skade med sin skulder. Efter hjemkomsten fra sygehuset fik hun meget hjælp, men er kommet til at klare rigtig meget selv, og er meget tilfreds med forløbet og synes, at målene har været realistiske:

**Interviewer:** *Synes du, at det, du selv har skullet prøve at klare, har passeret til dit helbred?*

**Magda:** *Ja, det synes jeg. Det synes jeg... det har været godt nok.*

**Interviewer:** *Så det har været realistiske mål?*

**Magda:** *Ja, nok til at jeg kunne selv.*

Målene sættes ofte i samarbejde med personalet typisk ved at forsøge, om den ældre kan udføre nye ting/mere end tidligere. Ingeborg, en 77-årig kvinde, som har gennemgået en kompliceret knogleoperation, fortæller:

**Interviewer:** *Oplever du, at du har været med til at sætte nogle mål for hjælpen og støtten undervejs? Har I talt om, at "nu skal vi forsøge at lære dig at gøre nogle ting selv"?*

**Ingeborg:** *Jo, der har der sådan set været inden for rimelighedens grænser.*

**Interviewer:** *Så kunne jeg godt tænke mig at høre, om der er nogle opgaver, som du har følt dig presset til at udføre?*

**Ingeborg:** *Nej. Det er der ikke. Ikke andet end når de har sagt, nogle gange et par af dem, at det kunne, jeg godt prøve selv, og det kan du selv og sådan no-*

get. Så har jeg sagt ja eller nej. Hvis jeg ikke synes, jeg kunne, så sagde jeg: "Nej, det gør jeg ikke". Og ellers så har jeg prøvet.

**Interviewer:** Hvordan er det så blevet modtaget, hvis du har sagt nej?

**Ingeborg:** Jo, godt nok, altså. Man skal jo heller ikke tvinge folk til noget, for hvis jeg havde rigtig ondt og sådan noget, så kan det jo ikke nytte noget, de siger: "Du skal det eller det".

**Interviewer:** Så der har været en dialog. Du har godt kunnet sige, "det er jeg ikke helt sikker på...".

**Ingeborg:** Ja, eller "det tør jeg ikke" eller "i dag vil jeg gerne sidde i kørestolen", i starten der. Jamen, det respekterer de så.

Det synes at ske forholdsvis ofte, at den ældre i løbet af hverdagsrehabiliteringen tager mere aktivt initiativ til hjælpens tilrettelæggelse.

#### *Den ældre sætter egne mål*

Der er flere eksempler på, hvordan ældre selv sætter delmål undervejs, hvis de oplever, at deres helbred og funktionsevne bliver bedre. Det kan delvis handle om relativt små ting (selv at børste tænder) eller en enkeltstående aktivitet (at flytte fra seng til kørestol), men samtidig funktioner, som gør hverdagen mere tilfredsstillende for den ældre selv.

Ældres egne mål kan i første omgang handle om fx at kunne gå på toilettet, derefter skridt for skridt selv at kunne gå i bad og senere eventuelt at klare at lave mad. Når den ældre oplever at kunne mestre mere i hjemmet, kan det næste skridt blive et ønske om igen at kunne komme i ældrecentret, hvor man tidligere måske har været flere gange om ugen, som tilfældet er for 78-årige Birthe:

**Interviewer:** Lavede I nogen mål i fællesskab om, hvad du skulle kunne komme til at kunne?

**Birthe:** Ja. Det var jo en ergoterapeut, der satte de andre [social- og sundheds- hjælpere] i gang med det her. Og der var målet, at jeg skulle gå ned på ældrecentret, hvor jeg har været til socialt samvær 3-4 gange om ugen. Det har jeg altså ikke gjort endnu. Men jeg håber, at det kommer, når jeg træner.

Et andet ønske kan være selv igen at kunne lave noget i sin egen have eller at klare mindre indkøb. I begge tilfælde er træning i gangfunktion og mobilitet et vigtigt element for at kunne nå sådanne mål.

#### *Uklarhed over hjælpens kontinuitet*

Som nævnt er der i vores materiale enkelte ældre, som ikke længere modtager hjælp, selv om de selv ønsker det (jf. også afsnit 7.3). Desuden har vi også mødt nogle ældre, som oplever, at personalet konstant vurderer, om den ældre ikke kan klare sig uden hjælp. Begge tilfælde kan ses som indikation på, at målene med hverdagsrehabiliteringsforløbet ikke er klare.

Esther, en 70-årig kvinde, som har flere helbredsproblemer, beskriver, at hun ikke på forhånd har været informeret om varigheden af den hjælp, hun har fået fra kommunen. Hjælpen til at klare vasketøj og opvask er nu ophørt, hvilket hun ikke har været enig i, at den skulle. Hun har søgt kommunen om hjælp til disse aktiviteter igen. Hun har ingen familie i

Danmark og har et meget begrænset socialt netværk, så kontakten med hjemmeplejen har været et vigtigt sikkerhedsnet for hende.

Den 84-årige Gudrun beskriver, hvordan hun oplever personalets måde at møde hende som et pres mod, at hun skulle klare mere og mere selv. Inderst inde er hun bange for, at hun vil miste hjælpen. Hun har efter en knæoperation fået hjælp til personlig pleje flere gange om dagen samt rengøring, men får efterhånden kun hjælp til rengøring:

**Interviewer:** *Har der været snak om, at det er noget, der kun varer i en bestemt periode?*

**Gudrun:** *Nej, det har der ikke. Men det snakker de med mig om hver eneste gang, der kommer nogen. Og det er jo forskellige, så jeg kan jo lige høre, at det er fra højere sted, at de har det.*

**Interviewer:** *Hvad siger de så?*

**Gudrun:** *Ja, så siger de jo: "Vi er her jo for at se, hvor meget du kan".*

En af grundene til, at flere ældre ikke opfatter, at hverdagsrehabiliteringsforløbet har fulgt en plan, kan være, at hverdagsrehabilitering synes at bestå i at genvinde nogle "naturlige" og almindelige færdigheder og nærmest automatiske gøremål og rutiner, som man har kunnet udføre hele sit liv, såsom at klare sin personlige hygiejne, bevæge sig, tilberede måltider og købe ind. Flere af de interviewede ældre oplever ikke hverdagsrehabiliteringen som en "rigtig" træning, selv om de er tilfredse med, at de er kommet til at klare flere ting selv. Når de taler om træning, så henviser de typisk til et træningsforløb på et ældrecenter under vejledning af en fysioterapeut. Flere har også samtidig med hverdagsrehabiliteringen deltaget i et sådant træningsforløb, som typisk har en varighed på en forud fastlagt periode. Hverdagsrehabilitering er ikke på samme måde en fast størrelse og kan ikke sammenlignes med et fysioterapeutisk træningsforløb. Når ældre oplever fremgang i dagligdagens funktioner og gøremål i små skridt, er de ofte tilbøjelige til at fortolke det som spontan forbedring, uden at de knytter det til kommunens indsats med hverdagsrehabilitering.

Under fokusgruppeinterviewene blev medarbejdere fra de tre kommuner spurgt, hvordan de arbejder med at sætte mål for borgernes hverdagsrehabilitering. I alle tre kommuner forklarer medarbejderne, at de arbejder med at få de ældre borgere til selv at sætte mål for, hvad de ønsker at komme til at kunne klare igen. I en af kommunerne skrives borgerens konkrete mål for deltagelse ned på et stykke papir, som ligger hos borgeren, mens målene i de to andre kommuner aftales mundtligt og skrives ned i hjemmeplejens interne registreringssystem. Selv om alle medarbejderne er enige i, at borgerne i et eller andet omfang deltager i målfastsættelsen, erkender de samtidig, at borgerne måske ikke altid er bevidste om, at der med hverdagsrehabilitering arbejdes frem mod disse mål:

*Men jeg tror også, at der er nogle borgere, der ikke er klar over, hvad det er for nogle mål, der bliver arbejdet efter, eller hvor langt man er henne i det. (Social- og sundhedsassistent)*

### 6.3 Samarbejde med personalet undervejs i forløbet

Den følgende beskrivelse af, hvordan de interviewede ældre har oplevet samarbejdet med personalet, når de har været i gang med hverdagsrehabiliteringen, bygger alene på ældres beskrivelser af deres erfaringer ved interview. Det vil sige, at vi ikke har observeret, hvordan interaktionen har foregået i autentiske situationer, hvor ældre og personalet møder

hinanden. Som tidligere beskrevet (kapitel 5 og afsnit 6.1) bygger vores analyse primært på ældre, der har oplevet en pludseligt opstået sygdom eller har gennemgået en operation. Dermed omfatter vores materiale kun i mindre omfang ældre med gradvis svækkelse med fremadskridende funktionsnedsættelse.

Heraf følger, at hjemmetræning er blevet igangsat på forskelligt grundlag og med forskellige mål. Nogle rehabiliteringsforløb har været relativt kortvarige (fx to besøg mhp. vejledning til at gå i bad eller 5-6 besøg mhp. vejledning til at tage støttestrømper på), mens andre har forløbet over en længere periode (op til et år). Der er en stor variation i, hvor påvirkede de ældre har været af sygdom, og i hvilken grad de har befundet sig i en sårbar situation. Ældre i meget sårbare situationer fx på grund af en fremskredet sygdom har været i mindretal i vores materiale (jf. rehabiliteringspotentiale som kriterium for inklusion til hverdagsrehabilitering).

Endvidere har de ældre på interviewtidspunktet befundet sig i forskellige faser i deres rehabiliteringsforløb (jf. kapitel 5), og dermed vurderer de deres forløb fra forskellige perspektiver. Endelig skal ældres udsagn ses i relation til, at der er en noget forskellig praksis for hverdagsrehabilitering i de tre kommuner (kapitel 4). De interviewedes forhold til terapeuter har været forskelligt, idet terapeuter indgår forskelligt i hverdagsrehabilitering i de tre kommuner. I en af kommunerne har ergoterapeuterne et mere intensivt kontaktføreløb med de ældre, der indgår i hverdagsrehabilitering, end i de to øvrige kommuner.

Dette afsnit består af tre dele. For det første har vi bedt de ældre om at sætte ord på, hvad hverdagsrehabilitering for deres vedkommende er gået ud på. Dernæst beskriver vi ældres egen indsats og rolle i relationen til personalet. Til sidst beskriver vi personalets væremåde, stadigvæk baseret på ældres beskrivelser.

### **Ældres beskrivelse af personalets funktion**

Generelt har ældre under hverdagsrehabilitering oplevet en mere aktiv og indgribende indsats, end de måske havde forventet. De har haft kontakt med flere faggrupper ved, at de ud over social- og sundhedshjælpere/assistenter har haft besøg af ergoterapeuter og/eller fysioterapeuter, sagsbehandlende terapeuter, der har vurderet behovet for hjælpemidler og indretning i bolig, og eventuelt også besøg af sygeplejersker.

Da vi bad de ældre om at beskrive, hvad hverdagsrehabilitering for deres vedkommende er gået ud på, fik vi forskellige typer udsagn, som vi i det følgende beskriver som henholdsvis "at give vejledning og støtte", "at kigge på" og "at vise omsorg".

De følgende korte udsagn illustrerer, hvordan de interviewede ældre med deres egne ord beskrev personalets måde på at give *vejledning og støtte*:

- *De vejleder en masse og giver masser hjælpemidler.*
- *De giver vejledning og hjælp til bad.*
- *De klæder ikke på, men fortæller, hvordan man selv skal gøre det.*
- *Hjælpemidler af forskellig art og indretning, både på badeværelset og i køkkenet og for eksempel vejledning i, hvordan man nemmest kommer ud af sengen.*
- *Ergoterapeuten siger, at jeg ikke skal have en rollator, men en stok, så jeg kan komme ud igen.*
- *Terapeuten kom og viste, hvordan man skal flytte sig fra kørestol i seng.*

- *Vi har trænet i at kunne stå op og holde ved sengehesten, når jeg tager bukser på.*
- *Vi har trænet i, hvordan jeg kan lære selv at tage tøj på.*
- *Vi har først trænet i at gå på trapper, og nu går vi en tur udendørs.*
- *Personalet er flinke til at forklare min mand, hvis han gerne vil hjælpe mig med noget, så viser de ham, hvordan han skal gøre det.*

Vejledning og rådgivning beskrives som noget, der tager udgangspunkt i personalets faglige viden, og som foregår i tæt samarbejde med den ældre. Tanken er, at den ældre derigennem kan lære mere hensigtsmæssige måder at udføre aktiviteterne på og dermed kompensere eller overkomme en del af de funktionsbegrænsninger, som han eller hun har. Gennemgående har ældre oplevet det at få vejledning og "fif" som noget, de kan bruge i hverdagen. Samme gælder i store træk for hjælpemidler, selv om der er en mere behersket begejstring for at bruge mange eller meget specifikke hjælpemidler.

En noget anderledes funktion, som de fleste ældre er inde på, er, at en del af personalets arbejde går ud på at "*kigge på*". Det vil sige, at personalet er til stede, men holder sig på afstand og deltager ikke aktivt i at udføre gøremål: kort sagt, de følger med, hvordan den ældre selv udfører aktiviteter. Denne variant af hverdagsrehabilitering kan være relateret til mange forskellige gøremål. Et typisk eksempel er at træne den ældre i at blive tryk ved at udføre forskellige dele af den personlige hygiejne: gå på toilettet eller gå i bad, når personalet er i nærheden og kan hjælpe, hvis behovet opstår. At "*kigge på*" kan både ses som led i en vejledningsproces og som led i en vurderingsproces. Ældre fortæller generelt om en mere ambivalent holdning til denne form for hjælp: Man er tilbøjelig til at opleve det som provokerende, og man skal vænne sig til det og forstå, at det har et formål. Asger på 81 år med meget dårlig gangfunktion beskriver, hvordan han har oplevet hverdagsrehabiliteringen i sin egen hverdag. Selv om han har skullet "*overvinde nogle grænser*", har han samtidig gennem forløbet fået en bedre hverdag og er gennem egne erfaringer nået til forståelse af, hvorfor personalet i flere situationer kun "*kigger på*":

*Nogle gange tænker man på, at... men det skal man så ikke. Jo, tænke må man godt, ikke? Da hjemmehjælperen står og kigger på, at jeg laver det der [tager støttestrømper på], men altså deri ligger jo hverdagsrehabilitering. Men hun kunne jo gøre det 100 gange hurtigere, end når hun bare står og kigger på, at jeg gør det selv. Også for mig selv ville det jo være dejligt, hvis hjemmehjælperen trækker strømperne på.*

Nogle ældre betragter denne form for samarbejde med personalet som tryghedsskabende, fx når de træner i at klare at gå i bad. Andre oplever det, at social- og sundhedspersonalet kun "*kigger på*" som pres på selv at klare mest muligt i situationer, hvor de selv oplever, at de fortsat har behov for hjælp. Disse ældre møder det at "*kigge på*" med skepsis, idet de oplever at blive mistænkeliggjort, og eventuelt fortolker personalets adfærd som en indikation på, at de er i risiko for at miste hjælpen. Der er atter andre, dog kun få, som mener, at, *hjælperen ikke gør det, som hjemmehjælperen skal*, hvis denne arbejder efter principper for hverdagsrehabilitering. De vil foretrække at modtage serviceorienteret hjælp, som eksempelvis 64-årige Bente, som har generhvervet forholdsvis meget efter en blodprop og på interviewtidspunktet kan selv klare dele af rengøringen:

**Interviewer:** *Når hjemmehjælperne har været her, hvad har så fungeret godt og mindre godt?*

**Bente:** *Jamen, der er en, jeg har sagt, jeg ikke vil have mere. Hun siger altid: "Kan du selv gøre det?" Og "skal jeg gøre det?" Hun kan bare gøre det, hun skal gøre. Men hun kryber hele tiden udenom. Men der kommer en, og han er altså god. Han griber bare fat i det hele og ordner det. Det er også det, de skal, jo. Hende der, hun spørger altid, "kan du det selv... kan du det selv?" "Du skal bare sige til, hvis du ikke kan," siger hun så. Hende gider jeg ikke have mere. Men ham der, han kommer ind, og så støvsuger han, og han støvsuger både paneler og loftet, og han farer rundt og vasker gulv og ordner badeværelset. Det er ikke noget: "Skal du det og skal du det?" Han gør det bare. Det mener jeg også er det, de skal.*

Endvidere er der enkelte ældre, som er inde på, hvordan *omsorg* eller mangel på samme har været et aspekt ved hverdagsrehabiliteringen. Det følgende uddrag illustrerer, hvordan personalet har givet omsorg i en situation, hvor den ældre har haft mismod:

**Interviewer:** *Kan du på baggrund af de erfaringer, du har, nævne nogle eksempler på medarbejdernes måde at opføre sig på, som har været rigtigt gode for dig?*

**Solveig:** *Jeg kan kun sige, at de har været så søde. Også hvis jeg sådan har vrisset. Det havde jeg lidt nemt ved at gøre til at begynde med. Jeg var lidt irriteret på mig selv, men det var nok naturligt. Jeg var sådan, at jeg kunne nok pi-be lidt, som man siger. Og så var de ikke bange for sådan lige at gå ind, og vi snakkede lidt om det, og de gav mig et lille klem. Og det har jeg været taknemmelig for. Det har jeg. At de dog ikke var bange for det, for det var de ikke.*

Der er modsat også beskrivelser, hvor den ældre synes, at personalet ikke har været opmærksomt på behovet for omsorg (se eksemplet sidst i afsnittet "Personalets væremåde").

### **Egen indsats og væremåde**

Flere ældre beskriver *gensidighed i relationen* som et vigtigt udgangspunkt for et konstruktivt hverdagsrehabiliteringsforløb. En sådan gensidighed synes ifølge de ældres beskrivelser at have som et vigtigt element, at den ældre bestræber sig på at klare flest ting selv. I denne sammenhæng fortæller de ældre om, hvordan de har forsøgt at være positivt indstillet for indsatsen og forsøgt at have en god relation til personalet. Det har medvirket til, at samarbejdet er blevet en gensidig positiv oplevelse: Når man gør sit bedste, får man ros, og man får succesoplevelser, som fører videre.

Det følgende eksempel er fra et længerevarende forløb, hvor Sigrid på 89 år har gjort store fremskridt og nået høj grad af selvhjulpethed efter amputation. Udgangspunktet ved udskrivelsen fra sygehuset var, at hun tænkte: *Hvordan skal det gå?* Som drivkraft til fremskridt beskriver hun sit konstruktive samarbejde med personalet, hvor begge parter har rost hinanden. *Jeg har fået ros, og jeg kan rose dem igen og sige, at jeg har været glad for dem. De har fulgt mig godt hele vejen, og selvfølgelig prøvet at lade mig gøre det, som jeg kan selv.*

**Sigrid:** *Hen ad vejen har de sagt til mig, om jeg ville prøve det og det, og om jeg kunne det og det. Der har ikke været noget med, at "nu skal det være nu".*

**Interviewer:** *Okay. Så det har været hjemmehjælperne, du løbende har snakket med om det?*



**Sigrid:** *Ja. Og de har støttet mig godt, som jeg siger. Så får man ros, og så vil man gerne kunne noget mere. De har været utroligt søde. Jeg har været rigtig glad for dem, der har passet mig, det har jeg.*

**Interviewer:** *Så du har været helt tryk ved, at de har hjulpet dig, og du har skullet klare dig selv også.*

**Sigrid:** *Det har jeg.*

Flere ældre beskriver i interviewene om samarbejdet med personalet, at man får tilbage på samme måde, som man giver – at *man ligger, som man reder*. 78-årige Birthe betegner sin social- og sundhedshjælper som sød og siger:

*Altså, ved du hvad. Det kan jo godt være, at det lyder dumt, men er det ikke sådan, at hvordan man modtager, sådan er hjemmehjælpen. Hvis det er sådan, at vi er positive, så er de også positive. Det er min mening. Og jeg kan altså sige, at jeg gør det selv, som jeg kan. Nu skal du lukke øjnene, hvis vindueskarmen er støvet. Men altså, når jeg har en kost, så kan jeg sætte mig og feje noget sammen. Det hjælper jo også lidt, at det hele ikke er så beskidt, når hjemmehjælperen kommer.*

Uddragene ovenfor giver udtryk for gensidighed i relationen: Den ældre gør sit, deltager og viser forståelse og respekt for personalets arbejde, og de får til gengæld en god behandling. Dette kan ses som en slags *udbytterelation*, hvor begge parter giver og får. Bemærkelsesværdigt i denne sammenhæng er, at ældre netop beskriver deres egen imødekommenthed for at gøre en indsats som helt afgørende. Det kan fortolkes således, at de ældre forsøger at gøre sig fortjent til god behandling.

En anden type relation, hvor den ældre viser forståelse for personalets arbejde, synes at bygge på *taknemmelighed og nøjsomhed ved at modtage hjælp*. Der er flere ældre, som er tilfredse med beskeden hjælp, hvis den nogenlunde imødekommer deres behov; de kræver ikke mere. Stinne på 76 år, som er halvsidig lammet er for eksempel tilfreds med, at hun har lært selv at komme fra kørestolen og i seng (selv om der gik tid, inden hun fik vejledning, og selv om det ikke var så mange gange). Svend på 86 år giver ligeledes udtryk for, at han ikke stiller store krav:

**Interviewer:** *Har du været enig i, at den hjælp, som du har modtaget herhjemme, har passet med det, du har haft behov for?*

**Svend:** *Ja, det har jeg egentlig. For det første, det var jo så [vigtigt], at de kom, og så det, de har lavet her, det har jeg været godt tilfreds med. Der har ikke været noget i vejen der, så jeg kan ikke forlange mere.*

Flere af de interviewede ældre nævner desuden, at de selv egentlig har det relativt godt, og at det ikke er rimeligt at stille flere krav med hensyn til andre, der formodentligt har større behov. Dermed viser de forståelse for, at omfanget af hjælpen efterhånden bliver mindre, så personalet kan hjælpe andre med større behov.

Der findes også *en tredje type relation*, hvor den ældre ikke kan se fornuften eller rimeligheden i personalets nye måde at arbejde på. Helga på 86 år oplevede, at hun blev presset til at udføre forskellige ting i hjemmet umiddelbart efter hjemkomsten fra sygehus, hvilket hun fandt alt for tidligt, idet hun stadigvæk var i en sårbar situation. Hun havde tidligere modtaget hjælp og beskriver sit møde med det nye system som noget helt anderledes:

*Man vil gerne være samarbejdsvillig, man vil gerne have et behageligt forhold til dem, fordi det har jeg altid haft de forrige gange, vi har haft med hinanden at gøre. Men det var ligesom det her med, at vi ældre selv skulle finde ud af, hvor meget vi virkelig kunne selv. Det har ændret deres holdninger.*

*Jeg havde fornemmelsen af, at flertallet af dem gerne ville hjælpe mig, men de havde ikke tid til det og var samtidig inde på det her, at de skulle få mig til at præstere så meget som muligt. Men der hvor de tog fejl, mener jeg, er, at de kunne praktisere noget med folk, der er rimeligt raske, men ikke med folk, der ikke kan stå på sine ben eller er lige ved at falde. Der kan man ikke stille krav til dem på samme måde, for de er i en sårbar situation.*

Hun beskriver, at hun ikke manglede viljen selv til at klare både personlig hygiejne og de huslige gøremål. Men hun oplevede at blive sat under pres, som gjorde, at hun blev mindre medgørlig, og samarbejdet med personalet blev en mindre god oplevelse:

*De [social- og sundhedshjælpere/assistenterne] var inde på det samme [som terapeuter]. Jeg skulle lave så meget som muligt, og de ville gerne have mig ud i køkkenet og stå og se på mig derude, mens jeg lavede de her forskellige ting, som jeg faktisk ikke måtte på det tidspunkt. Og der har jeg altid klaret mig selv, så vidt jeg overhovedet kunne, men i det tilfælde var jeg i en noget sårbar situation, og derfor blev der et par smågnidninger med dem, hvor jeg sagde: "Nu gider jeg ikke høre mere om det der, nu vil jeg have lov at sætte mig ned". Du ved, man kan altså blive presset for meget. De synes både, at jeg skulle det ene og det andet.*

I dette tilfælde var den ældre kvinde indstillet på at gøre sit, men syntes, at kravene fra personalets side var urimelige i begyndelsen. Hun siger, at hun ikke er kritisk over for personalet som sådan, men er det over for det system, som styrer personalet. Hun mener, at flertallet af personalet er flinke og gerne vil hjælpe, men at de ikke har råderum til det. Den pågældende har ikke længere hjælp; hjælpen ophørte efter ca. halvanden måned på baggrund af fælles aftale.

### **Personalets væremåde**

Ældres vurdering af *personalets væremåde* varierer. Hovedparten har oplevet både terapeuter og social- og sundhedshjælpere/assistenter som "flinke, søde og rare" og "hjælp-somme", selv om de stiller krav, eller "kun kigger på" og forventer, at den ældre selv udfører tingene. De ældre synes også, at personalets forventninger i det store og hele har været realistiske, og at de generelt har været gode til at tage hensyn til, hvad den ældre kan være med til. Nogle giver også udtryk for personalets faglighed, såsom Jens på 65 år, som har flere helbredsmæssige problemer:

*Mine smerter og alt det der kan de jo ikke tage fra mig, men deres dør har stået åben hele tiden. Og det har været folk, som har vidst, hvad de havde med at gøre, dem som har været her, og som man kunne mærke virkelig havde erfaring og rutine og var modne til deres opgave. Det giver også tryk.*

I afsnit 8.6 findes flere eksempler på, hvordan de interviewede ældre beskriver personalets positive betydning for deres eget rehabiliteringsforløb.

Der er flere eksempler på, at den ældre har en *personlig relation* til personalet. Flere omtaler udvalgte terapeuter og social- og sundhedshjælpere/assistenter ved fornavn og giver derigennem udtryk for en særlig god og tillidsfuld relation. Det følgende eksempel handler om relationen mellem 92-årige Henry og hans faste hjælper:

**Interviewer:** *Har der været nogen snak om, at du skulle klare nogle ting selv?*

**Henry:** *Altså, det var Heidi, der sagde: "Du kan godt gå på toilettet selv". Jeg går selv i seng og går rundt med den her rollator, så godt jeg nu kan. Jo, den lille kære Heidi sætter mig sateme i gang. "Det kan du godt gøre selv", siger hun. Og nu har jeg været lidt varsom med at komme i bad, fordi jeg havde det sår der. Sidste fredag sagde hun: "Det er store badedag, nu skal du i bad." "Nej, det skal jeg sgu ikke", sagde jeg så. "Bare se at komme i bad," sagde hun så. Så måtte jeg jo hen og tage tøjet af og hitte rundt. Vi har lavet lidt om på det, efter jeg er blevet syg, men jeg kom da derhen, og jeg kom også i bad. Det går godt. Vi har det sgu skægt.*

Vi har tidligere beskrevet, hvordan det, at personalet kun "kigger på" kan opleves som overvågning, og hvordan det kan støde nogle ældre. Der er også andre aspekter af personalets adfærd og fremgangsmåde, som møder kritik hos nogle ældre. Det handler om oplevelsen af, at personalet unødigt "presser på" eller "dirigerer", eventuelt med en underliggende tanke om, at hjælpesystemet gerne vil være fri for at hjælpe. Kritikken handler også om mangelfuld forståelse og respekt for den ældres individuelle situation, om den ældres behov for tryghed og omsorg samt om taktfuldhed og finfølelse i kontakten.

Nogle ældre oplever det som irriterende og ubehageligt, at personalet kommer til deres hjem med indstillingen "vi skal se, hvad du kan". Som om den ældre skulle retfærdiggøre behovet for hjælp gang på gang. Gudrun på 84 år har fået det betydeligt bedre efter en knæoperation og kan efterhånden selv støvsuge, men er samtidig nervøs for, at en del af den praktiske hjælp vil blive taget fra hende. Selv om hun mener, at hun allerede gør mere end hun skulle, oplever hun, at det sker ved hvert eneste besøg og uafhængigt af, hvilken social- og sundhedshjælper/assistent der kommer:

**Gudrun:** *Det jeg er træt af, at de, hver gang de kommer, så siger: "Nu skal vi se, hvad du kan" og sådan noget. Og de ved jo nok, hvad jeg kan og ikke kan.*

**Interviewer:** *Og hvad vil de se, du selv kan?*

**Gudrun:** *Ja, de vil så se, om jeg selv kan støvsuge, så de kan lukke døren og gå. Andet kan jeg ikke få ud af det. Hvad ellers? Men det kan jeg sagtens høre, at det har de fra et højere sted. De er dirigeret, jo. Så jo mindre de skal hjælpe, jo bedre er det. Men sådan skulle det jo ikke være, hvis vi har behov for det. Men lige så snart jeg kan selv, så er det jo heller ikke noget i vejen for at gøre det. Men jeg synes jo ikke, at det er noget stort krav at stille, at jeg kan få en gang rengøring én time hver 14. dag. Og hvis jeg ikke kan få det, så bliver jeg temmelig hysterisk, eller hvad du nu vil kalde det, det må du selv om. Jeg synes ikke det er noget stort krav. Hvis jeg skal have hjælp, så er det der.*

Uddraget ovenfor illustrerer, hvordan hverdagsrehabiliteringen er en flygtig størrelse i den forstand, at der synes at være en forventning om vedvarende fremgang hos den ældre, og der foregår en vedvarende vurdering af behov for hjælp. Nogle ældre synes at acceptere dette som et grundvilkår for at modtage hjælp, mens andre oplever, at de er blevet udsat for en værdighedsvurdering som modtagere af hjælp. Det kan opleves som mistillid til den ældres egen vurdering af sine behov og sin situation.

Endvidere er der ældre, som giver udtryk for, at der er *for lidt fokus på, hvordan den ældre har det med sit liv og dermed for lidt fokus på, hvad kontakten med hjemmeplejen egentlig betyder for dem*. Det handler især om ældre, der ikke har en stor omgangskreds. De har eventuelt mistet deres ægtefælle og har ikke børn eller andre nærtstående, som kan støtte

dem. I interviewene med disse ældre træder aspekter af omsorg og tryghed frem. Helga på 86 år taler om vigtigheden af, at personalet viser omsorg, når man i forbindelse med sygdom eller svækket helbred befinder sig i en sårbar situation:

**Interviewer:** *Synes du, der manglede noget omsorg, når de var her?*

**Helga:** *Ja, det gjorde der. Men heldigvis er jeg ikke et svageligt menneske, der bare går rundt og tuder og ikke kan finde ud af noget. Men selvfølgelig var jeg i en sårbar situation, og når man er det, og man ikke kan forsvare sig, og hvis man prøver at forsvare sig, så bliver man opfattet som en kværlulant. Så falder man bare tilbage i en slags apatisk tilstand. Og når jeg siger det her, gælder det ikke kun for mig selv. Det gælder for andre mennesker, der er i samme situation.*

Hun sammenligner sin tidligere erfaring med hjemmeplejen med den nye form og knytter omgangsformen i hverdagsrehabiliteringen til de arbejdsforhold, som personalet er underlagt. Som det fremgår af det følgende uddrag, har hun savnet mere social kontakt med personalet:

*Den største forskel nu er, at de er mere forjagede tidsmæssigt, og at de er nødt til at lystre ordrer og gøre tingene, selv om de sommetider er helt ulogiske. Og man er ikke afslappet. Før i tiden kunne jeg glæde mig, når jeg hørte, de var på vej ind ad døren. Så tænkte man: "Åh, det er da rart, så får man lidt hjælp og så har man en at tale med". Men nu er det mere: "Åh, nu kommer de, og hvad skal jeg nu, og har jeg nu gjort nok", og alt det der. Det giver en stressfølelse. Det gør det. Så man tænker, at man har nok levet for længe, og at man bare er blevet en belastning.*

Nogle ældre føler, at de er under konstant vurdering og er utrygge ved, om de kommer til at miste hjælpen. 86-årige Svend har oplevet, at en kollega til hans faste hjælper var på besøg, og dette besøg gik ud på at se, om han kunne klare det hele selv. Opgaverne blev lavet lidt om efter besøget, således at han selv skulle tage en del af rengøringen:

*I starten kom der jo forskellige, der skulle vaske gulv og støvsuge. Men nu er det altså Tina, der kommer. Så det er jeg godt tilfreds med, der er ikke noget der. Så har jeg dog forbindelse. Det er jo først nu, vi har prøvet at få kommunal hjælp, så vi har jo ikke ligget til byrde indtil nu, hvis vi skal se sådan på det. Så jeg mener, så kunne jeg godt være bekendt at tage imod det der gulvvask. Men jeg kan da godt mærke på dem, at hvis jeg siger: "I behøver ikke komme", så bliver de væk i en grov fart. Så har de jo én mindre. Jeg tror da, at de har nok at lave, det er slet ikke det. Men jeg kan godt lide den smule hjælp, jeg får der.*

En indsats som hverdagsrehabilitering er ikke et bestemt program, men en indsats, som kun kan blive til i samarbejde i og med, at den i høj grad er afhængig af modtagernes medvirken. Derfor er relationen mellem personalet og de ældre et vigtigt element af og virkemiddel i selve indsatsen.

## 6.4 Opsamling

Beskrivelsen af samspillet mellem ældre og personale handler primært om ældre, der er kommet ind i et hverdagsrehabiliteringsforløb efter behandling på sygehus i forbindelse med en akut opstået situation eller i forbindelse med en planlagt operation. Kun et fåtal af de interviewede er kommet i kontakt med hjemmeplejen på en anden måde, fx via henvendelse fra pårørende eller gennem et forebyggende hjemmebesøg. Beskrivelsen af ældres

oplevelse er således baseret på et særligt segment blandt den ældre population, som modtager hjemmehjælp (jf. kapitel 5), og skal ses i den kontekst. Det er en erfaring i kommunerne, at hverdagsrehabilitering som oftest praktiseres over for denne gruppe ældre og i mindre omfang over for ældre, der igennem længere tid har modtaget hjælp, og hvor der ikke er sket ændringer i helbredssituationen (bl.a. Roskilde Kommune 2012; Svendborg Kommune 2012 og 2013, Kjellberg m.fl. 2013a).

Heraf følger, at den første visitation for hovedparten af de interviewede har oplevet, at de har fået bevilget forholdsvis megen hjælp efter hjemkomsten fra sygehus eller rehabiliteringscenter. Flere af de ældre kan ikke huske visitationen særlig tydeligt; de har støttet sig til personalets ekspertise med hensyn til hjælpens omfang og karakter. Forløbet er typisk begyndt som en traditionel hjemmehjælp, og de ældre er først undervejs blevet bevidste om, at hjælpen gives efter principper for hverdagsrehabilitering, hvor vurdering af behov og hjælpens omfang sker løbende. I disse tilfælde har vurderingen og ændringerne fundet sted gradvis over en længere periode. Ændringer i hjælpen opleves som konsekvens af bedring efter sygdom.

Der er imidlertid også ældre, som har oplevet, at vurderingen af hjælpens indhold baseres på en konkret afprøvning af, hvad de kan. Det har for eksempel været tilfældet, hvis den ældre alene har udtrykt behov for hjælp til rengøring. Der har også været tilfælde, hvor den ældres selvhjulpethed er blevet observeret over flere omgange, for eksempel efter et brækket ben eller en knogleoperation. I disse tilfælde har vurderingen været suppleret med en konkret vejledning i, hvordan den ældre bedst muligt kunne håndtere konkrete gøremål og aktiviteter. Nogle ældre har oplevet denne form for afprøvning som stødende og svær at forstå i en situation, hvor de selv har oplevet behov for hjælp. Vurderingen kan af de ældre opleves som mistillid og manglende respekt.

Hverdagsrehabilitering er ikke en fast og nøje planlagt størrelse: Omfang, indhold og periodens længde varierer meget. Da den foregår inden for hjemmeplejens regi, handler rehabiliteringen om at træne den ældre, så han eller hun kan blive mest muligt selvhjulpethed i daglige aktiviteter; først og fremmest i at kunne klare egen personlig hygiejne og dernæst i at blive mere sikker og mobil i gangfunktionen. De interviewede ældre giver udtryk for, at de har kendskab til den generelle målsætning ved hjælpen, nemlig at man selv skal klare mest muligt. Men samtidig giver de udtryk for, at de ikke ved, om der findes en plan eller mål for deres eget hverdagsrehabiliteringsforløb. Det typiske synes at være – i overensstemmelse med, at indsatsen skal være fleksibel og tilpasset den ældres aktuelle behov – at målene sættes undervejs i hverdagen. Det er typisk, at de ældre i løbet af hverdagsrehabiliteringen mere aktivt tager initiativer i forhold til hjælpens tilrettelæggelse.

Når vi har bedt de interviewede ældre om at beskrive personalets funktion i hverdagsrehabiliteringsforløbet, kan de ældres beskrivelse sammenfattes i tre hovedkategorier: "At give vejledning, rådgivning og støtte" (herunder også konkret træning), "at kigge på" og "at vise omsorg". Vejledning og støtte fra terapeuter og social- og sundhedshjælper/assistenter opleves generelt som brugbart og konstruktivt, sammen med assistance i form af hjælpemidler og indretning af bolig. Derimod opleves det, at personalet kun "kigger på", dvs. overvåger, om og hvordan den ældre udfører forskellige aktiviteter, som mere kontroversielt. Denne form for tilstedeværelse er blevet modtaget forskelligt af de interviewede ældre. Flere kan med tiden se, at det giver god mening, og i sidste ende er ment til deres eget bedste, selv om det kan være anstrengende i begyndelsen. Men nogle ældre møder det "at kigge på" med skepsis, og oplever det som ubehagelig kontrol og overvågning og enkelte som manglende vilje til at hjælpe. Endelig er enkelte ældre i interviewene inde på, hvordan de har været bekymret for, hvordan det skulle gå med dem efter hjemkomsten fra sygehus, og hvordan de kunne generhverve kræfterne. Der er både ældre, der

har fået omsorg fra personalet, og ældre, der omvendt har savnet mere omsorg og forståelse.

Samarbejdet mellem personalet og ældre i hverdagsrehabilitering er karakteriseret ved, at ældre møder mange forskellige medarbejdere og er under deres opmærksomhed, "behandling" og vurdering, indtil behovet for varig hjælp besluttet. De interviewede ældre lægger generelt vægt på, at deres egen indsats – egne bestræbelser på at træne – og deres positive indstilling over for personalet er af stor betydning for, at relationen med personalet bliver konstruktiv og gensidig. Der tegner sig således det billede, at den "gode" ældre i hverdagsrehabilitering, er imødekommende og parat til at gøre en indsats for til gengæld at få ros fra personalet. En anden variant af relationen til personalet synes at være præget af taknemmelighed og nøjsomhed ved overhovedet at modtage hjælp og samtidig accept af at klare mest muligt selv. Der er flere ældre, der er tilfredse med relativ beskeden hjælp; nogle af dem med den begrundelse, at de egentlig har det forholdsvis godt, og at der må være andre, der har større behov. En tredje type relation til personalet, som vi har identificeret i interviewene, er præget af skepsis mod personalets handlemåde, såsom vedvarende vurdering af, hvad den ældre kan, og opfordring til at gøre tingene selv – og som følge deraf en slags distancering fra et tættere samarbejde.

Ældres oplevelse af personalets væremåde varierer og er afhængig af, hvordan relationen og samarbejdet har været i deres eget hverdagsrehabiliteringsforløb. Helt gennemgående beskriver hovedparten både terapeuter og social- og sundhedshjælpere/assistenter som flinke og hjælpsomme, og flere roser også deres faglighed. Nogle ældre beretter om en personlig relation til udvalgte medarbejdere, som de har oplevet som meget betydningsfuld for deres personlige forløb. I relation til beskrivelsen af personalets funktion ovenfor er der imidlertid også ældre, som er kritiske over for personalets nye fremfærd, som de oplever som unødigt og som et ubehageligt pres. De efterlyser mere finfølelse og hensyntagen til, at ældre, som er afhængige af andres hjælp, typisk befinder sig i en sårbar situation, hvor de har behov for omsorg og tryk.

## 7 Hverdagsrehabilitering i forhold til ældres forventninger, ressourcer og behov

Hverdagsrehabilitering i eget hjem har til formål at øge borgerens selvhjulpethed i udførelsen af daglige aktiviteter. Hvilke aktiviteter, borgeren trænes i, afgøres i de tre kommuner i de fleste tilfælde i et samspil mellem borger og visitation samt mellem borger og den trænende medarbejder undervejs. Nogle ældre borgere fortæller selv, hvor de ønsker en rehabiliterende indsats, mens andre ikke er klar over, hvad de kan forvente eller forlange, og derfor lader visitator eller anden medarbejder komme med forslag.

I dette kapitel vil vi beskrive eksempler på, hvad de ældre borgere i denne undersøgelse ønsker at komme til at kunne klare selv, og hvordan dette er dækket af kommunernes tilbud, samt hvordan kommunernes krav om selvhjulpethed stemmer overens med borgerens egen opfattelse af ressourcer og behov for hjælp. Vi vil yderligere beskrive de ældre borgers oplevede udbytte af hverdagsrehabilitering og oplevelsen af tryk i udførelsen af daglige aktiviteter.

### 7.1 Ønsker til støtte

I de fleste tilfælde er det ifølge de interviewede borgere medarbejderne, som foreslår den ældre borger nogle aktiviteter og mål, de sammen kan arbejde frem imod i hverdagsrehabiliteringsforløbet. Det kan eventuelt forklares med, at borgerne måske ikke ved, hvad de kan forvente eller forlange af et hverdagsrehabiliteringsforløb, eller de har i forbindelse med nyligt opstået funktionsnedsættelse svært ved at forestille sig, at de kan blive mere selvhjulpne. Det var for borgerne oplagt, at der arbejdes med de aktiviteter, som de har svært ved selv at klare og derfor modtager hjælp til. Personlig pleje og praktiske aktiviteter i hjemmet er helt centrale, men der er også eksempler på hverdagsrehabiliteringsforløb, som afviger fra dette. Magda, en enlig kvinde på 76 år med balancebesvær og en brækket skulder, var igen blevet selvhjulpne i badet og kom i forbindelse med sin hverdagsrehabilitering ud at gå en tur med hjemmehjælperne på deres initiativ:

*Nej, det var deres forslag, om jeg ikke synes, de skulle komme og hjælpe mig og gå en tur. I starten gik vi jo ikke ud, der gik vi kun op og ned ad trappen... Men nu får jeg en rollator i morgen, og så sagde hjemmehjælperen: "Det næste vi skal, det er nok, at vi skal gå over i Rema og handle ind, så du kan prøve det." Så det er jeg meget spændt på, hvordan det går.*

Før Magda begyndte at træne sin mobilitet med medarbejdere fra hjemmeplejen, havde hun svært ved at komme hjemmefra, da hun bor på 1. sal i en etageejendom og var usikker ved at færdes på trapperne. Med støtte fra hjemmehjælperne var hun igen blevet i stand til at forlade sin lejlighed. Også Ingeborg, en 77-årig kvinde, som havde fået ny lårknogle, har fået støtte til igen at komme uden for hjemmet. Hun ville så gerne til frisør, men turde ikke selv, fordi hun efter et lårbrud er blevet usikker på benene. En medarbejder foreslog, at de to sammen kunne gå ud og se, om Ingeborg kunne sætte sig i sin mands bil. Det lykkedes, og Ingeborg kommer nu igen til frisør hver uge. Både Magda og Ingeborg ønskede at komme uden for hjemmet igen, men var ikke klar over, at de kunne få støtte til dette fra hjemmeplejen.

Nogle af de ældre borgere, som har medvirket i undersøgelsen, fortæller, at deres hverdagsrehabiliteringsforløb har været baseret på, hvad de selv havde ønsket at kunne komme

til at klare igen. Bente, en 64-årig enlig kvinde, som var kommet sig nogenlunde efter en blodprop, ønskede at kunne gå i vaskekælderens med sit vasketøj og at gå i indkøbscentret og handle. Hverdagsrehabiliteringen blev derefter tilrettelagt, så det var disse aktiviteter, som ergoterapeuten støttede og vejledte Bente i, indtil hun kunne klare dem selv, mens den almindelige hjemmepleje varetog praktiske opgaver i hjemmet. Solveig, en 74-årig kvinde, som også modtog hjælp, før hun fik en blodprop, trænede i at gå på trapper i forbindelse med sit hverdagsrehabiliteringsforløb:

*Og så ville jeg gerne, at jeg kunne gå ned ad trapperne, de tre trin her. Det ville jeg jo gerne arbejde videre med. Og hun sagde, at "det betyder ingenting, du kan jo gå ud den vej også." "Ja, det ved jeg godt, men jeg vil kunne gå ned ad trapper, og jeg vil op." Så det trænede jeg altså noget med.*

I samarbejde med medarbejderen trænede Solveig sin mobilitet i hjemmet efter eget ønske, selv om det ikke var strengt nødvendigt for at begå sig. Også Esther, en 70-årig kvinde, ønskede at træne sin mobilitet på gåture med medarbejdere fra hjemmeplejen, da hendes balance er svækket efter en blodprop i hjernen.

En stor del af de interviewede borgere har ønsket hjælp til selv at klare personlig hygiejne, såsom bad og toiletbesøg. Ældre, som eksempelvis har haft knoglebrud, havde i starten behov for omfattende hjælp i hjemmet, mens de kommer sig. 65-årige Jens har efter et fald knust sin skulder, som skal hele af sig selv. Det vigtigste for ham har været "... at være ren og nogenlunde soigneret". Medarbejdere fra hjemmeplejen kom dagligt for at hjælpe Jens med at blive vasket og komme på toilettet. Jens blev løbende vejledt i og opfordret til at gøre flere ting selv, i takt med at hans bevægelighed blev bedre, og efter 14 dage ønskede han og hans hustru at klare sig selv uden hjælp. Også for 80-årige Edith, som døjler med leddegigt og nedslidte knæ, er det vigtigt at kunne komme til at gå i bad selv:

*Ja, jeg er lige ved at kunne selv. Det er mit store mål at kunne det. For de er nok så søde i kommunen, men man vil jo gerne være sig selv. Jeg har et stort behov for at vide, hvornår jeg er mig selv.*

Ligesom Edith beskriver flere af de interviewede ældre et ønske om selvstændighed i eget hjem. 73-årige Irene, der som følge af en kræftsygdom midlertidigt sidder i kørestol, modtager hjælp mange gange dagligt i forbindelse med personlig pleje. Hendes mand har ønsket at blive trænet af hjemmehjælperne i at vende hende om natten, så de ikke behøver at have medarbejdere til at komme i hjemmet om natten. Han har desuden lært at hjælpe sin kone med at komme på toiletstolen, så hun ikke er så afhængig af, hvornår medarbejderne kommer.

### **Forventninger til fremtiden**

Under interviewet blev de ældre spurgt, om der var ting, de ikke kunne i dag, men som de gerne ville kunne igen. Hertil var svarene mange og af forskellig karakter. Dog kan de opdeles mellem ældre, som har oplevet en pludselig og en gradvis funktionsnedsættelse. Ældre, som ikke før har modtaget hjælp, og som i forbindelse med sygdom eller uheld (fald, knoglebrud, o.l.) har oplevet et pludseligt funktionstab, ønsker så vidt muligt at genoptage dagligdagsaktiviteter fra før, deres funktionsnedsættelse er opstået. Der nævnes bl.a. aktiviteter som kreative sysler, køre bil, cykle, slå græs, og kunne klare husstandens dagligvareindkøb og madlavning og familierelaterede ting, som de ældre borgere håber at komme i gang med igen, når og hvis helbredet forbedres. For Jens på 65 år var det vigtigt fortsat at være en del af sit barnebarns liv:

*... det er helt sikkert det, det drejer sig om i dag. Det er det der med at skulle på ferie med barnebarnet og besøge ham oppe på tredje sal og alle sådan nogle ting*



*der, det er det, det drejer sig om, man vil tilbage til, jo. At kunne lege lidt ude i haven, og hvad der nu ellers er af den slags ting, i stedet for at de kun skal se én sidde ned i en stol.*

For den gruppe af ældre, som over længere tid har vænnet sig til at kunne mindre og har nedsat sit aktivitetsniveau derefter, er ønskerne mere beskedne og kommer an på helbredet. 80-årige Edith, som i flere år har modtaget hjælp fra kommunen i forbindelse med leddegigt og nedslidte knæ, tøvede med at stille store krav til sin fremtidige kunnen:

*Så det helt store mål er, at jeg her i huset skal kunne nå... det ved jeg ikke, bare jeg kan klare mig selv med måltiderne og personlig pleje og sådan noget.*

Jenny, en 75-årig kvinde, håbede blot, at hun og manden vil kunne fortsætte med at kunne det samme som nu:

*Nej, det synes jeg egentligt ikke. Altså hvis bare vi kan sige status quo, så ville det være helt fint, indtil vi glemmer at trække vejret.*

De ældre, som over tid har oplevet gradvis funktionsnedsættelse, forventede typisk at kunne bevare deres nuværende funktionsevne. De havde typisk allerede trappet aktiviteter ned på grund af svækket helbred. Fælles for de ældre, som pludseligt oplever et funktionstab og ældre, som over tid har nedtrappet deres aktivitetsniveau som følge af gradvis svækkelse, er dog, at de fleste fortsat ønskede at være mobile i og uden for hjemmet, og nogle havde været villige til at ofre egne midler på det. Flere borgere har investeret i el-scootere, og en enkelt har endda købt en trappelift til hjemmet for at kunne færdes på begge etager.

## 7.2 Holdninger til hjælp og selvhjulpnehed

En udbredt holdning blandt de interviewede ældre er, at så længe man kan klare sig selv, bør man forsøge at gøre dette. I dette afsnit vil vi se på, hvilken betydning ældre tillægger selvhjulpnehed og uafhængighed. De ældre er blevet spurgt, hvor vigtigt det er for dem at være uafhængige af hjælp fra kommunen, og hvordan de forholder sig til ikke længere at kunne de samme ting som før. De ældre tillagde selvhjulpnehed og uafhængighed stor betydning; størst når det drejer sig om personlig hygiejne og i mindre grad, når det drejer sig om praktiske opgaver som eksempelvis rengøring.

### Selvhjulpnehed

Selvhjulpnehed er et mål fra kommunernes side, men eksisterer ikke kun i det kommunale system. Også nogle af de ældre borgere forholdt sig til idéen om selvhjulpnehed og italesatte det som et udtryk for, hvad de selv ønsker, og hvad kommunerne forventer af dem. 80-årige Edith med leddegigt og nedslidte knæ fortalte bl.a., at det er hendes ønske at blive selvhjulpnen så hurtigt som muligt, og at det er lige så meget hendes mål som kommunens. Stinne på 76 år, som gennem en årrække har modtaget hjælp fra kommunen, sagde om kommunens krav om selvhjulpnehed:

*Vi skal jo være selvhjulpne, som de siger. Men det er jo ikke alle, der kan være selvhjulpne, hvis de har lidt skader og sådan. Så det er jo ikke nemt, synes jeg.*

Flere af de interviewede ældre forklarede, at de har været vant til at klare sig selv. Blandt andre Sonja, en 90-årig kvinde, der ikke længere modtager nogen former for hjælp fra kommunen, fortalte, at hun altid havde klaret sig selv og helst ville fortsætte med dette, i hvert fald foreløbigt. Hun var ikke afvisende over for at tage imod hjælp på et senere tidspunkt, hvis behovet skulle opstå. Den 77-årige Agnes forklarede, at hun fremadrettet vil

klare sit liv *med de reduktioner, der så er kommet*. Hun modtog ikke længere hjælp fra kommunen, men tog den indvendige rengøring i sit eget tempo og købte sig til hjælp til sin lille have og vinduespudsning.

Eksemplerne viser, at tanker om selvhjulpethed også findes hos de ældre borgere selv, men at de forholder sig forskelligt til, om selvhjulpethed er en mulighed for dem.

Hovedparten af de interviewede ældre har indtil for nylig været vant til selv at finde en måde at klare de daglige aktiviteter på. Nogle har haft hjælp til rengøring eller have fra bekendte eller private firmaer, andre har fordelt de huslige pligter mellem sig selv og ægtefællen, og enkelte er flyttet i mindre bolig for fortsat at kunne klare sig uden hjælp. Uanset varigheden af hjælp var det en ny situation for borgerne at have behov for hjælp til aktiviteter, de tidligere selv har kunnet klare. Til spørgsmålet om, hvordan de har forholdt sig til ikke længere at kunne det samme, svarede størstedelen, at det var frustrerende og svært. Jens på 65 år beskrev, hvordan han oplever sit funktionstab:

*Det er nok det værste, at man mange gange om dagen bander det hele langt væk, fordi man ikke lige kan gøre, som man plejer. Man lever jo så selvfølgelig i håbet om, at det vil vende tilbage igen.*

For de fleste af de interviewede borgere er uafhængighed fra kommunen et vigtigt mål, og de oplever det som tilfredsstillende at klare sig selv. Nogle af borgerne indvendte alligevel, at uafhængighed bare ikke er en mulighed med deres nuværende helbred eller funktionsniveau. Henry på 92 år, hvis syn og hørelse er svækket, fortalte:

*Jamen altså, jeg vil jo helst ikke være afhængig af noget, men bliver jo nødt til det. Når jeg er, som jeg er, er jeg nødt til at have hjælp.*

Afhængighed fremstår for en stor del af de ældre borgere som noget negativt, og dets modstykke som det ønskværdige ideal. Samtidig ønsker de ældre ikke at stræbe efter idealet på bekostning af deres helbred. Gudrun på 84 år har fået indopereret et kunstigt knæled, som hun gerne vil skåne:

*Så hvis jeg bare kan beholde det der gulvvask og støvsugning hver 14. dag, så er jeg da godt tilfreds... Men hvis jeg kan selv, så er det jo da kun glædeligt. Men vi kan jo ikke basere det på, at mine børn skal komme og gøre alt muligt mellem himmel og jord. De har jo også deres job at skulle passe.*

Helga på 86 år, som er gangbesværet efter at have brækket benet, oplevede det som et pres at skulle leve op til en slags ideal om at klare sig selv:

*Men jeg føler, at det er lidt trist, at man er under så meget pres til at leve op til en slags ideal. Man vil gerne, og man kan ikke. Jeg er nødt til at være ærlig, det er det, du vil have, ikke?*

### 7.3 Oplevet udbytte af hverdagsrehabilitering

I interviewet er de ældre borgere blevet spurgt ind til, hvilket udbytte de mener at have fået af at modtage hjælp og støtte til at klare sig selv. Det kan være svært for de ældre at se direkte resultater af hverdagsrehabiliteringen, fordi de, som ordet antyder, bliver genoptrænet i hverdagsaktiviteter, de altid selv har varetaget. Det er svært for borgerne at skelne imellem, hvilke forbedringer i funktionsevnen, der ville være kommet af sig selv, og hvilke der er et resultat af støtte fra kommunens medarbejdere. Det er også svært for de

ældre borgere undervejs i forløbet at se, at de gør fremskridt, fordi de ønsker hurtigt at komme til at klare sig selv igen. Flere ældre fortalte dog, at medarbejderne har motiveret dem ved at sige, at de mener, borgeren er kommet langt. Borgernes oplevede udbytte kan placeres inden for følgende kategorier: selvstændighed og selvhjulpethed samt hjælpemidler, som middel til at opnå en højere grad af selvhjulpethed.

### **At blive selvstændig**

Selv at kunne tilrettelægge sin hverdag og ikke skulle være afhængig af hjemmeplejens tids- og køreplaner er med til at øge borgernes selvstændighed i det daglige, hvilket for flere af de interviewede ældre er et vigtigt udbytte af hverdagsrehabiliteringen.

Den 84-årige Laurids er i den situation, at han i et eller andet omfang nok altid vil skulle modtage hjælp fra kommunen til personlig pleje, idet han har kateter og er gangbesværet. Alligevel oplevede han, at arbejdet med ergoterapeuten giver mening og gør ham mere selvstændig i de aktiviteter, han selv er med til at udføre. Også førnævnte Magda på 76 år, som har en brækket skulder og dårlig balance, har opnået mere selvstændighed i kraft af, at hun selv kan bestemme, hvornår hun skal på toilettet og stå op af sengen.

*Det er, at jeg kan komme op af min seng og gå på toilettet selv. Det er meget vigtigt. Det var lidt trælst, at man altid skulle ringe efter nogen, når jeg ikke kunne komme op.*

Flere af borgerne, som har haft mange daglige besøg fra hjemmeplejen, udtrykte, at det har været vigtigt for dem at kunne nedsætte medarbejdernes besøg til et minimum for ikke at have for mange forskellige mennesker til at komme i hjemmet. Andre oplevede det ikke som et problem at have mange daglige besøg fra hjemmeplejen. I hjem, hvor den ældre borger bor sammen med en ægtefælle, har der været flere tilfælde, hvor ægtefællen har hjulpet med at komme på toilettet og at komme i seng, så borgeren ikke har skullet vente på hjælp fra hjemmeplejen. Der er også et eksempel på, at en mand er blevet trænet i at vende sin ægtefælle i sengen om natten, så de ikke længere behøver at have medarbejdere til at komme om natten.

### **At blive selvhjulpethed**

Der er for en del af borgerne en vis tilfredsstillelse forbundet med at kunne klare sig selv og være selvhjulpethed, hvilket 89-årige Sigrid forklarede. Hun klarede sig nu helt selv med en protese efter en benamputation, bortset fra gulvvask, som hun får hjælp til af kommunen:

*Det er jo også en tilfredsstillelse, at man selv kan gå ud og handle, og at man selv kan tage en visit.*

Fuldstændig selvhjulpethed er ikke et realistisk mål for alle ældre borgere, da helbred og funktionsniveau kan være for svækket, men også for denne gruppe borgere kan der være en tilfredshed forbundet med at opnå en højere grad af selvhjulpethed i nogle daglige aktiviteter. Især forbundet med personlig pleje og mobilitet oplevede de ældre, at det har været meningsfuldt at arbejde på at kunne mere selv. 92-årige Henry, hvis syn og hørelse er svækket, har sammen med medarbejdere fra hjemmeplejen arbejdet på selv at kunne færdes i huset med rollator:

*Ja, for søren, de har trænet mig godt med, at jeg skulle gå. Og jeg kunne ikke selv stå op af sengen eller noget som helst.*

En del af de ældre borgere har som tidligere beskrevet i større eller mindre omfang trænet deres gangfunktion i eller uden for hjemmet med medarbejdere fra hjemmeplejen, hvilket har medvirket til, at de i højere grad har kunnet færdes frit i og uden for deres hjem.

Størstedelen af borgerne har på et tidspunkt modtaget hjælp til personlig hygiejne og har oplevet det som meningsfuldt at arbejde på at blive helt eller delvist selvhjulpne på dette område.

Blandt borgere, der har deltaget i hverdagsrehabilitering i rengøringsopgaver, var der delte meninger om, hvorvidt dette er meningsfuldt eller nyttigt for dem at blive selvhjulpne i. Bente på 64 år, som efter en blodprop igen selv klarer sin personlige hygiejne, var ikke interesseret i selv at komme til at varetage rengøringen i hjemmet:

*Jeg kan faktisk det hele. Det tager bare lidt længere tid. Jeg har sådan en smart kost, så kan jeg tørre støv af, og så kan jeg også støvsuge lidt. Jeg vasker ikke gulv. Det kunne jeg godt, men det gør jeg ikke.*

66-årige Oda er blevet opereret i sin hånd flere gange, men den var stadig stiv og besværliggjorde mange aktiviteter for hende. Hun har imidlertid løbende fundet på løsninger, så hun selv har kunnet klare sig uden hjælp fra kommunen.

*Så fandt jeg ud af, der var ingen grund til, at de kom og hjalp, en dag de var længe om at komme. Så tænkte jeg, nu prøver du at lægge nyt betræk på. Jeg kunne godt pille det gamle af, fordi jeg kunne sætte nogle træklemmer i snipperne. Så var der ingen grund til at bruge tiden på mig, jeg kunne selv stoppe det ned. Sådan tror jeg nok, at jeg laver mange pudsige ting.*

## Hjælpe midler

En stor del af de ældre borgere har midlertidigt eller permanent fået bevilget hjælpemidler fra kommunen som et led i deres hverdagsrehabilitering. Hjælpe midler har en kompenserende funktion og er med til at give borgeren selvstændighed og selvhjulpnehed i nogle af dagligdagens aktiviteter. Vi har endvidere hos borgerne set eksempler på boligændringer i form af kørestolsramper over dørtrin og håndtag i badeværelset. Andre havde fået eller lånt særlige toiletbrætter, badestole, strømpepåtager, tå-tørrere, rollatorer, køkkenredskaber og kaldeapparater.

Hjælpe midler har ikke altid kunnet kompensere for borgerens funktionstab. Enkelte borgere har eksempelvis måttet opgive at lære at bruge en strømpepåtager, da deres fingerkræfter ikke var tilstrækkelige til at bruge denne. 81-årige Asger reflekterer over hjælpemidlers funktion:

*Og det er meget svært at erstatte en funktion, der er ude af drift på en selv, med hjælpemidler. Man kan komme tæt på. Men der er stadigvæk noget tilbage, som altså hjælpemidlet ikke kan gøre, men som man selv må gøre, og som volder kvaler.*

Enkelte hverdagsrehabiliteringsforløb har været meget korte og har udelukkende drejet sig om at gøre borgeren fortrolig med et hjælpemiddel, som er med til at lette besværlige aktiviteter for borgeren. Poul, en 70-årig mand, havde fået behov for at bruge støttestrømper. Medarbejdere fra hjemmeplejen besøgte ham 5-6 gange, hvor de instruerede ham i at bruge en strømpepåtager til at trække strømperne af og på, og herefter klarer han selv dette.

### **Borgere, som ikke længere modtager hjælp**

Som nævnt i kapitel 5 modtog 13 ud af 35 interviewede ældre borgere på interviewtidspunktet ikke længere hjælp fra kommunen. Det er dog ikke tilfældet, at alle 13 ældre borgere er blevet selvhjulpne efter at have deltaget i hverdagsrehabilitering. Ni af de 13 ældre borgere, der ikke længere modtog hjælp, udførte selv de opgaver, som hjemmeplejen ydede hjælp til, og var i overensstemmelse med kommunen ophørt med at få hjælp. Tre af de ni selvhjulpne borgere stoppede selv forløbet, fordi de mente, at de selv kunne klare sig, og at det ikke længere var nødvendigt, at hjemmeplejen blev ved med at komme.

De resterende fire ældre borgere var i en for dem utilfredsstillende situation, idet de ikke længere modtog praktisk hjælp, selv om de mente, at de stadig havde behovet for det. En af disse borgere, sagde sin kommunale rengøringshjælp fra, fordi hun ikke var tilfreds med, at de ville se og vurdere, hvor meget hun selv kunne være med til at klare. Tre borgere, hvoraf de to udgør et ægtepar, modtog ikke længere hjælp, men ønskede igen at komme til at få hjælp til rengøring.

## **7.4 Oplevelse af tryghed i udførsel af daglige aktiviteter**

Under interviewet er borgerne blevet spurgt, om de har følt sig trygge ved selv at skulle til at klare flere daglige aktiviteter, og om de tror, de fortsat vil kunne få den hjælp, de har behov for. En overvejende del af de ældre udtalte sig om hjælpen fra kommunen med stor taknemmelighed og påskønnelse af medarbejdernes erfaring og rutine. Henry på 92 år kaldte hjemmeplejens medarbejdere for "sine engle", og Agnes på 77 år fortalte, at der for hende var en tryghed i at vide, at der var nogen, der kunne lytte til hende og hjælpe, mens hun var "langt ude". Enkelte borgere berettede om, at de i starten syntes, det gik for stærkt med selv at skulle gøre en masse ting, de ikke følte sig parate til, og Helga på 86 år beskrev, at hun har følt det som et pres.

I det følgende afsnit vil vi beskrive nogle elementer i hverdagsrehabiliteringen, der har været med til at skabe tryghed for de ældre borgere, og hvorfor enkelte borgere ikke ønsker at give afkald på deres nuværende hjælp.

### **Tryghed under midlertidigt opsyn**

Når ældre borgere vender hjem efter en sygehusindlæggelse, som tilfældet har været for en stor del af de interviewede, kan det virke uoverkommeligt at komme hjem til et tomt hus eller til en ægtefælle, som måske heller ikke er på toppen. Her har flere fremhævet, at de har sat pris på, at hjælpen stod klar, så snart de var hjemme. Den gruppe af ældre borgere, som er blevet trænet i selv at vaske sig, har i begyndelsen fået udstyret badeværelset med nogle hjælpemidler og er blevet forklaret, hvordan de selv kan udføre nogle aktiviteter mest hensigtsmæssigt i forhold til deres helbred. Til sidst er medarbejderen blot en flue på væggen, der observerer, hvordan borgeren klarer sig og guider hvis nødvendigt. 89-årige Sigrid fortalte, at hun har været helt tryk ved støtten:

*Jamen, det har været enormt godt, det har det. Jeg har ikke været utryk på nogen måde, for de har støttet mig godt og fortalt, hvad jeg skulle.*

Sigrid har deltaget i omfattende hverdagsrehabilitering efter en amputation og er efter eget udsagn kommet langt i forhold til udgangspunktet. Det eneste, hun nu modtager hjælp til, er gulvvask hver 14. dag. Medarbejdere fra kommunen har også forsøgt at træne hende i selv at kunne dette, men hun forklarede, at hun med benprotese og vådt gulv er bange for at falde, hvis hun selv skulle vaske gulvet. Derfor var hun blevet bevilget fast hjælp til gulvvask.

Nogle få borgere har, da de først begyndte at modtage hjælp fra kommunen, haft dagligt tilsyn fra hjemmeplejen ud over de visiterede praktiske opgaver. De havde ikke behov for hjælp til at komme op af sengen eller i bad, men fordi de bor alene og ikke har familie boende i nærheden, har de i en periode haft behov for, at nogen tjekkede op på, om de nu var kommet op af sengen, eller at der ikke var sket en forværring i deres helbred. Esther på 70 år blev i en periode på halvanden måned ringet op dagligt af medarbejdere fra hjemmeplejen. Hun har været enke i en årrække, og hendes eneste søn er bosat i udlandet, så for hende har det givet en stor tryghed at have en daglig kontakt med nogen. Svend, en ældre mand på 86 år, med hjertefejl, havde en periode med svimmelhed og sygehusindlæggelse. Da han vendte hjem, kom medarbejderen fra hjemmeplejen forbi hans hjem dagligt i to måneder for at se til hans helbred, og om han var kommet op af sengen. Han havde for nylig mistet sin kone, og begge hans børn bor ikke i nærheden, så for ham gav det også en tryghed, at nogen så til ham, mens han kom sig oven på sin indlæggelse.

### **Frygt for at forsvinde ud af systemet**

En af gevinsterne ved hverdagsrehabilitering for nogle ældre borgere er, at de kan blive helt fri for hjælp og besøg fra kommunen. Men ikke for alle ældre var dette et ønskescenarie, da det vil efterlade dem uden kontakt med hjemmeplejen, hvis de skulle opleve en forværring af helbredet. Sidstnævnte var for Svend på 86 år årsag til, at han fortsat ønskede hjælp til gulvvask hver 14. dag, selv om medarbejdere fra hjemmeplejen har forsøgt at vurdere, om han selv kunne komme til at klare dette:

*Det har jeg tænkt mig, jeg vil beholde, så længe jeg kan. Der er ikke noget der. Fordi, når jeg ikke har børn og så videre rundt omkring mig, så er der ikke så mange til at holde øje med mig... Jeg vil gerne have den ene dér, og det er fordi, hvis der er noget, så kan jeg lige tage telefonen, og så har jeg én.*

Esther på 70 år, som er enke, og som ikke har mange sociale kontakter omkring sig, fik ikke længere hjælp. Som vi beskrev i afsnit 6.2, var hun dog utryk ved ikke længere at få hjælp fra kommunen.

For borgere med få sociale kontakter kan kontakten til hjemmeplejens medarbejdere gøre en forskel for, at de føler sig trygge i deres dagligdag og ved, at de kan komme i kontakt med nogen og få hjælp, hvis behovet opstår. Nogle borgere fortalte, at de ikke oplever utryghed ved selv at skulle klare sig uden hjælp efter endt hverdagsrehabiliteringsforløb, og at de ikke ville være kedede af at kontakte kommunen, hvis behovet for hjælp igen skulle opstå. Få borgere fortalte, at de har følt sig lidt pressede og utrygge ved at blive bedt om at skulle gøre nogle ting selv og dermed miste kontakten med hjemmeplejen.

## **7.5 Opsamling**

Der tegner sig et billede af, at de ældre borgere i høj grad ønsker støtte til at blive mest muligt selvhjulpne i dagligdagens basale og nære aktiviteter, såsom personlig hygiejne, mobilitet i og uden for hjemmet og at have frihed i eget hjem. Det handler ikke for borgerne om at komme til at lære nye ting, men at komme tættest muligt på at genvinde de færdigheder, de havde før funktionsnedsettelsen opstod. Ældre, der over tid har oplevet gradvist funktionstab, har ikke i samme grad ønsker om at kunne klare en masse ting selv, men i stedet vedligeholde de ting, de stadig kan.

De ældre borgere tillægger generelt selvhjulpnehed og uafhængighed stor betydning, men størst, når det drejer sig om aktiviteter forbundet med personlig hygiejne, og mindre, når det drejer sig om praktiske opgaver som rengøring. Nogle ældre borgere forklarer, at deres

nuværende situation sætter grænser for, hvor høj grad af selvhjulpnehed, de kan opnå. Enkelte andre oplever det som et pres at skulle leve op til et ideal om selvhjulpnehed, mens de er i en sårbar situation og har brug for hjælp, og nogle få ældre borgere kan slet ikke se, hvordan de skulle kunne blive bedre og mere selvhjulpne.

Idet størstedelen af de ældre borgere oplever en akut funktionsnedsættelse, må en del af disse forventes at genvinde kræfter og færdigheder som følge af en spontan bedring. I disse tilfælde bidrager hverdagsrehabilitering rettere til, at de ældre borgere bliver støttet og opfordret til at komme i gang hurtigere, end de måske havde gjort på egen hånd. Hovedparten af de ældre har oplevet det som positivt at blive mere selvstændige og selvhjulpne i dagligdagens nære aktiviteter ved at blive guidet og eventuelt få hjælpemidler, der kan øge graden af selvhjulpnehed i nogle af disse aktiviteter. Enkelte ældre borgere mener ikke at have fået et udbytte af at deltage i hverdagsrehabilitering, og heller ikke alle, som har afsluttet et forløb og ikke længere modtager hjælp, er blevet helt selvhjulpne bagefter.

Størstedelen af de ældre borgere har følt sig trygge ved den hjælp og støtte, som de har fået fra hjemmeplejen, til at opnå en højere grad af selvhjulpnehed. Trygheden har bl.a. bestået i, at medarbejdere fra hjemmeplejen har været til stede de første gange, de ældre borgere skulle forsøge at udføre nogle aktiviteter selv, samt at der har været nogen til at tilse ældre borgere med få sociale kontakter, der er lidt usikre efter akut sygdom. For disse borgere kan det dog også være svært at forestille sig at skulle undvære besøg fra hjemmeplejen, hvorfor de måske ikke ønsker selv at overtage de opgaver, som medarbejderne udfører hos dem. Enkelte borgere har oplevet, at det gik for stærkt med selv at skulle begynde at klare nogle af de daglige aktiviteter selv.

## 8 Hvad fremmer og hæmmer ældre borgeres deltagelse i hverdagsrehabilitering?

I dette kapitel beskriver vi ved hjælp af eksempler, hvad der hos ældre borgere i denne undersøgelse bidrager til, at de gennem hverdagsrehabilitering bestræber sig på at blive mest muligt selvhjulpne, og hvad der hæmmer deres engagement i hverdagsrehabilitering.

### 8.1 At ville klare sig selv

Som beskrevet i kapitel 7 var ønsket om at klare sig selv og at være uafhængig af hjælp helt gennemgående blandt de interviewede borgere. De havde typisk været udsat for en funktionsnedsættelse som følge af pludseligt opstået sygdom, forværring af sygdom eller et uheld, og hvis der var udsigt til det, var det naturligt for dem at forsøge at overvinde konsekvenserne af sygdommen eller uheldet.

Der er eksempler på borgere, som er blevet tilbudt hjælp, som de har afslået, fordi de godt selv kunne. Der er flere eksempler på ældre borgere, som har fået hjælp i en periode, men hvor funktionsevnen har forbedret sig. Når de oplever, at de kan selv, siger de hjælpen eller dele af hjælpen fra. I nogle tilfælde var alene små fremskridt i funktionsevnen et stærkt ønske.

Medarbejdere nævnte i fokusgruppeinterviewene, at ønsket om at forbedre sin funktionsevne er størst blandt borgere, der har været ude for et akut funktionstab, fx som følge af brud. Det oplevedes som sværere at motivere borgere, som har oplevet et langsomt funktionstab, og som har indskrænket sine aktiviteter.

#### Så længe man kan, skal man klare sig selv

Det var en gennemgående holdning, at så længe man kan, skal man selv udføre opgaverne. Det kommer bl.a. til udtryk hos Poul på 76 år, som havde nogle få besøg til hjælp med støttestrømper, hvorefter han klarede det selv:

**Poul:** *Jeg synes, det er meget bedre, at jeg gør det selv, så længe jeg kan. Det er meget bedre. Jeg vil ikke have nogen, der kommer her, måske to gange om dagen. Det føler jeg ikke. Det er jo ikke nødvendigt, når jeg selv kan gøre det. Det er jo ikke en børnestue. Jeg ved ikke, hvor mange mennesker der selv kunne gøre det, men får det gjort. Det ved jeg ikke. Det har ikke noget med mig at gøre.*

**Interviewer:** *Hvor vigtigt har det været for dig at være mest mulig uafhængig af hjælp fra kommunen?*

**Poul:** *Det har været meget vigtigt. Det er ikke, fordi jeg ikke gerne vil have hjælp. Men jeg føler bare, at så gammel er jeg heller ikke. Jeg kan godt selv. Så længe man kan selv, så skal man også gøre det.*

Nogle ældre borgere gav udtryk for, at det hos den nuværende generation af ældre er noget grundlæggende at klare sig selv. Det gælder fx et ægtepar på henholdsvis 80 og 75 år, som havde søgt om hjælp til rengøring, men som endte med ikke at få bevilget hjælp.



**Jenny:** *Nej, vi har ikke haft ret meget af den slags [hjælp]. Og netop også fordi vi gerne har villet klare os selv. Men det ligger nok i vores årgang. Vi er ikke vant til at bede om noget. Det ligger ikke i opdragelsen. Tror du ikke, det er sådan noget, Verner?*

**Verner:** *Jo, og også det med hele min tilværelse som selvstændig og eget firma. Vi har f.. lært at klare os selv...*

Der fremkommer også det synspunkt, at når man selv kan klare opgaverne, er det ikke rimeligt, at man skal have hjælp. Der var en forståelse for, at kommunen skal spare, og at der er andre, som har det værre, og som derfor har mere brug for hjælp. Det blev fx udtrykt af Jens på 65 år, som efter et uheld var kommet til skade med sit ben og skulder. Han fik i en periode hjælp til påklædning og bad, men klarer det nu selv.

**Interviewer:** *Hvor vigtigt er det for dig at være mest muligt uafhængig af hjælp fra kommunen?*

**Jens:** *For mig er det vigtigt. Det er det bestemt. For det første så behøver de ikke komme, jo, når der ikke er behov for det. Jeg ved da, der er en masse andre steder, masse andre mennesker, som har det slemt, og det er da langt bedre, at de får hjælp fra de ressourcer, som en gang er. Også økonomisk, for man kan jo ikke bare bruge løs af pengene, så bliver der ikke til alt muligt andet. Så selvfølgelig skal vi klare os selv, så længe vi kan.*

Jens er i øvrigt taknemmelig for den hjælp, han har fået.

Det var således en gennemgående holdning, at man først skal have hjælp, når det er nødvendigt.

### **Hjælpen fungerer ikke eller passer ikke ind i den daglige rytme**

I flere tilfælde havde borgerne sagt hjælpen fra eller ønsket at trappe den ned, fordi hjælpen ikke har fungeret for dem eller passet til deres rytmer i dagligdagen. Maren på 79 år med leddegigt, og som havde brækket et lårben, fik hjælp til rengøring i tre måneder. Hun sagde imidlertid hjælpen fra, *fordi hjemmehjælperne alligevel bare står bagved og ser, om hun selv kan støvsuge.*

Besøgene fra hjemmeplejen passer ikke ind i borgernes dagsrytme, når borgeren fx står tidligt op, men hjælpen til påklædning eller bad først kommer midt på eller sent på formiddagen:

**Elsebeth (85 år):** *Og så kommer hun jo også over og sagde, at jeg skulle i bad. Så sagde jeg, at jeg skal i hvert fald ikke i bad, for det har jeg været. Nå, jamen så behøver jeg jo ikke komme mere, og så har jeg ikke set hende siden.*

**Oda (66 år):** *... Så en dag havde jeg ventet to timer. Derfor gik jeg bare i brusebad, og så fandt jeg ud af, at det kunne jeg klare selv. Så var der jo ingen grund til, at der stod en og gloede på det. Det kunne være omkring kl. 12, de kom. Det syntes jeg var sent, men sådan var det åbenbart.*

Der er eksempler på ægtepar, hvor der var bevilget hjælp til en syg ægtefælle flere gange i døgnet til personlig pleje. Når ægteparret har vurderet, at hjælpen ikke rigtigt har passet ind i deres dagsrytme, har den raske ægtefælle taget over.

**Ægtefælle til Signe (69 år):** *De første dage kunne hun ikke komme derud, men det fik jo så sådan, hun selv kunne køre derud. Og så har vi koblet det af – det*

om middagen og det sidst på dagen, fordi det var lidt til overs både for dem og for os. For hun havde været ude på toilet, når de kom, og mange gange var vi ved at spise. Så det kobede vi fra, jeg kan ikke lige huske hvornår. Det var sådan, at om morgenen kom de først ved 9-halv-10-tiden, og vi er altså morgenmennesker, og det har vi været al vores tid. Oppe kl. 5-halv-6... Så det er blevet en vane i vores krop, at vi er oppe. Og så synes hun ikke, hun har lyst til at gå rundt og dulre rundt uden at få tøj på. Så jeg har hjulpet hende med at blive vasket og få tøj på. Da kommunen så registrerede det, så tager de det [hjælpen] fra os.

I andre tilfælde har borgerne følt det generende at have besøg af hjemmeplejens medarbejdere på forskellige tider af døgnet.

**Bente** (64 år): *Jeg tror, det var her i foråret. Jeg kunne ikke holde det ud mere. Så sagde jeg, nej. Fordi om aftenen – de ringede på alle tidspunkter. Så kom de klokken 7, så kom de klokken 10-11 stykker. Altså, det var ikke til at holde ud. Enten var jeg ikke hjemme, eller også sad jeg her og ventede i lang tid. Det var ikke til at holde ud. Jeg kunne også godt selv, og så sagde jeg stop med alt det.*

Ingeborg på 77 år fik hjælp til toiletbesøg flere gange om dagen på grund af lammelse i den ene side af kroppen, men hendes gangfunktion er blevet forbedret, så hun kan klare sig med rollator i stedet for kørestol.

**Ingeborg**:... *Så har vi sløjftet [nogle besøg fra hjemmeplejen], fordi der var jo et rend ud og ind af dørene her. Så det kunne vi ikke rigtig holde ud. Min mand er 91, så det er også begrænset, hvad han kan hjælpe med. Men altså da jeg så kunne komme op at sidde, så sløjfede vi de to af vagterne, kl. 11 og kl. 13 cirka. Så sagde jeg, nu behøvede de ikke at komme, for når min mand var hjemme, så kunne han holde øje med, at jeg kom helskindet frem og tilbage. Så sådan står det altså i øjeblikket. Næ, nu har jeg lige aflyst den kl. 16.*

I fokusgruppeinterviewene nævnte medarbejderne, at det for mange borgere er vigtigt at være uafhængig af at skulle have hjælp på forskellige tidspunkter af døgnet.

Interviewene af ældre borgere viser således, at uafhængighed af hjælp giver mulighed for at indrette sin hverdag, som man ønsker det. Det er for nogen et irritationsmoment, at de ikke altid kan regne med, hvornår de får hjælp, andre affinder sig imidlertid med at få hjælp på skiftende tidspunkter, fordi det er nødvendigt for dem.

## 8.2 At holde sig i gang

Nogle af de interviewede ældre borgere gav udtryk for den opfattelse, at det er vigtigt at holde sig i gang, hvor det var underforstået, at det bidrager til at vedligeholde deres funktionsevne. Dette udspringer bl.a. af, at man har været fysisk aktiv gennem store dele af livet. Nogle borgere var fysisk aktive helt frem til, at de blev ramt af sygdom eller et uheld, som gav dem problemer med at kunne komme omkring. Kamma, som havde gigt, har været vant til at være aktiv.

**Interviewer**: *Går du til noget træning på en eller anden måde? For at styrke din...*

**Kamma** (75 år): *Jeg tror nok, jeg får rigeligt af alt muligt. For jeg er meget sådan... Jeg har været ansat oppe i [nævner sted] i 17 år. Sådan ude i svømmehal-*

*len og ja rundt der sådan. Så jeg ved godt, at man skal være i omdrejninger, og jeg går også med mine stave og sådan noget. Dem kan jeg gå med, men det kniber med at gå alene. For jeg er godt klar over, at jeg skal holde mig i gang, for ellers skal jeg lige pludselig til at rende rundt med en rollator. En skønne dag må jeg sige, at det skal jeg jo, men det er bare ikke endnu.*

Irene har været fysisk aktiv, lige indtil hun blev syg. Irene sad i kørestol ved interviewet.

**Irene** (73 år): *Jamen, jeg er den type, der knokler på. Jeg har altid gået til motion, dyrket meget motion. Der er et motionscenter nede for enden af [vejnavn]. Der har jeg nogle til. Der startede jeg nede klokken halv 6 om morgenen til klokken 8, indtil jeg blev syg, og det har jeg gjort i 18 år. Så jeg var jo også så smidig. Det siger de også, at det har kommet mig til gavn i dag. Så jeg er vant til at bestille noget.*

Andre gav udtryk for, at deres egen indsats for at holde sig i gang er vigtigt for at kunne generhverve tabte færdigheder. Det gælder fx Sigrid, som havde fået amputeret et ben, og som havde den opfattelse, at det holder hende i gang at udføre daglige aktiviteter i det omfang, hun er i stand til.

**Interviewer:** *Hvad tror du, at du selv kan være med til at gøre for at holde dig i gang for fortsat at kunne klare nogle daglige opgaver selv?*

**Sigrid** (89 år): *Jo, men det er jo det med at holde lidt træning i gang og så gøre tingene selv. Det giver træning i hverdagen, når man selv går og vasker op og tørrer støv af, og hvad man skal. Altså klare sig selv i det hele taget.*

Selv om man har den opfattelse, at det er vigtigt selv at gøre noget for at holde sig i gang, kan helbredet sætte nogle begrænsninger, så man ikke er aktiv i det omfang, som man egentlig gerne ville.

**Interviewer:** *Gør du nogen ting i dag for sådan at holde dig i gang? For at sikre at du ikke falder igen. Går du til noget træning eller?*

**Sonja** (90 år): *Nej. Det er nok også en fejl. Før jeg kom galt afsted, gik jeg jævnligt en lang tur. Som regel hver dag. Men altså, det er jeg altså ikke rigtig kommet i gang med endnu. Men jeg gik ned i byen og handlede og sådan noget. Men altså det... Energien er ikke så stor endnu, men der kommer nok igen. Ja, det gør det.*

### 8.3 At have tilpasset sig nedsat funktionsevne

Der var interviewede borgere, der havde affundet sig med, at deres helbred og funktionsevne havde givet dem et behov for hjælp fra kommunen. Man kan sige, at de har tilpasset sig deres situation. Selv om de gerne ville kunne klare sig uden hjælp fra kommunen, har de alligevel indstillet sig på, at de har brug for hjælp – i det mindste i en periode og i et vist omfang. Vi beskrev ovenfor eksempler på ældre borgere, som havde svært ved at af-finde sig med de mange besøg af forskellige social- og sundhedshjælpere. Nedenfor er der eksempler på ældre borgere, som har vænnet sig til det og for hvem, det ikke har været noget problem.

Johan på 85 år fik hjælp til et bad om ugen. Han oplevede, at der kom mange forskellige, men det havde han ingen problemer med. *Jeg kan næsten ingenting. Jeg kan gå og klare*

*mig selv sådan. Legemligt arbejde – det kan jeg ikke klare længere. Næ. Det er der ikke energi til. Det havde han heller ingen problemer med og gav som grund, at han er noget oppe i alderen.*

Holger på 88 år har haft hjælp til personlig pleje, men fik ved interviewet alene hjælp til støttestrømper og havde vænnet sig til at få hjælp.

**Holger:** *Der var det utroligt. Fra kommunen kom de troligt hver eneste dag og vaskede mig og tog sig af mig. Der var ingen problemer, selv om det var forskellige damer. Til at begynde med syntes jeg ikke, det var så spændende, men så blev det rutine. De var meget hjælpsomme, og de kom hver dag. Det var godt.*

Holger nævnte også, at alderen kan forklare, at han havde brug for hjælp. I dette og andre tilfælde, hvor alderen blev nævnt som en forklaring på, at der var brug for hjælp, var borgerne i en tilstand, som ikke havde udsigt til at forbedre sig – i modsætning til fx et brud på en arm eller et ben.

Tage på 70 år fandt det meget vigtigt at være uafhængig af hjælp fra kommunen, men havde alligevel indstillet sig på at skulle have hjælp. *Jamen, det har jeg ikke noget problem med. Det har jeg ikke. Fordi altså, når de siger, at det her ligesom er det, jeg har brug for, så må vi gå ud fra, at vi har fat i den rigtige ende alle sammen.* Tage var kommet til skade med sit knæ og havde muligvis udsigt til at kunne klare sig selv igen.

## 8.4 Manglende kræfter eller helbred sætter begrænsninger

Alle interviewede ældre borgere havde oplevet, at deres helbred havde givet dem begrænsninger i udførelsen af daglige aktiviteter, hvilket var årsagen til, at de var kommet i kontakt med kommunen om hjælp. Nogle havde efter kortere eller længere tid genvundet (noget af) deres funktionsevne og havde opnået et funktionsniveau, som de stillede sig tilfredse med. I nogle tilfælde havde helbredet imidlertid sat nogle grænser for, hvor meget borgerne har kunnet træne i selv at klare daglige aktiviteter.

Asger, der er en mand på 81 år, havde dårlige fødder og ben og havde svært ved at gå. Han havde endvidere store smerter. Han ville gerne kunne foretage sig nogle flere ting, men han havde ikke oplevet forbedringer – snarere tværtimod – og havde ikke den store tro på fremskridt

**Asger:** *Den udvikling, der er sket siden januar og til nu. Så er udviklingen gået bagud af dansen. Det er ikke på nogen måder blevet bedre. Tværtimod. Jeg har fået smertestillende medicin. Jeg har smerter hele døgnet rundt. Jeg har fået smertestillende medicin, men smerterne har jo tiltaget, så man har fået stærkere medicin.*

Smerter havde således sat begrænsninger på Asgers aktivitetsniveau. Smerter kan endvidere sætte begrænsninger på mulighederne for at træne. Det oplevede fx Ejnar på 83 år, som havde fået nyt knæ.

**Ejnar:** *Ja, det gør ondt. Jeg tager smertestillende medicin hele tiden. Det skal jeg også. Man må ikke have smerter, så kan man ikke blive trænet ordentligt op. Jeg har smerter i venstre knæ for eksempel. Jeg må hele tiden flytte på det...*

I andre tilfælde var det ikke smerter, der satte begrænsninger, men hensynet til helbredet. Gudrun på 84 år, som havde fået indopereret et nyt knæled:

**Gudrun:** *Det har da stor betydning [kunne klare nogle ting selv]. Det vil jeg da gerne jo, men det skal heller ikke være sådan, at det går ud over mit knæ. Når jeg nu har fået det lavet, så skulle det jo nødvendig ødelægges. Så hvis jeg bare kan beholde det der gulvvask og støvsugning hver 14. dag, så er jeg da godt tilfreds.*

Der var borgere, som var meget svækket af sygdom, og som derfor manglede overskud til at træne i at udføre daglige aktiviteter. Signe på 69 år havde en alvorlig kræftsygdom, og fik hjælp daglig til personlig pleje mv. af dels ægtefællen, dels kommunens hjemmepleje. Signe fik desuden besøg af en fysioterapeut, som skulle træne med hende (dette var ikke en del af hverdagsrehabiliteringen).

**Ægtefælle til Signe:** *Nej, hun gør ikke noget [for at holde sig i gang]. Det må jeg være ærlig og sige. Hun har nogle elastikker til at træne med, og de er altså kun i gang, når fysioterapeuten er her. Det kan jeg lige så godt rent ud sige. Og nu har hun fået sådan en til at puste i for lunger og sådan noget – en fløjte kaldes de den, men den bliver også kun brugt, når fysioterapeuten er her. Nu kunne jeg se, de havde været lidt efter hende ude på sygehuset, men det er ikke nemt at bruge det, når hun er selv. Jeg har bestemt mig for, at jeg vil ikke til at diskutere det med hende. Det må hun så finde ud af.*

Ægtefællen mente, at hvis Signe trænede noget mere, ville hun godt kunne klare noget mere, men hun havde ikke overskud til det.

## 8.5 Rimeligt at få hjælp

Der var interviewede ældre borgere, som nok kunne klare sig uden hjælp fra kommunen, men som alligevel fandt det rimeligt, at kommunen bevilger dem hjælp. I nogle tilfælde handlede det om at aflaste en ægtefælle, mens andre syntes, at de havde nået en alder, hvor de bør kunne få hjælp, når fx rengøring bliver besværligt for dem. I Jens' tilfælde har det handlet om at aflaste ægtefællen, da Jens havde været igennem længere tid med forskellige sygdomme.

**Jens (65 år):**... *men vi havde kun hjælp af dem om morgenen, og det var også for lige sådan at aflaste [ægtefælle] lidt, for i de senere år har hun været igennem en hel masse, hvad mig angår. Alene i år har jeg været indlagt to gange før. En gang, hvor jeg fik ny hjerteklap, og en gang hvor jeg fik hjertestop. Så var det for ikke at belaste hende for hårdt, da det her kom oveni. Vi vidste jo ikke, om vi fik mere brug for dem fortløbende i det forløb her, så derfor sagde vi selvfølgelig ja tak til den hjælp, vi kunne få.*

Et andet eksempel er Irene på 73 år, som syntes, at de egentlig ikke havde brug for mere hjælp, men hun ville godt have haft hjælp til rengøring, for at spare sin ægtefælle for at gøre rent. Det havde de imidlertid ikke fået bevilget.

**Interviewer:** *Var der noget mere, som du gerne ville have haft hjælp til, som du ikke fik bevilget ved visitationen?*

**Irene:** *Nej, det kan jeg jo ikke sige, for min mand laver jo mad. Han laver jo det hele, så vi har ikke behov for mere. Jeg ville måske godt have haft hjælp til lidt rengøring, så min mand ikke også skal gå og gøre det, men det kan man jo ikke få. Det kan vi ikke få, når han kan klare sig. Og ved du hvad, han er 81, men det spiller ikke ind. Men det kunne jeg godt have tænkt mig. Så havde han da været*

*sparet for det, når han laver mad og det hele. Jeg kunne ikke have været her-hjemme, hvis jeg ikke havde haft ham. Så kunne jeg ikke have været her alene.*

Svend, der var en mand på 86, som havde problemer med svimmelhed, ville gerne være uafhængig af hjælp fra kommunen. Han tænkte imidlertid ikke mere så meget over det og sagde: *Som det er nu, så vender jeg det nok på hovedet og siger, at vi har nået den alder, hvor jeg godt kan være bekendt at bede om hjælp.*

Gudrun er 84 år og har fået nyt knæ. Hun fik ved interviewet hjælp til rengøring, men havde følt et pres fra social- og sundhedshjælperne til at klare opgaven selv. Hun vurderede imidlertid, at hun ikke var klar til det endnu, og derfor var det rimeligt at hun fik hjælp.

**Gudrun:**... *Men jeg synes jo ikke, det er noget stort krav at stille, at jeg kan få en gang rengøring én time hver 14. dag. Og hvis jeg ikke kan få det, så bliver jeg temmelig hysterisk, eller hvad du nu vil kalde det. Det må du selv om. Det synes jeg ikke, det er noget stort krav. Hvis jeg skal have hjælp, så er det der.*

Bente havde haft en blodprop, som havde givet hende lammelser i den ene side. Hun kunne imidlertid mere og mere selv og fik ved interviewet alene hjælp til rengøring. Det mener hun, at hun egentlig godt selv kan, men som vi beskrev i afsnit 7.3 fik hun alligevel hjælp til det.

## 8.6 Medarbejdernes betydning

Vi har i kapitel 6 beskrevet eksempler på relationen og samarbejdet mellem borgere og medarbejdere. I dette afsnit er der fokus på, hvilken betydning medarbejderne har haft for borgernes bestræbelser på at blive selvhjulpne i daglige aktiviteter.

Der var flere af de interviewede ældre borgere, der beskrev, hvordan medarbejderne i hverdagsrehabilitering havde været en god støtte for dem og havde bidraget til, at de havde opnået fremgang i deres funktionsevne.

### Positive medarbejdere med godt humør

For nogle havde det haft betydning, at medarbejderne havde været positive, og havde udvist godt humør, når de besøgte borgerne.

**Sonja (90 år):** *Nej [har ikke mere at tilføje]. Rent bortset fra, at de har alle sammen været i godt humør og været glade og. Og selv opmuntret en til at komme ovenpå igen. Det har de været gode til.*

Det havde endvidere for nogen været motiverende, at medarbejderne havde rost borgerne, når der var sket fremskridt.

**Ægtefælle til Laurids (84 år):**... *[Terapeut] er så god til at rose og siger, Nej, hvor er du dygtig. [Social- og sundhedshjælper], hun er også så sød. Hun siger: Nu får du en stjerne i bogen i dag. Så de er meget positive, det er dejligt.*

### Faglig kompetence

I andre tilfælde fremhævede de interviewede, ældre borgere medarbejdernes faglige kompetence, og hvordan de havde hjulpet med til, at borgeren kunne klare mere selv.

**Solveig** (74 år): *Ja, det synes jeg [at de har været gode til at hjælpe]. Og de har været gode til at lære mig nogle ting, som jeg ligesom ikke kunne. Det har jeg været rigtig glad ved.*

**Oda** (66 år): *... Der var kun én jeg havde, hun kom med så mange gode tips til ting, jeg kunne gøre. Jeg fik bare en hyggelig snak om tingene. Det hun fortalte mig om, hvad jeg kunne bruge af hjælpemidler og smørebrætsbakke. Det var den bedste julegave, hun kunne komme med. Der har slet ikke været noget.*

**Henry** (92 år): *Jamen, altså hun er et lille jern til at sætte os i gang. "Det kan du sgu godt gøre selv," siger hun. Og jeg prøver jo, så godt jeg kan... Jamen, altså det er sgu da vanskeligt at sige, hvad der er rigtig godt. Det synes jeg, det hele er. For jeg er, som jeg sagde, jeg kalder dem sgu mine engle. Findes der engle i [by]? Ja, det gør der sgu da...*

Holger på 88 år havde brækket sin skulder og skulle have den trænet op.

**Interviewer:** *Hvordan vil du vurdere samarbejdet med terapeuten?*

**Holger:** *Det kunne ikke være finere. Det var så godt, jeg berømmer hende stadigvæk. Hun var rolig og stille, men man forstår, hvad hun siger, og hun er meget opmærksom på, hvad det var, jeg gjorde med min hånd og min arm og det hele. Det må man altså sige, det var et godt samarbejde, men jeg var en lærenem elev. Så det var fint.*

Edith på 80 år fik hjælp til at blive selvhjulpnen i badet og fremhæver det positive i den vejledning, hun har fået af terapeuten.

**Interviewer:** *Hvordan hjælper hun dig, når hun er her?*

**Edith:** *Hun hjælper overhovedet ikke. Hun står ved siden af og fornemmer, hvad jeg kan gøre og siger, hvad jeg gør forkert. Hvis jeg står for længe op, siger hun: Sæt dig ned og tør dig osv. Det er den måde, jeg skal blive dygtig på og få rettet mine fejl. Det fungerer ganske fint med hende.*

### **Oplevet pres eller manglende forståelse for medarbejdernes fremgangsmåde**

Der var på den anden side også borgere, der syntes, at de var blevet presset for meget på nogle tidspunkter, hvor de ikke havde følt sig klar til at udføre de aktiviteter, som medarbejderne i hverdagsrehabilitering gerne ville have dem til.

**Magda** (76 år): *Det var kun lige i starten, at jeg synes, at det gik lidt for hurtigt med, at jeg skulle nogen ting selv, men nu synes jeg da, det går meget fint. Og de har jo været så søde alle sammen og flinke. Det er slet ikke det, men jeg synes lige i starten, at de synes, at jeg skulle så meget, som jeg ikke følte, jeg kunne. Men nu går det jo fint.*

Helga på 86 år havde også oplevet et pres fra medarbejderne til, at hun skulle lave så meget som muligt selv på et tidspunkt, hvor hun ikke følte sig klar til det.

*..., men i det tilfælde var jeg i en noget sårbar situation, og derfor blev der et par smågnidninger med dem, hvor jeg sagde: "Nu gider jeg ikke høre mere om det der. Nu vil jeg have lov at sætte mig ned." Du ved, man kan altså blive presset for meget, og de synes både jeg skulle det ene og det andet.*

Bente på 64 år havde ikke helt forståelse for den måde medarbejderne har arbejdet på. Hun havde været lammet i den ene side, men havde genvundet en stor del af sin funktionsevne igen. Det var dog næppe noget, hun tilskrev medarbejdernes indsats.

*Jeg gad hende heller ikke. Det kan jeg lige så godt indrømme. Det gjorde jeg ikke. Jeg kunne selv, og hun hjalp mig ikke. Hun gik bare ved siden af og kiggede på mig. Så sagde hun: "Du skal tage den her på." Hun stod bare og kiggede på mig. Hun hjalp mig overhovedet ikke.*

Under et fokusgruppeinterview blev nævnt, at medarbejdernes tilgang, når kommunens tilbud bliver præsenteret for borgerne, i nogle tilfælde kan skabe en modvilje hos borgerne.

*Men der kan også være en grund til at være modstræbende. Det, at der kommer en myndighed og siger "Du skal", er meget provokerende for langt de fleste mennesker. Andre gange har hjælperne måske en metode, som ikke lige vinder genklang – en måde at gøre tingene på, som kan irritere. (Visitor)*

### **Besøg giver tryghed og social kontakt**

Det kan være en *tryghed* for nogle ældre borgere, at kommunens medarbejdere kommer i hjemmet og på den måde holder lidt øje med dem. Det var fx tilfældet med Svend, som efter at have fået daglige besøg i en periode på interviewtidspunktet kun modtog hjælp til rengøring hver 14. dag.

*Svend (86 år):... Det har jeg tænkt mig, jeg vil beholde så længe jeg kan [hjælp til rengøring]. Der er ikke noget der. For når jeg ikke har børn og så videre rundt omkring mig, så er der ikke så mange til at holde øje med mig.*

Der var endvidere borgere, som satte pris på den sociale kontakt med hjemmeplejens medarbejdere. Esther på 70 år havde fået hjælp to gange om ugen til praktiske opgaver i hjemmet og til at gå tur. Det var imidlertid ophørt på interviewtidspunktet, og Esther fik kun hjælp til rengøring hver 14. dag. Det var hun ked af, fordi det var rart at have nogen at snakke med, og det gav også tryghed. Esther havde ingen familie i nærheden og brugte det meste af tiden i hjemmet, men havde en besøgsven, som kom en gang om ugen.

Eksemplerne understøttes af medarbejdernes udsagn under fokusgruppeinterview. Det var deres erfaring, at enlige med få kontakter til familie og venner og få aktiviteter at deltage i ikke er så opsatte på at skulle undvære hjælp. De har ofte opbygget en tæt relation til social- og sundhedshjælperne, og det er for dem en tryghed, at der kommer nogen i hjemmet og ser til dem. Medarbejderne forsøger i nogle tilfælde, at vejlede borgerne til eller at støtte dem til at deltage i aktiviteter uden for hjemmet.

## **8.7 Støtte fra familie, venner og bekendte**

Når de interviewede ældre borgere talte om hjælp og støtte fra familie, venner og bekendte, nævnte de typisk mindre tjenester og forskellige praktiske opgaver i husholdningen eller ved hus og have, som de fik hjælp til. I mange tilfælde var hjælpen lejlighedsvis og i andre tilfælde mere regelmæssig. Særligt omkring udskrivning fra fx sygehus, hvor borgeren skulle til at klare sig i eget hjem igen, havde børn været en støtte:

*Sigrid (89 år): Ja, det var jo svært, da jeg skulle udskrives. Jeg tænkte: "Hvordan skal det gå?" Nu har jeg tre børn her i byen, to drenge og en pige. Så pigen var hos mig de to første døgn, og det var jo rigtig dejligt. Hun sov her på sofaen*



*om natten. Så der faldt jeg til ro og kunne finde ud af, jeg kunne godt være her. Og så kom hjælpen jo så på, så det har gået fint.*

I flere tilfælde havde pårørende medvirket ved samtalen med kommunens visitator om hjælpen i hjemmet. En borger fortalte også, at hans datter er i kontakt med naboen, så hun på afstand kan følge med i, hvordan han har det, hvilket han oplever som en god tryghed. En ældre kvinde havde sin voksne søn boende i huset hos sig, som hjalp hende med praktiske opgaver som tøjvask og madlavning.

Flere af de ældre borgere, der bor sammen med en rask ægtefælle, har fået hjælp af denne til personlig pleje. Ægtefæller har bl.a. hjulpet med toiletbesøg, kropsvask, at komme i og op af sengen samt at blive vendt i sengen om natten, som beskrevet i afsnit 7.1. Et ægtepar i 60'erne valgte i en kortere periode at tage imod hjælp fra kommunen for at aflaste hustruen, som flere gange tidligere havde taget sig af sin mand i forbindelse med sygdom.

Familie, venner og bekendte har altså ifølge de interviewede borgere i høj grad været en støtte og har bidraget til, at de har kunnet komme igennem en periode, hvor de har været meget afhængige af hjælp fra andre. Denne uformelle hjælp har altså suppleret hjælpen fra kommunen. Interviewpersonerne nævnte ikke, at de havde oplevet, at hjælp fra familie, venner og bekendte direkte havde bidraget til at fastholde deres motivation for at blive mere selvhjulpne. Det er da også en sammenhæng, som det for den enkelte kan være vanskeligt at registrere. Hjælpen har imidlertid uden tvivl gjort hverdagen lettere, så interviewpersonerne har kunnet bruge flere kræfter på at optræne deres funktionsevne i daglige aktiviteter.

Medarbejderne angav ved fokusgruppeinterview, at det naturligtvis er meget afhængig af den enkelte borger, hvor meget pårørende bliver inddraget ved hverdagsrehabilitering, og hvor meget pårørende bidrager med. Det kan imidlertid i mange tilfælde være en fordel, at pårørende er til stede ved visitationssamtalen og ved opstartssamtalen i hverdagsrehabilitering. Det oplevedes som forskelligt, hvor meget støtte pårørende giver, men en social- og sundhedshjælper oplevede, at de for det meste er støttende. En visitator har oplevet, at pårørende ofte bakker op og har forståelse for hverdagsrehabilitering. En terapeut angav, at hun kun havde haft positive erfaringer med pårørende, hvilket i de fleste tilfælde vil sige en ægtefælle.

*Altså, jeg har kun haft positive erfaringer med dem. Det må jeg sige. Jeg har haft meget positive oplevelser. Jeg har ikke været ude for nogen situationer, hvor jeg ligesom ikke har haft den der støtte, eller anerkendelse for det forløb, jeg laver. Det må jeg indrømme. (Terapeut)*

## 8.8 Opsamling

En gennemgående drivkraft ved deltagelsen i hverdagsrehabilitering har været ønsket om at kunne klare sig selv og at være uafhængig af hjælp. Derfor har det været meningsfuldt at forsøge at genvinde mistede færdigheder. Der synes således at være en grundlæggende holdning blandt de interviewede borgere, at når man kan, så skal man klare sig selv. Det er ikke rimeligt at bede om hjælp, hvis man selv kan. Det skyldes bl.a. hensynet til kommunernes økonomi, og at andre har mere brug for hjælp. Der er også ældre borgere, som bestræber sig på, at klare påklædning og personlig hygiejne selv, fordi det opleves generende med mange besøg fra hjemmeplejen, eller fordi tidspunkterne for besøg fra hjemmeplejen ikke passer med borgernes daglige rytme. Nogle har ikke kunnet se formålet med, at social- og sundhedshjælperne bare ser på, at borgerne selv udfører aktiviteterne.

Der er ældre borgere, der har den indstilling, at det er vigtigt at holde sig i gang ved at udføre daglige aktiviteter selv. Hos nogle bunder det i, at de det meste af livet har haft en aktiv livsstil og anser fysisk aktivitet som gavnligt for helbredet.

Der var omvendt også borgere, som mere eller mindre havde opgivet at blive mere selvhjulpne, fordi deres helbred ikke synes at give mulighed for det. De havde tilpasset sig at skulle have hjælp – også selv om hjælpen i nogle tilfælde var hyppig – og gav alderen som forklaring på, at det ikke kunne forventes, at de ville kunne komme til at klare flere ting selv. Nogle borgere oplevede smerter, som satte begrænsninger for deres udførelse af daglige aktiviteter, og hos andre borgere var der andre helbredsmæssige hensyn eller svigten- de kræfter, som satte begrænsninger på aktivitetsniveauet.

Endelig var der borgere, som fandt det rimeligt at få hjælp fra kommunen, fordi de selv havde vanskeligt ved at udføre daglige aktiviteter. De, eller en ægtefælle, kunne reelt godt klare at udføre aktiviteterne, men fandt det rimeligt at få hjælp for ikke unødigt at belaste en rask ægtefælle. Nogle brugte høj alder som argument for, at det var rimeligt at få hjælp.

Interviewene med de ældre borgere og med medarbejdere peger ikke på, at fx ældre borgere med en længere uddannelse har et mere markant ønske om at være selvhjulpne og uafhængig af hjælp end ældre borgere med en kort uddannelse. Borgernes vurdering af muligheden for at klare sig selv knytter sig primært til deres vurdering af helbred og funktionsevne, som også er afgørende for, hvornår de finder det rimeligt at bede kommunen om hjælp.

De fleste af de interviewede, ældre borgere vurderede, at kommunens medarbejdere havde været en god støtte for dem. Det var opmuntrende, hvis medarbejderne var positive og i godt humør, og når borgerne fik ros af medarbejderne, når borgerne havde klaret at udføre en aktivitet. Endvidere blev der nævnt eksempler på, at medarbejdernes faglige kompetence havde betydet, at borgerne havde fået god vejledning i, hvordan de kunne udføre forskellige aktiviteter. Der var imidlertid også borgere, som havde oplevet et for stort pres fra medarbejdere til at forsøge at udføre aktiviteter selv kort tid efter fx udskrivning fra sygehus, og andre havde ikke forståelse for medarbejdernes måde, hvorpå de har opfordret borgerne til selv at klare daglige aktiviteter. Endelig var der især enlige ældre borgere, for hvem det har været en tryghed, at medarbejdere fra hjemmeplejen kom på besøg, og for hvem besøgene har været en værdifuld social relation.

Pårørende har ydet forskellige former for praktisk hjælp og tjenester – både lejlighedsvis og mere vedvarende. Ægtefæller yder i flere tilfælde en stor indsats ikke bare i forhold til de praktiske opgaver i hjemmet, men også til at hjælpe en svækket ægtefælle med personlig hygiejne. Hjælpen har gjort hverdagen og den kritiske situation lettere for de ældre borgere, som har oplevet en svækkelse i deres funktionsevne. De interviewede nævner ikke selv, at pårørende har været en direkte støtte til at kunne klare flere aktiviteter selv, men medarbejderne udtrykte, at de oplever, at pårørende ofte er en god støtte i hverdagsrehabilitering.

## 9 Opsamling og perspektivering

Hverdagsrehabilitering har bredt sig til de fleste danske kommuner og fra januar 2015 bliver regler om hverdagsrehabilitering en del af Lov om social service. Der har været gennemført flere evalueringer af kommunernes implementering af hverdagsrehabilitering (fx Kjellberg et al. 2011, Kjellberg 2012), men der har kun været få undersøgelser af modtagernes perspektiv på hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering sætter ældre borgere i en ny position i relation til hjemmeplejen. På den ene side er tanken at give ældre borgere – i tråd med ideologien om aktiv og sund aldring – muligheden for at opnå en bedre funktionsevne og større uafhængighed af offentlig hjælp. På den anden side stiller hverdagsrehabilitering nye og større krav til ældre end tidligere former for hjemmehjælp, såsom hjælp til selvhjælp. Ældre borgere bliver i hverdagsrehabilitering gjort ansvarlige for at "arbejde" for at forbedre deres funktionsevne og dermed blive mest muligt selvhjulpne. Hjælpen er i højere grad end tidligere betinget af, at borgerne gør en indsats.

Ældre, som har deltaget i hverdagsrehabilitering, er i besiddelse af viden og erfaring, som andre, der indgår i virkeliggørelsen af hverdagsrehabilitering, ikke har adgang til. En sådan viden er ikke alene vigtig for den enkelte ældres behandling, men også for udvikling af hjemmeplejens indsats med hverdagsrehabilitering i det hele taget. Vi har i denne undersøgelse sat fokus på ældre borgeres perspektiv uden at dette perspektiv skal forstås som det eneste, men som nødvendigt, når indsatsen over for ældre borgere skal diskuteres.

### 9.1 Ældre borgere i undersøgelsen

I undersøgelsen indgik der i alt 35 borgere i alderen 64-92 år fra tre kommuner. Borgerne er rekrutteret gennem kommunernes hjemmepleje, og de har alle fået et tilbud om hverdagsrehabilitering. De interviewede ældre repræsenterer en bred variation med hensyn til social baggrund i form af uddannelse og tidligere erhverv. Hovedparten af de 35 ældre i undersøgelsen var blevet henvist til hverdagsrehabilitering, efter at de havde været udsat for akut opstået sygdom, et uheld eller en planlagt operation. I nogle tilfælde er den akutte begivenhed kommet oven i en gradvis fremadskridende sygdom, som har nedsat deres funktionsevne. I de fleste tilfælde har borgerne været helt selvhjulpne, indtil de blev udsat for den akutte begivenhed. Der indgår endvidere i undersøgelsen et mindre antal borgere med en gradvis fremadskridende sygdom og funktionsnedsættelse, hvor der var begrænset udsigt til fuldt ud at genvinde den tabte funktionsevne.

Syv af de interviewede fik i forvejen hjælp fra kommunen, men havde været ude for en forværring af deres situation. Ingen af de interviewede borgere er blevet henvist til hverdagsrehabilitering på baggrund af en ny vurdering af mulighederne for rehabilitering på baggrund af en uforandret situation. Vi har ingen information om, hvorvidt dette er udtryk for en tilfældighed, eller at kommunerne alene i sjældne tilfælde visiterer borgere til hverdagsrehabilitering, hvor der ikke er sket en reel forandring i borgernes situation.

I mange tilfælde havde borgerne været indlagt på sygehus. Dette er også billedet i tidligere undersøgelser (fx Hansen et al. 2013). Det er muligvis ikke tilfældigt, at mange er henvist til hverdagsrehabilitering efter en sygehusindlæggelse, da der oftere kan være et rehabiliteringspotentiale efter pludselig sygdom eller uheld frem for ved fremadskridende funktionsnedsættelse. En tidligere analyse i Odense Kommune viste, at en større andel af dem, der havde været indlagt, var uden hjælp efter hverdagsrehabilitering, end dem, der ikke havde været indlagt (Hansen et al. 2013).

De fleste interviewede ældre har været i en fysisk skrøbelig tilstand og har dermed befundet sig i en sårbar situation, hvor de har haft behov for hjælp i det mindste i en periode. Der er dog forskel på graden af sårbarhed. Nogle borgere har stort set haft brug for hjælp til alt, mens andre alene har skullet have hjælp til få funktioner i en kortere periode. Langt hovedparten har fortalt om kontakt med familie, venner og bekendte, således at de næppe kan karakteriseres som ensomme og i en socialt skrøbelig tilstand, men der er også eksempler på ældre borgere med et meget begrænset socialt netværk. Interviewene giver ikke grundlag for at beskrive borgernes psykiske tilstand, men der er da borgere, som oplever at være følelsesmæssigt påvirket af den sygdom eller det uheld, som har ramt dem. Vi kan imidlertid også på linje med Grøn & Andersen (2014) konstatere, at flere af de ældre borgere har haft handlekraft til at bringe sig ud af den sårbare situation og til at opnå størst mulig uafhængighed.

## 9.2 Potentiale for hverdagsrehabilitering

Borgernes potentiale for hverdagsrehabilitering bliver i første omgang vurderet af kommunernes visitation, og der kan i princippet være fire udfald af denne vurdering. 1) Der kan være borgere, som vurderes til ikke at være berettiget til hjælp. 2) I nogle tilfælde kan visitationen være i tvivl om borgernes funktionsevne og henviser derfor til hverdagsrehabilitering, hvor fx en terapeut gennem observation af borgeren kan udføre en nærmere vurdering af borgerens funktionsevne. Hvis en borger vurderes at være berettiget til hjælp, udfører visitator – eventuelt også efter observation af terapeut – en vurdering af borgerens potentiale for hverdagsrehabilitering, altså at kunne opnå forbedringer i udførelse af nogle daglige aktiviteter. 3) Borgere, som vurderes til ikke at have potentiale, henvises til "almindelig hjælp" i kommunens hjemmepleje. Der synes generelt ikke at være faste kriterier for, hvornår en borger ikke har rehabiliteringspotentiale, men borgere med fremskreden demens eller kognitive vanskeligheder samt borgere med en kræftsygdom nævnes som eksempler. Dette er på linje med, hvad andre kommuner rapporterer (Kjellberg et al. 2013a). 4) Borgere, som henvises til hverdagsrehabilitering, er altså borgere, som vurderes til at have behov for praktisk bistand og/eller hjælp til personlig pleje og at have et rehabiliteringspotentiale. Med andre ord er der borgere med svækkede ressourcer og typisk et relativt stort behov for hjælp, som ikke henvises til hverdagsrehabilitering.

Et hovedbudskab fra undersøgelsen er, at hverdagsrehabilitering er mange ting, og i den udstrækning indsats og mål for indsatsen varierer med borgernes ressourcer og behov, kan hverdagsrehabilitering være relevant for såvel borgere i en meget sårbar situation som borgere med beskedne begrænsninger i funktionsevne. Nogle borgere har i udgangssituationen vanskeligheder ved at udføre personlig hygiejne, klare påklædning, komme i og ud af seng og at udføre praktiske aktiviteter i hjemmet på grund af problemer med balance eller mobilitet, nedsat bevægelighed i skulder, arme eller hænder eller en generel svækket tilstand. Flere har i begyndelsen omfattende hjælp, og i nogle tilfælde er målet, at borgeren med støtte fra medarbejderne selv kommer til at klare dele af den personlige hygiejne, mens der fortsat ydes hjælp til andre dele samt praktiske opgaver i hjemmet. I den modsatte ende er der de borgere, der, som følge af fx et uheld, er afhængige af hjælp i en periode. De kan opnå en sådan forbedring i deres helbred og funktionsevne – dels gennem en spontan forbedring, dels gennem støtte fra medarbejdere og hjælpemidler – at de bliver helt selvhjulpne igen. I den "lette" ende er endvidere borgere, der har brug for anvisninger eller hjælpemidler til støttestrømper, og som efter kort tid klarer sig selv.

Selv om hverdagsrehabilitering er mange ting, fravælger kommunerne en del borgere, fordi de vurderes ikke at være egnede til at deltage i hverdagsrehabilitering. Vi ved ikke, hvor stor gruppen "ikke-egnede" er, men det tyder på, at der er tale om mennesker med psyki-

ske problemer, misbrug, kognitiv nedsat funktionsevne o.l. Når hele idéen med hverdagsrehabiliteringen er, at den tager udgangspunkt i borgerens behov og er en fleksibel og individuelt tilrettelagt indsats, hvorfor bliver så nogle ældre afgrænset udenfor – måske ældre, som virkelig kunne få udbytte af indsatsen fx i form af bedre livskvalitet og autonomi? Der kan være flere grunde til denne type 'creaming', hvor man inddrager dem, hvor man kan dokumentere størst effekt, eller hvor man kan få mest for pengene i forhold til begrænsede, økonomiske og faglige ressourcer i kommunerne. Det kan også spille en rolle, at arbejdet med borgerne med mest rehabiliteringspotentiale giver medarbejderne mere faglig tilfredsstillelse og større engagement til hverdagsrehabilitering, når de kan se fremskridt hos borgerne. I relation til 'creaming' så synes vores materiale at vise, at det er et (særligt) segment af modtagere af/ansøgere om hjemmehjælp, som tilbydes hverdagsrehabilitering: De allerfleste havde været indlagt på sygehus. Det kan imidlertid tænkes, at de ovennævnte skrøbelige grupper også findes blandt indlagte, men at de ikke efterfølgende bliver tilbudt hverdagsrehabilitering.

### 9.3 Oplevelsen af helhedsperspektiv i hverdagsrehabilitering

I lovforslaget om rehabiliteringsforløb fremhæves et helhedsperspektiv. Hverdagsrehabilitering har for ældre borgere i denne undersøgelse hovedsageligt bestået i, at borgerne gennem støtte og vejledning fra kommunens medarbejdere eller ved hjælp af hjælpemidler udfører aktiviteter i hverdagen og herigennem styrker deres færdigheder til at udføre aktiviteterne selv. Kommunernes fokus er, at borgerne styrker deres selvhjulpener i aktiviteter, som kommunerne visiterer ydelser til, hvilket vil sige praktisk bistand i hjemmet og personlig pleje. Borgerne giver dog også eksempler på, at medarbejdere træner deres mobilitet ved at gå ture med dem, hvilket kan styrke borgernes mulighed for at komme omkring i lokalområdet og at bevare sociale kontakter.

I alle tre kommuner angives, at visitationen er opmærksom på, om borgere, der henvender sig, har brug for tilbud ud over praktisk hjælp eller personlig pleje. Det kan fx være et behov for at deltage i aktiviteter uden for hjemmet. En indsats i forhold til et eventuelt behov for psykisk støtte har ikke været et tema under fokusgruppeinterview med medarbejdere.

Interviewene af de ældre borgere giver næppe et dækkende billede af, hvilke temaer der har været berørt under visitationssamtalen, og vi kan derfor ikke bedømme, i hvilken udstrækning borgernes sociale og psykiske situation har været drøftet dér.

De interviewede ældre befandt sig på interviewtidspunktet i forskellige situationer med hensyn til deltagelse i sociale aktiviteter. Nogle var kommet så vidt, at de havde genoptaget tidligere aktiviteter. Flere af de interviewede ældre var i en situation, hvor deltagelse i arrangementer eller aktiviteter uden for hjemmet ikke var en aktuel mulighed på grund af borgerens helbred. Der var imidlertid også ældre, som nævnte aktiviteter, de gerne ville deltage i (igen). De interviewede ældre synes først og fremmest at tænke på, at de skulle komme så meget til kræfter og forbedre deres mobilitet, så det kunne lade sig gøre at komme omkring. Der er eksempler på borgere, hvor det at kunne komme omkring betød så meget for dem, at de havde ofret et betydeligt beløb på at anskaffe sig en el-scooter.

Vi er ikke stødt på borgere, som har tilkendegivet, at de har søgt kommunen om hjælp til at deltage i sociale aktiviteter eller at kunne være mere sammen med andre mennesker. Hovedparten havde da også kontakt med familie, venner/veninder og/eller naboer, og ingen af de interviewede gav udtryk for, at de savnede en sådan hjælp fra kommunen, selv om nogen savnede kontakten med hjemmeplejens medarbejdere. Mange har sikkert også den opfattelse, at det ikke er kommunens ansvar at yde hjælp til dette (fx Colmorten et al. 2003). De interviewede borgeres kontakt med kommunen er endvidere forårsaget af et

behov for hjælp til personlig pleje og/eller praktiske opgaver i hjemmet, og deres fokus i hverdagsrehabiliteringen har været at forbedre funktionsevnen i disse aktiviteter. Sammen med borgernes mobilitet har medarbejdere i forløbet også haft fokus på dette.

Hverdagsrehabilitering er altså først og fremmest et tilbud til borgerne om støtte til at blive mest mulig selvhjulpne i daglige aktiviteter og dermed at være uafhængig af hjælp fra kommunen.

## 9.4 Ønsker og forventninger til at være selvhjulpne

Borgernes perspektiv på hjælp og uafhængighed knytter sig meget til deres helbred og til perspektiverne for forbedringer i helbred og fysisk funktionsevne. Denne og tidligere undersøgelser (fx Hansen et al. 2002; Colmorton et al. 2003; Monrad 2010; Tonnesen et al. 2012) peger på, at ældre generelt har et ønske om at være selvhjulpne og at være uafhængige af hjælp i daglige aktiviteter. Dette ønske synes ikke at gøre sig mere eller mindre gældende hos borgere med en bestemt social baggrund i form af uddannelse eller tidligere erhverv. Når det drejer sig om at forebygge sygdom og tidlige funktionstab, er det erfaringen, at borgere med en længerevarende uddannelse i højere grad end borgere uden eller med en kort uddannelse har en forståelse for det gavnlige i at tillægge sig sunde vaner (Diderichsen et al. 2011). Denne mekanisme synes ikke at gøre sig gældende, når det drejer sig om at søge at genvinde færdigheder til at udføre daglige aktiviteter.

Borgere i denne undersøgelse, der har været ude for en akut begivenhed i form af pludseligt opstået sygdom eller forværring i sygdom, knoglebrud ved fald eller andet uheld eller en operation, havde et ønske om igen at klare de aktiviteter, som de selv udførte før den akutte begivenhed. Det kan enten være at blive helt selvhjulpne igen, eller hvis man havde hjælp i forvejen, at komme tilbage på niveauet for hjælp før forværringen af deres situation.

Ældre borgere, som har været udsat for en gradvis forværring i helbred og reduktion i funktionsevne, har i bund og grund også et ønske om at være selvhjulpne, men de har for sig selv erkendt, at dette ikke er en realistisk mulighed (Glendinning et al. 2010). De har tilpasset deres forventninger til sygdom og svækkelse (jf. Baltés & Baltés 1990). Nogle kan gennem hverdagsrehabilitering komme til at klare nogle aktiviteter selv, men de er mere skeptiske over for helt at skulle klare sig uden hjælp.

I vores undersøgelse er der 13 borgere, som ikke får hjælp fra kommunen på interviewtidspunktet efter et kortere eller længere forløb med hverdagsrehabilitering. Nogle er blevet selvhjulpne, mens en ægtefælle i andre tilfælde har overtaget at yde hjælp. I de ni af de 13 tilfælde har borgerne accepteret, at de ikke længere modtager hjælp, enten fordi de vurderer, at de ikke har brug for den, eller fordi hjælpen ikke var tilpasset deres rytme i hverdagen. I de sidste tilfælde havde borgerne selv fundet andre løsninger. I fire tilfælde vurderede borgerne, at de fortsat havde brug for praktisk hjælp. I det ene af disse tilfælde kunne borgeren ikke forlige sig med, at medarbejderne pressede hende til selv at forsøge at klare rengøring, i de øvrige tilfælde har borgernes og kommunens vurdering af behovet været forskelligt. Det er ikke overraskende, at eksemplerne på uoverensstemmelse ved vurdering af behov for hjælp vedrører den praktiske bistand. Også tidligere undersøgelser har vist, at det er mindre vigtigt for borgerne at være uafhængig af hjælp til rengøring end til personlig hygiejne (Hansen et al. 2013; Københavns Kommune og Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet 2014).

Blandt dem, der er ikke længere modtog hjælp fra kommunen, var der borgere, hvor ægtefællen havde overtaget pasning og pleje, fordi hjemmeplejens personale var kommet på

ubejlige tidspunkter, eller fordi ægteparret gerne ville være fri for hjemmeplejens besøg på flere tidspunkter af døgnet. Her er der altså ikke tale om øget selvhjulpethed som resultat af rehabilitering, men om, at hjælp fra en ægtefælle har erstattet kommunens hjælp. Vi har i disse tilfælde sporet bekymring hos borgerne for, om der bliver lagt en så stor byrde på den raske ægtefælle, at det kan blive en svær belastning. Flere undersøgelser viser da også, at omsorgsforpligtelser kan have negative konsekvenser for en ægtefælle (se fx Barbosa & Matos 2014).

I vores materiale er der ingen borgere, som i forvejen fik hjælp fra kommunen, men som er blevet henvist til hverdagsrehabilitering, fordi de af kommunens medarbejdere er blevet bedømt til at have et potentiale for at kunne komme til at klare flere aktiviteter selv. Tidligere undersøgelser (fx Glendinning et al. 2010; Hansen et al. 2013; Københavns Kommune 2012; Kjellberg et al. 2011, Aarhus Kommune 2011; Varde Kommune 2011) har vist, at denne gruppe borgere, som ikke selv har oplevet forandringer i deres situation, kan finde det mindre meningsfuldt at skulle træne til at klare flere aktiviteter selv. De har fundet sig tilrette i en hverdag, hvor de har vænnet sig til hjælp til bestemte opgaver og til kontakten med medarbejderne. Der er dog undersøgelser, som viser, at der i denne gruppe også vil være borgere, som med den rette tilgang sætter pris på et tilbud om hverdagsrehabilitering (Glendinning et al. 2010, Kjellberg et al. 2011, Kjellberg et al. 2013b).

I lovforslaget om et rehabiliteringsforløb til personer med nedsat funktionsevne anføres, at borgere, som i forvejen får hjælp, ved en revurdering af behovet for hjælp skal tilbydes et rehabiliteringsforløb, hvis de vurderes til at have et rehabiliteringspotentiale. Tidligere undersøgelser (fx Hansen et al. 2013, Københavns Kommune 2012, Aarhus Kommune 2011, Varde Kommune 2011) har vist, at mange i denne gruppe har tilpasset sig en situation, hvor de modtager hjælp, og de har derfor vanskeligt ved at se det meningsfulde i, at skulle klare sig uden hjælp. De vil snarere opfatte et tilbud om hverdagsrehabilitering som en måde, hvor kommunen kan spare nogle udgifter.

Vores undersøgelse peger på, at der er forskel i borgernes opfattelse af, hvornår det er rimeligt at modtage hjælp. De fleste tilkendegiver, at hvis man selv kan, skal man ikke bede kommunen om hjælp. Der er borgere, som udtrykker besvær med at udføre forskellige praktiske aktiviteter, som også er tidskrævende for dem, men de lægger alligevel vægt på at udføre dem selv. Der er imidlertid også eksempler på borgere i samme situation, som, når de tager deres helbred og/eller alder i betragtning, finder det rimeligt, at de får hjælp til rengøringsopgaver. Dette illustrerer, at der er forskel på, hvor stor vægt borgerne tillægger selv at udføre praktiske aktiviteter i hjemmet, og at tærsklen for, hvornår man synes, at man har brug for hjælp er forskellig. Der er i undersøgelsen ikke borgere, som angav, at de fik hjælp til personlig hygiejne, selv om de vurderede, at de egentlig godt selv kunne klare den.

## 9.5 Oplevelse af inddragelse ved visitation og fastsættelse af mål

I litteraturen betragtes det som en generel forudsætning for at opnå et godt resultat af et rehabiliteringsforløb, at deltagerne har et mål med at indgå i forløbet, og at målsætninger udformes sammen med deltagerne (fx Center for Kliniske Retningslinjer 2013; Zetterberg & Hagby 2011; Andersen 2008; Karlsson 2006; Christiansen 2005). Det er som nævnt i kapitel 1 også en forudsætning i lovforslaget om hverdagsrehabilitering. Det fremgår endvidere af bemærkningerne til lovforslaget, at kommunen ikke kan afvise at yde hjemmehjælp alene med henvisning til, at borgeren modsætter sig at deltage i et rehabiliteringsforløb.

I de tre kommuner er praksis ifølge udsagn fra medarbejdere under fokusgruppeinterview, at hvis en borger af visitator vurderes at være berettiget til hjælp, så bliver vedkommende ikke afvist, selv om de udtrykker modvilje mod at indgå i hverdagsrehabilitering. Det er efterfølgende medarbejderne i hverdagsrehabiliteringen, der har til opgave at søge at motivere borgerne til at opnå en bedre funktionsevne, hvis der vurderes at være et potentiale for det. Borgerne får imidlertid under alle omstændigheder hjælp, og de kan altså ifølge kommunerne i disse tilfælde sige fra over for tilbuddet om hverdagsrehabilitering.

Som nævnt i afsnit 9.2 kan visitator i nogle tilfælde være i tvivl om behovet for hjælp, og henviser derfor til en nærmere vurdering, hvor fx en terapeut observerer, hvordan borgeren udfører forskellige aktiviteter i hjemmet. Kommunerne forudsætter således, at borgerne samarbejder om, at en sådan vurdering gennemføres. Hvis dette ikke er tilfældet, får borgeren ikke tilbudt hjælp. Kommunerne i undersøgelsen har ingen talmæssige opgørelser, men det angives at være meget sjældent, at borgerne ikke tager imod kommunens tilbud om hverdagsrehabilitering eller ikke medvirker i en vurdering af funktionsevnen og behovet for hjælp.

Interviewene med ældre tegner det billede, at hverdagsrehabilitering i de tre kommuner ikke er en fast og nøje planlagt størrelse: indsatsens omfang, indhold og periodens længde varierer meget. Da den foregår i hjemmeplejens regi, handler hverdagsrehabilitering om at træne ældre borgere, så de kan blive mest muligt selvhjulpne i daglige aktiviteter; først og fremmest i at kunne klare egen personlig hygiejne og i at blive mere sikker og mobil i gangfunktion. De interviewede ældre giver udtryk for, at de kender den generelle målsætning for støtten, nemlig at man selv skal klare mest muligt, og at man i sidste ende kun er berettiget til at få hjælp til aktiviteter, som man ikke selv kan. Men de giver også udtryk for, at de ikke ved, om der findes en plan eller mål for deres eget hverdagsrehabiliteringsforløb. Formålet og rækkefølgen i forløbet synes dog ofte at være indlysende og giver derfor ikke anledning til kontroverser. Det typiske er – i overensstemmelse med, at indsatsen skal være fleksibel og tilpasset den ældres aktuelle behov – at delmålene, som typisk er relateret til meget konkrete og nære aktiviteter, sættes undervejs i hverdagen i samarbejde med personalet. Der er tegn på, at hvis borgerne oplever fremskridt i deres eget forløb, så tager de mere aktivt initiativer til hjælpens tilrettelæggelse.

Målsætningen har været sværere at forstå og/eller acceptere i de situationer, hvor vurderingen af hjælpens indhold baseres på en konkret afprøvning af, hvad den ældre kan. I disse tilfælde har den ældre på forhånd typisk selv en forventning om at få hjælp til bestemte opgaver som fx at skifte sengelinned eller få hjælp til støvsugning eller gulvvask. Efter principper for hverdagsrehabiliteringen bliver vurdering af hjælpebehov imidlertid suppleret med en konkret vejledning i, hvordan den ældre bedst muligt selv kan klare en del eller hele opgaven. Dette opleves ofte som manglende tillid til borgernes egen vurdering eller manglende respekt for borgernes synspunkter.

Tidligere undersøgelser (fx Glendinning et al. 2010; Hansen et al. 2013) har peget på, at ældre borgere, kort tid efter at de har været udsat for akut sygdom, eventuel med sygehusindlæggelse, kan have vanskeligt ved at overskue deres situation og tage stilling til mulighederne for at kunne komme til at klare flere aktiviteter selv. Det betyder, at det kan være vanskeligt i denne fase at inddrage borgerne i at formulere mål for hverdagsrehabilitering.

Som nævnt er det overordnede mål for hverdagsrehabilitering, at ældre opnår at blive mere selvhjulpne. "Selvhjulpen" betyder ifølge den danske ordbog, "som er i stand til at klare sig selv uden andres hjælp". I forbindelse med hverdagsrehabilitering kan der snarere tales om forskellige grader af selvhjulpenhed. Derfor er det svært at stille kriterier eller standarder for, hvornår en borger anses for at være selvhjulpen, altså klarer sig selv uden andres hjælp. Vi kan ikke på basis af vores materiale drage generelle konklusioner om, i hvilken



udstrækning borgerne inddrages ved vurderingen af, hvornår de er selvhjulpne. Vi har både eksempler på, at borgeren selv er indstillet på at være uden hjælp, og at hjælpen er ophørt, selv om borgeren gerne havde bibeholdt kontakten.

## 9.6 Hvornår giver det mening for at deltage i hverdagsrehabilitering?

Som tidligere nævnt har ældre borgere generelt et ønske om at kunne klare sig selv og være uafhængige af hjælp. Det synes også at være en grundlæggende holdning blandt de interviewede borgere, at når man kan, så skal man klare sig selv. Dette bidrager til at gøre det meningsfuldt for borgerne at forsøge at genvinde mistede færdigheder, når man har været ude for en begivenhed, der har nedsat funktionsevnen i daglige aktiviteter. Et gennemgående argument blandt borgerne for at være selvhjulpne er, at det giver en frihed til selv at tilrettelægge rytmen i dagligdagen. Der blev også argumenteret med, at det ikke er rimeligt at belaste kommunens økonomi, hvis der ikke er brug for det, og nogle vil ikke være til besvær. Man kan vel sige, at ønsket om at klare mest muligt selv er en kombination af at kunne fortsætte en tilværelse så tæt som muligt på den, man har været vant til, og en tilpasning til omgivelsernes (samfundets) forventninger til, at borgerne er selvhjulpne. Ønsket om at kunne genoptage tidligere aktiviteter i og omkring boligen eller i nærområdet er endvidere en drivkraft til at søge at forbedre mobiliteten.

Hvis borgerne vurderer, at helbred og de fysiske ressourcer ikke giver mulighed for det, har det for de interviewede ældre ikke været meningsfuldt at forsøge at blive mere selvhjulpne. Det er fx tilfældet, hvor funktionsnedsættelsen skyldes en fremadskridende sygdom eller kroniske tilstande, hvor der er begrænset udsigt til forbedringer. Helbredsproblemer kan endvidere i kombination med en fremskreden alder begrænse troen på muligheder for forbedringer.

Der er i undersøgelsen borgere på op til 92 år, som søger at blive helt eller delvis uafhængige af hjælp, og undersøgelsen peger således ikke på, at alder i sig selv har betydning for deltagelse i hverdagsrehabilitering (jf. også Hansen et al. 2013). Der er i vores undersøgelse ikke ældre, som med henvisning alene til deres alder, ser stort på at være uafhængig af hjælp i daglige aktiviteter og derfor ikke finder det meningsfuldt at søge at genvinde en funktionsevne til at udføre dem. Når der er undersøgelser, som peger på, at ældre med nedsat funktionsevne sætter pris på fred og ro (fx Townsend et al. 2006), drejer det sig ofte om, at de finder tilfredshed ved en hverdag, som ikke hele tiden stiller krav til dem om at være aktiv. Vores undersøgelse peger på, at dette næppe kan overføres til også at gælde varetagelse af egen personlig hygiejne.

Borgernes samspil med de kommunale medarbejdere kan ud fra borgernes tilkendegivelser både bidrage til at styrke borgernes bestræbelser på at forbedre evnen til at klare aktiviteter selv, men også at hæmme disse bestræbelser. De ældre borgere i undersøgelsen peger på, at en positiv indstilling og godt humør blandt medarbejderne kan give dem mod til at komme over konsekvenserne af den akutte sygdom eller det uheld, de har været ude for. Endvidere kan tilskyndelser og ros fra medarbejderne bidrage til, at borgere fortsat bestræber sig på at udføre forskellige aktiviteter. Endelig er der borgere, som tilkendegiver, at medarbejdere har givet god vejledning til, hvordan borgerne har kunnet udføre forskellige aktiviteter på trods af en funktionsnedsættelse.

Der er imidlertid også borgere, som oplever, at medarbejdernes adfærd har virket demotiverende for borgernes indsats. Der er borgere, som har oplevet, at der er medarbejdere, som har presset dem for meget til selv at forsøge at udføre forskellige aktiviteter. Der er

endvidere borgere, der har oplevet det som provokerende, at medarbejderne mere eller mindre konstant overvåger, hvad de selv kan, og om der sker forbedringer. Medarbejderne har i disse tilfælde ikke fået sat sig tilstrækkeligt ind i borgerens situation og får derved fremprovokeret en vis modstand hos borgeren.

Der er borgere med et begrænset socialt netværk, som sætter pris på den sociale relation til medarbejderne og på trygheden ved, at der kommer nogen i hjemmet og holder lidt øje med dem. De udtrykker bekymring ved, at besøgene ophører, når kommunen vurderer, at de ikke længere har brug for hjælp (jf. fx også Glendinning et al. 2010). Besøgene af de kommunale medarbejdere bidrager således til disse borgeres tryghed.

Samproduktion mellem borgeren og det offentlige indebærer, at borgeren er en aktiv og deltagende part, og er blevet kritiseret for at bidrage til at skabe større ulighed, fordi mere velhavende kan få mere ud af samproduktion end mindre velhavende (Sloth-Egholm 2011). Undersøgelsen peger ikke på, at social baggrund i form af uddannelse eller tidligere erhverv har nævneværdig betydning for ældre borgeres deltagelse i hverdagsrehabilitering. Det er således meningsfuldt for de fleste uanset social baggrund at blive mest mulig selvhjulpne ved udførelsen af personlig hygiejne. Eksemplerne, hvor borgerne er kritiske over for hverdagsrehabilitering og samarbejdet med de kommunale medarbejdere, knytter sig ikke til borgere med en bestemt social baggrund. Undersøgelsen kan heller ikke påvise sociale forskelle med hensyn til, hvornår borgerne finder det rimeligt at bede kommunen om hjælp.

Blandt svækkede ældre borgere, som har en rask ægtefælle, har hjælp og støtte fra ægtefællen haft stor betydning for de svækkede ældres mestring af sygdom og nedsat funktionsevne. Andre pårørende i form af familie, venner/veninder og naboer har desuden på forskellig vis ydet hjælp og støtte i forbindelse med de ældre borgeres sygdom og funktionsnedsættelse. Denne hjælp og støtte har haft en positiv betydning for, at borgerne har kunnet håndtere den situation, de er kommet i, samt bruge kræfter på helt eller delvist at genvinde deres funktionsevne.

## 9.7 Krav og forventninger til ældre i hverdagsrehabilitering

Kernen i hverdagsrehabilitering er, at ældre borgere forventes at arbejde hen imod at blive selvhjulpne "i deres eget liv" (Kjellberg et al. 2013a). I vores materiale er det typiske udgangspunkt for indsatsen, at borgerne er kommet hjem fra sygehus til en hverdag, som de ikke kan klare uden hjælp. Det er en ny og noget paradoksal situation for dem på én og samme tid at få en fagpersons ord for, at de har behov for at få hjælp, og at møde en aktiverende indsats. De er påvirket af sygdommen og befinder sig i en sårbar situation – ikke alene fysisk. Flere fortæller i interviewene også om følelsesmæssige reaktioner, som de har haft på grund af forskellige begrænsninger i at klare dagligdagens gøremål og mere generelt på grund af tab af autonomi.

Hovedparten af de ældre borgere i vores materiale følger personalets anvisninger og forsøger dermed at indfri de forventninger om rehabiliteringspotentiale, som stilles til dem. Flere af de interviewede ældre oplever praktisk relevans af de færdigheder, som de igen kommer til at beherske, og de er glade for at blive mere uafhængige i deres hverdag. Det giver tilfredshed og er i overensstemmelse med ældres generelle ønske om at kunne leve det liv, som de havde, inden sygdommen indtraf.

De interviewede ældre lægger generelt vægt på, at deres egen indsats – egne bestræbelser på at træne – og deres positive indstilling over for personalet er af stor betydning for, at relationen med personalet bliver konstruktiv og gensidig. Den "gode" ældre borger i hver-

dagsrehabilitering er således imødekommende og parat til at gøre en indsats for til gengæld at få ros fra personalet. En anden variant af borgernes relation til personalet synes at være præget af taknemmelighed ved overhovedet at modtage hjælp, nøjsomhed og samtidig accept af at klare mest muligt selv.

Der er imidlertid også blandt de interviewende ældre borgere, som har andre oplevelser af deres deltagelse i hverdagsrehabilitering. Indsatsen går ud på, at de skal præstere forskellige aktiviteter, selv om det ofte er besværligt og langsomt for dem samt kræver både kræfter og tålmodighed. Nogle beskriver, at det i denne situation, hvor de ikke selv kan det, de gerne ville, føles som ubehageligt, at de af personalet konstant bliver vurderet og opfordret til at gøre mere. Forventningen om, at de hele tiden skal blive bedre og kunne mere, oplever de som et pres. Konsekvensen kan være, at den ældre oplever utilstrækkelighed: at han eller hun ikke i systemets øjne fremstår som eller opfylder idealet om en ansvarlig og værdig borger.

Det, at hjælpen er bevilliget midlertidig, er et grundvilkår i hverdagsrehabilitering i de tre kommuner. Hverdagsrehabilitering er en midlertidig ydelse, men samtidig uden regler om en bestemt varighed eller kriterier for, hvornår rehabiliteringsmålet er opnået. I mange tilfælde handler hverdagsrehabilitering om at støtte den ældre borger til igen at være i stand til at klare egen personlig hygiejne, og det viser sig at være af stor værdi for dem. Men når dette mål er nået, er det ikke altid klart for borgerne, hvad der eventuelt følger derefter. Nogle har oplevet, at det næste træningsområde er selv at kunne udføre dele af eller hele rengøringen. Der er ældre, som i interviewene udtrykker bekymring for, hvad der sker med hjælpen, og at systemet vil "af med dem". Den vedvarende observation af borgernes funktionsevne i daglige aktiviteter og tilskyndelse til at selv at forsøge sig med at udføre "nye" aktiviteter giver en usikkerhed om, hvilken hjælp man kan regne med fra kommunens side.

Denne undersøgelse af ældre borgeres oplevelse af hverdagsrehabilitering synes at rejse spørgsmål som: Hvad indeholder tilbuddet om hverdagsrehabilitering, og hvad har ældre borgere mulighed for at få støtte til? Hvad forpligter ældre borgere sig til, når de deltager i hverdagsrehabilitering? Ældre borgere skal jo i princippet gøre den hjælp og pleje, de modtager, overflødig. Hvordan udfases et hverdagsrehabiliteringsforløb, så det ikke efterlader ældre borgere i en situation, hvor de føler sig utrygge i deres dagligdag? Utryghed kan på sigt modvirke intentionerne med hverdagsrehabilitering: at borgerne kan klare sig uden hjælp.

## 9.8 Hovedpunkter og konklusion

Sigtet med denne undersøgelse har været at opnå en øget viden om ældre borgeres perspektiv på at deltage i hverdagsrehabilitering, og de ældre i undersøgelsen har været bredt sammensat med hensyn til demografiske karakteristika og social baggrund i form af tidligere erhverv og uddannelse. Hovedparten af de 35 ældre borgere i undersøgelsen var blevet henvist til hverdagsrehabilitering, efter at de havde været udsat for akut opstået sygdom, et uheld eller en planlagt operation. Der indgår i undersøgelsen et mindre antal borgere med en gradvis fremadskridende sygdom og funktionsnedsættelse, hvor der var begrænset udsigt til fuldt ud at genvinde den tabte funktionsevne. Ingen af de interviewede borgere var borgere, som i forvejen fik hjælp, og hvis situation var uforandret, men som var blevet henvist til hverdagsrehabilitering på baggrund af en ny vurdering af mulighederne for rehabilitering. Sidstnævnte gruppes oplevelser af et tilbud om hverdagsrehabilitering kan denne undersøgelse således ikke bidrage med.

Denne undersøgelse viser, at hverdagsrehabilitering er mange ting og kan dermed opfattes som et meningsfuldt tilbud for ældre borgere med forskellige ressourcer og behov. Det synes at være en grundlæggende holdning blandt de interviewede borgere, at når man kan, så skal man klare sig selv. Dette bidrager til at gøre det meningsfuldt for borgerne at forsøge at genvinde mistede færdigheder, når man har været ude for en begivenhed, der har nedsat funktionsevnen i daglige aktiviteter.

Hovedparten af de ældre borgere i vores materiale følger personalets anvisninger og forsøger dermed at indfri de forventninger om rehabiliteringspotentiale, som stilles til dem. Flere af de interviewede ældre oplever praktisk relevans af de færdigheder, som de igen kommer til at beherske, og de er glade for at blive mere uafhængige i deres hverdag. Der er imidlertid også borgere, som oplever det som frustrerende vedvarende at blive udsat for en tilskyndelse fra medarbejdere til at forsøge selv at klare daglige aktiviteter. Det er således en udfordring for medarbejderne i forløbet i samspil med borgerne at finde balancen mellem at tilskynde til selvhjulpne og at yde den fornødne støtte til at udføre de daglige aktiviteter. Det handler i mange tilfælde om, at medarbejderne indlever sig i og udviser empati for borgeren og på denne måde bidrager til at opbygge en frugtbar og tillidsfuld relation.

De interviewede ældre giver udtryk for, at de kender den generelle målsætning for støtten, nemlig at komme til at klare mest muligt selv. Men de giver også udtryk for, at de ikke ved, om der findes en plan eller mål for deres eget hverdagsrehabiliteringsforløb. Formålet og rækkefølgen i forløbet synes dog ofte at være indlysende og giver derfor ikke anledning til større kontroverser. Det er således i flere tilfælde uproblematisk for borgerne, at de ikke kender til en plan for rehabiliteringsforløbet. Der er imidlertid også borgere, der udtrykker bekymring for, hvilken hjælp de kan regne med fremover, fordi de ikke kender til de konkrete mål.

I lovforslaget om rehabiliteringsforløb fremhæves et helhedsperspektiv. Såvel medarbejderne som borgerne i hverdagsrehabilitering i undersøgelsen har haft fokus på, at borgerne bliver mere selvhjulpne i udførelsen af daglige aktiviteter, herunder at forbedre mobiliteten. Set fra borgernes side kan dette forekomme naturligt, da de har fået kontakt med kommunen på grund af et behov for hjælp til aktiviteter i hverdagen og næppe tænker på hjælp fra kommunen til fx at deltage i sociale aktiviteter. Der er imidlertid eksempler på, at borgere har fået støtte til at træne i at komme omkring i nærmiljøet, og der er eksempler på borgere, som har savnet sociale kontakter. Som forudsat i lovforslaget om rehabiliterings-tilbud kan der altså være grund til at være opmærksomhed på borgernes behov for støtte på grund af nedsat psykisk og social funktionsevne.

I undersøgelsen er der borgere med et begrænset socialt netværk, som sætter pris på den sociale relation til medarbejderne, og for hvem besøgene fra de kommunale medarbejdere er tryghedsskabende. Hvis der er borgere, som kommunen vurderer ikke længere er berettiget til hjælp, men som ikke er helt trygge ved at være overladt til sig selv, er der således brug for at etablere alternative tryghedsskabende tilbud.

Som i tidligere undersøgelser peger ældre borgere i denne undersøgelse på, at en positiv indstilling og godt humør blandt medarbejderne kan give dem mod til at komme over konsekvenserne af den akutte sygdom eller det uheld, de har været ude for. Endvidere kan tilskyndelser og ros fra medarbejderne bidrage til, at borgere fortsat bestræber sig på at udføre forskellige aktiviteter. Endelig er der borgere, som tilkendegiver, at medarbejdere har givet god vejledning til, hvordan borgerne har kunnet udføre forskellige aktiviteter på trods af en funktionsnedsættelse.

Der er borgere, som oplever det som ydmygende og som manglende respekt, at medarbejdere skal vurdere, hvad de selv kan klare ved at observere, at borgerne udfører aktiviteterne. Når der er behov for en sådan udvidet bedømmelse ved visitation, må den således udføres på en måde, så borgeren bevarer sin værdighed og har forståelse for fremgangsmåden.

Nogle borgere oplever, at kommunens medarbejdere konstant overvåger, hvad borgerne selv kan klare, eller hvad de måske selv kan klare. Det bidrager til at skabe en utryghed med borgeren med hensyn til, hvilken hjælp man kan regne med på kort og længere sigt. Mange ældre borgere, som har besvær med at udføre daglige aktiviteter, har således brug for vished om, hvilken hjælp de har i morgen, i næste uge og i næste måned.

Endelig er der borgere i hverdagsrehabilitering, som ophører med at få hjælp fra kommunen, fordi en rask ægtefælle overtager opgaven med at yde hjælp til personlig hygiejne, forflytning o.l. Det er her et spørgsmål om at være opmærksom på et behov for støtte og aflastning af den raske ægtefælle, så denne ikke bliver overbelastet.

# Litteratur

- Aarhus Kommune (2011): *Grib hverdagen. Midtvejsevaluering*. Aarhus: Aarhus Kommune.
- Andersen, B.L. (2008): *Undersøgelse af rehabiliteringsindsatsen hos ældre borgere i eget hjem med henblik på at fremme og fastholde funktionsevne*. Master i rehabilitering 2006. Syddansk Universitet.
- Abu-Bader, S.H., A. Rogers & A.S. Barusch (2003): Predictors of Life Satisfaction in Frail Elderly. *Journal of Gerontological Social Work*, 38(3): 3-17.
- Baltes, P.B. & M.M. Baltes (1990): Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation, I P.B. Baltes & M.M. Baltes (red.): *Successful ageing. Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1994): Self-efficacy. I: V.S. Ramachaudran (ed.): *Encyclopedia of Human Behaviour*, 4: 71-81. New York: Academic Press.
- Barbosa, F. & A.D. Matos (2014): Informal support in Portugal by individuals aged 50+. *European Journal of Ageing*, 11: 293-300.
- Boudiny K (2013): 'Active ageing': from empty rhetoric to effective policy tool. *Ageing & Society*, 33(6): 1077-1098.
- Center for Kliniske Retningslinjer (2013): Klinisk retningslinje om systematisk anvendt målsætning i rehabilitering til borgere +65 år, med behov for hjælp til personlig pleje og/eller praktisk hjælp i hverdagen.
- Christiansen, C.H. (2005): Functional Evaluation and Management of Self-care and other Activities of Daily Living. I: *Physical Medicine and Rehabilitation: principles and practice*, 4'Th edn, vol. 1. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Clark, D.O. & F. Nothwehr (1999): Exercise Self-Efficacy and Its Correlates Among Socio-economically Disadvantaged Older Adults. *Health Education and Behavior*, 26(4): 535-546.
- Colmorten, E., E.B. Hansen, S. Pedersen, M. Platz & B. Rønnow (2003): *Den ældre har brug for hjælp. Hvem bør træde til?* København: AKF Forlaget.
- Daatland, S.O. & P.E. Solem (2000): *Aldring og samfunn. En innføring i sosialgerontologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Diderichsen, F., I. Andersen & C. Manuel (2011): *Ulighed i sundhed – årsager og indsatser*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion (2012): *The EU Contribution to Active Ageing and Solidarity between Generations*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Hentet 12. september 2013 fra <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=6920&visible=1>
- Frederikssund Kommune (2012): *Evaluering af Projekt Hverdagsrehabilitering*. Frederikssund: Frederikssund Kommune.
- Glendinning, C., K. Jones, K. Baxter, P. Rabbie, L.A. Curtis, A. Wilde, H. Arksey & J.E. Forder (2010): *Home Care Re-ablement Services: Investigating the longer-term impacts*

(*prospective longitudinal study*). (Working Paper No. DHR 2438). York: Social Policy Research Unit.

Gobbens, R.J.J., K.G. Luijck & M.A.L.M. van Assen (2013): Explaining quality of life of older people in the Netherlands using a multidimensional assessment of frailty. *Quality of Life Research*, 22:2051-2061.

Grøn, L. & C.R. Andersen (2014): *Sårbarhed og handlekraft i alderdommen. Et etnografisk feltarbejde blandt fagpersoner og ældre i Horsens og omegn*. København: KORA.

Hall, A.M, P.H. Ferreira, C.G. Maher, J. Latimer & M.L.Ferreira (2010): The Influence of the Therapist-Patient Relationship on Treatment Outcome in Physical Rehabilitation: A Systematic Review. *Physical Therapy*, 90(8): 1-12.

Hansen, E.B. (2015): *Ældres deltagelse i hverdagsrehabilitering – muligheder og udfordringer*. Notat. København: KORA.

Hansen, E.B., J. Kjellberg, L. Eskelinen, R. Ibsen & T. Fuglsang (2013): *Målgruppen for rehabilitering til hverdagens aktiviteter. Hvad karakteriserer målgruppe, og hvad motiverer til rehabilitering?* Odense: Socialstyrelsen.

Hansen, E.B., L. Milkær, C.E. Swane, C.L. Iversen & B. Rimdal (2002): *Mange bække små... om hjælp til svækkede ældre*. København: FOKUS.

Johannesen, A. (2006): *Svækket – men stærk. Hverdagsliv for 85- og 90-årige som mestre fysisk svækkelse*. Skriftserien fra Gerontologisk Institut nr. 10. Hellerup: Gerontologisk Institut.

Karlsson, C. (2006): *Äldres upplevelser av rehabilitering i hemmet*. Göteborg: FoU i väst.

Kjellberg, P.K. (2012): *Træning som Hjælp*. København: KORA.

Kjellberg, P.K., A. Hauge-Helgestad, M.H. Madsen & S.R. Rasmussen (2013a): Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet. Odense: Socialstyrelsen.

Kjellberg, P.K., R. Ibsen og J. Kjellberg (2011): *Fra pleje og omsorg til rehabilitering - erfaringer fra Fredericia Kommune*. København: DSI.

Kjellberg, P.K., J. Kjellberg, L. E. Navne og R. Ibsen (2013b): *Trænende hjemmehjælp i Fredericia Kommune. Organisations- og økonomievaluering*. København: KORA.

Københavns Kommune (2012): *Evaluering af hverdagsrehabilitering*. København: Københavns Kommune.

Københavns Kommune og Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet (2014): *Hverdagsrehabilitering. Rapport fra en kvalitativ undersøgelse*. København: Københavns Kommune & Københavns Universitet.

Lovforslag nr. L25 af 8. oktober 2014: *Forslag til lov om ændring af lov om social service (Rehabiliteringsforløb og hjemmehjælp mv.)*.

MarselisborgCentret (2004): *Rehabilitering i Danmark. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*. Århus: MarselisborgCentret.

McAuley, E., G.J. Jerome, D.X. Marquez & S. Elavsky (2003): Exercise Self-Efficacy in Older Adults: Social, Affective and Behavioral Influences. *Annals of Behavioral Medicine*, 25(1): 1-7.

- Maclean, N. & P. Pound (2000): A critical review of the concept of patient motivation in the literature on physical rehabilitation. *Social Science & Medicine*, 50: 495-506.
- Monrad, M. (2010): Ældres oplevelse af at modtage hjælp. *Dansk Sociologi*, 21(4):9-24.
- Møller, J.E. (2010): Lack of motivation as suffering. *Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund* 13: 89-107.
- Navne, L.E. & P.K. Kjellberg (2013): *Aktiv i din hverdag i Hillerød Kommune. En organisatorisk evaluering*. København: KORA.
- Puggaard, L. (2010): *Ældretræning – i et MTV perspektiv*. Odense: Servicestyrelsen.
- Ojala, T. (1989): *Livskvaliteten i alderdommen*. Åbo: Folkpensionsanstaltens publikationer.
- Rabbie, P. & C. Glendinning (2011): Organisation and delivery of home care reablement: what makes a difference? *Health and Social Care in the Community*, 19(5): 495-503.
- Resnick, B. (1998): Efficacy beliefs in geriatric rehabilitation. *Journal of Gerontological Nursing*, 24(7): 34-44.
- Roskilde Kommune (2012): *Evaluering af indsatsen Hjælp til Selvhjælp i Roskilde Kommune*. Upubliceret notat af 6. juni 2012.
- Sloth-Egholm, A. (2011): *Giver borgernes bestemmelse af mål for rehabiliteringen højere effektivitet i hjemmeplejen?* Masterprojekt. Aarhus Universitet.
- Sniehotta, F.F., U. Scholz & R. Schwarzer (2005): Bridging the intervention-behaviour gap: Planning, self-efficacy, and action control in the adoption and maintenance of physical exercise. *Psychology and Health*, 20(2): 143-160
- Socialstyrelsen (2013): *Evidens for effekten af rehabilitering for ældre med nedsat funktionsevne. Litteraturgennemgang*. Odense: Socialstyrelsen.
- Thomasen, L.S. (2009): *En god alderdom? Aktivisering af svækkede ældre i leve- bomiljø*. Specialerække nr. 517. København: Københavns Universitet.
- Thuesen, J. (2013): *Gammel og svækket i nye omgivelser*. Roskilde: Forskerskolen i Llvslang Læring, Roskilde Universitet.
- Tonnesen, M., J.B. Sørensen & K.N. Henriksen (2012): *Grib hverdagen. Slutevaluering*. Aarhus: Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune.
- Townsend, J., M. Godfrey & T. Denby (2006): Heroines, villains and victims: older people's perception of others. *Ageing & Society*, 26(6): 883-900.
- Tremblay, D.-G. & Rochman J. (2011): *Active Aging: Participatory and Empowering or Responsibilization?* Research Note no 2011-11A. Community-University Research Alliance on work-life articulation over the life-course (CURA-WAROL). Hentet 23. september 2013 fra: <http://benhur.teluq.quebec.ca/SPIP/aruc/IMG/pdf/ARUC-NR11-11A.pdf>.
- Varde Kommune (2011): *Statistik og tendenser for Hverdagsrehabilitering i Frit Valg*. Upubliceret notat af 8.2.2011.
- World Health Organisation (2002): *Active Ageing – A Policy Framework*. Second United Nations World Assembly on Ageing. April 2002, Madrid, Spain. Hentet 23. september 2013 fra: ([http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf), set 23.9.2013)



Zetterberg, A & C. Hagby (2010): Hvordan kan ergoterapeuten fremme brukermedvirkning i rehabiliteringsprocessen? *Ergoterapeuten* 01.11: 1-5.

**Materiale fra de deltagende kommuner:**

*Procedure for rehabilitering.* Hørsholm Kommune.

Hørsholm Kommune og Type2dialog (2013): *Forebyggelse af indlæggelser. Strategi for indsats og kompetenceudvikling.* Hørsholm: Hørsholm Kommune.

Type2dialog (2014): *Aktiv Hverdag. Sundhedsfaglig implementeringsproces. Dokumentation og erfaringer.* Center for Sundhed og Omsorg, Hørsholm Kommune.

Svendborg Kommune (2012): *Statusrapport. Projekt Nye Veje til aktivt liv.* Svendborg Kommune.

Svendborg Kommune (2013): *Evalueringsrapport. Evaluering og anbefalinger. Projekt Nye Veje.* Svendborg Kommune.

Myndighedsafdelingen (2014a): *Rehabilitering i hjemmeplejen. Rehabiliteringsteam. Indsatser i hverdagsrehabilitering.* Svendborg Kommune.

Myndighedsafdelingen (2014b): *Rehabilitering i hjemmeplejen. Tværfagligt team. Tilbud og indsatser i hjemmeplejen.* Svendborg Kommune.

Myndighedsafdelingen (2014c): *Rehabilitering i hjemmeplejen. Arbejdsgange for nye borgere.* Svendborg Kommune.

Myndighedsafdelingen (2014d): *Rehabilitering i hjemmeplejen. Arbejdsgange for kendte borgere.* Svendborg Kommune.

Vejen Kommune (2010): *BASH. Hjælp til at Bevare en Aktiv og Selvstændig Hverdag.* Pjece. Vejen Kommune.

Vejen Kommune: *Funktion og arbejdsgang. BASH – UDE.* August 2014.

Vejen Kommune: *Funktionsbeskrivelse for BASH medarbejdere.* Juni 2014.

Vejen Kommune: *Arbejdsgange for BASH UDE og Hjælpemiddelteamet.* Maj 2014.

Vejen Kommune: *Arbejdsgange Visitation – BASH UDE.* Juli 2014.

Vejen Kommune: *Oversigt over arbejdsfordeling i Vejen Kommunes rehabiliterende indgangsvinkel til borgerne.* Juni 2014.

# Bilag 1 Uddybende beskrivelse af hverdagsrehabilitering i de tre kommuner

I dette bilag gives en uddybende beskrivelse af de overordnede principper for og organisering af hverdagsrehabilitering i de tre kommuner, som har deltaget i undersøgelsen. Heri indgår også, hvad der spiller ind på, om en borger vurderes at have potentiale til at indgå i hverdagsrehabilitering, samt borgernes muligheder for at til- eller fravælge hverdagsrehabilitering. Derudover beskrives, hvilke faser der indgår i et rehabiliteringsforløb, og hvordan arbejdsdeling og samarbejde mellem de involverede personalegrupper foregår. Endelig beskrives, hvordan personalet oplever borgernes reaktion på et tilbud om hverdagsrehabilitering.

Beskrivelserne skal primært ses som baggrundsinformation til at forstå borgernes udsagn om og vurderinger af det tilbud, de har fået af kommunen, da de henvendte sig om praktisk hjælp eller personlig pleje.

Beskrivelsen bygger på skriftligt materiale om hverdagsrehabilitering i de tre kommuner og på fokusgruppelinterview af nøglepersoner i hverdagsrehabilitering (se kapitel 3).

## Hørsholm Kommune

Hverdagsrehabilitering i Hørsholm Kommune er under betegnelsen "Aktiv Hverdag" et led i en større strategi for at forebygge indlæggelser af borgere, der er i kontakt med kommunens hjemmepleje (Hørsholm Kommune og Type2dialog 2013). Formålet med rehabilitering er endvidere angivet til: at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, kognitive og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv (Procedure for rehabilitering, Hørsholm Kommune). I kommunens kvalitetsstandard for personlig pleje og praktisk bistand står der:

*I Hørsholm Kommune arbejdes med "Aktiv Hverdag" og hverdagsrehabilitering. Dette betyder, at der arbejdes på at udvikle, genvinde, bibeholde – alternativt udskyde forringelse af funktioner og evner. Inden for området personlig pleje og praktisk bistand arbejdes ligeledes sundhedsfremmende og forebyggende.*

I hjemmeplejen skelnes mellem at arbejde kompensierende (udføre det borgeren ikke kan), aktiverende (være opmærksom på, at borgeren udfører det, som han/hun kan) og rehabiliterende (borgeren er selv med til at sætte mål for, hvad han/hun ønsker at opnå). Hverdagsrehabilitering i Hørsholm Kommune retter sig primært mod, at borgerne kan blive (mere) selvhjulpne i visiterede ydelser, men der er også borgere, hvor gangfunktionen trænes, og visitationen er opmærksom på mulighederne for sociale kontakter gennem borgernes deltagelse i aktiviteter uden for hjemmet.

I Proceduren for rehabilitering beskrives endvidere, at der sammen med borgeren sættes meningsgivende mål, og at der arbejdes tværfagligt frem mod dette mål. Endvidere beskrives, at der tages udgangspunkt i borgernes ressourcer og muligheder, og at dette gøres ud fra en motiverende og anerkendende tankegang.

### Organisering

Hverdagsrehabilitering er i hjemmeplejen organiseret i tre distrikter i dagtimerne og et distrikt aften/nat. I hvert distrikt inkl. aften er ansat en distriktsterapeut på 30 timer

ugentligt. I Hørsholm Kommune er der ikke et team af social- og sundhedshjælpere/assistenter, som er nøglepersoner til at udføre hverdagsrehabilitering i samarbejde med terapeuterne. I stedet er alle medarbejdere blevet opkvalificeret. I 2013 blev der igangsat uddannelsesforløb for alle medarbejdere i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen, midlertidige pladser samt trænende terapeuter, sagsbehandlende terapeuter og visitatorer. Formålet har været at styrke medarbejdernes viden om rehabilitering, tidlig opsporing og den motiverende samtale. Undervisningen har været bygget op om fem overordnede temaer: Fælles mål, rehabilitering, tidlig opsporing, kommunikation og tværfagligt samarbejde (Hørsholm Kommune og Type2dialog 2013).

I hvert distrikt holdes et eller to ugentlige møder, som distriktsterapeuterne indkalder til og med deltagelse af sygeplejersker, terapeut, visitator, social- og sundhedshjælper, social- og sundhedsassistenter og sagsbehandlende terapeuter efter behov. På møderne drøftes borgere, hvis forløb, på den ene eller anden måde opleves som kompliceret.

*Så har hun [terapeuten] typisk valgt nogle borgere med noget kød på. Det vil sige, hvor der er træningspotentiale. Der er en halv time, hvor man gennemgår en eller to [borgere], og det er så primært de involverede hjælpere og den visitator, der har borgeren – og terapeuten selvfølgelig. (Visitator)*

Distriktsterapeuten deltager derudover i daglige møder med social- og sundhedshjælper i distriktet.

### **Borgerforløb**

Borgere, som henvender sig om praktisk hjælp eller personlig pleje, bedømmes i første omgang af en visitator, som tager stilling til, om borgeren har rehabiliteringspotentiale og skal henvises til distriktsterapeuten. En henvisning af borgere, som i forvejen modtager hjemmepleje, kan også komme fra sagsbehandlende terapeuter, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælper eller trænende terapeuter, hvis de bliver opmærksom på, at en borger måske selv kan klare nogle ting, som de får hjælp til.

*Meget kort fortalt er det sådan, vi opererer: visitator går ud og siger: "Her er brug for en distriktsergoterapeut", som så kommer ud og tager kontakt med borgeren, laver sine undersøgelser, rapporterer tilbage, og så træffer vi afgørelse ud fra det. (Visitator)*

Distriktsterapeuten besøger borgere, som hun har fået henvist, og vurderer borgerens funktionsevne, og der tages stilling til mulighederne for træning og opnåelse af en højere grad af selvhjulpenhed.

*Og når jeg får en henvendelse fra en visitator eller fra en hjemmehjælper eller en social- og sundhedsassistent eller en sygeplejerske, så går jeg ind og kigger på sagen og finder ud af, hvad er det, det her handler om. Så ringer jeg til borgeren og siger, at jeg har fået den her henvendelse og spørger dem, om de er interesserede i det. Og det er de faktisk, de fleste af dem. Og så aftaler jeg en tid eller også aftaler jeg, hvis det er en person i plejen, at jeg kommer dagen efter og ser, hvordan klarer de den der situation, som jeg er blevet sat ud i. Og nogen gange så er det bare en vurdering, hvor jeg går ind og giver nogle gode råd og vejledning. Hvis der er brug for træning, så går jeg ind og laver et træningsforløb. (Distriktsterapeut)*

Såfremt der er potentiale for hverdagsrehabilitering og hjemmeplejen kan varetage en del af træningen, gives der besked til visitator om, hvilken indsats og hvor meget tid der skal

anvendes (Procedure for rehabilitering). Når der er behov for det, får borgerne tildelt den fornødne hjælp og pleje, mens vurdering og træning foregår.

Ifølge Procedure for rehabilitering instrueres hjemmeplejen (social- og sundhedshjælper) i træning af borgeren og træner herefter indsatsen under løbende supervision af terapeuten. Træningen kan dog eventuelt varetages af terapeuten. Private leverandører deltager ikke i hverdagsrehabilitering.

Som nævnt ovenfor kan en sagsbehandlende terapeut deltage i de ugentlige tværfaglige møder om hverdagsrehabilitering. Kommunen har ingen særlige procedurer for bevilling af hjælpemidler til borgere i hverdagsrehabilitering, men der er angiveligt ikke lange ventetider på at få hjælpemidler.

*Jeg synes, at det kører så hurtigt. Nogle gange ringer man om formiddagen, og så kommer det ud om eftermiddagen. (Social- og sundhedshjælper)*

Distriktsterapeuten afslutter forløbet, når målet er nået, og adviserer visitator, som tager stilling, hvis der er behov for revurdering/justering af hjemmehjælp.

Som nævnt ovenfor er det ved nye henvendelser visitator, der skal tage stilling til, om en borger har potentiale til selv at kunne klare nogle af de aktiviteter, som de søger hjælp til, og derfor skal henvises til hverdagsrehabilitering. Hvis visitator på baggrund af en individuel vurdering, vurderer, at en borger ikke kan trænes til at udføre en aktivitet, eller dele heraf, visiteres til hjælp. Visitator nævner under fokusgruppeinterviewet som eksempler borgere med middelsvær til svær demens eller borgere med apopleksi, som har trænet uger eller måneder, uden at der er sket fremskridt. I disse tilfælde bevilges hjælp, men terapeuten kan alligevel tage ud for at bedømme, om noget kan gøres, så borgeren i nogen udstrækning bliver mere selvhjulpent.

Når borgerne henvender sig om hjælp, er det almindeligvis således, at borgerens funktionsevne først skal vurderes af en distriktsterapeut, og at eventuelt bevilget hjælp i første omgang er midlertidig.

*Man siger, at hvis der er nogen, der søger om fx hjælp til rengøring, så vil vi, medmindre det er en helt oplagt sag, sige: "Du må først vise, hvad der er svært for dig, når du gør rent". Der kan vi komme ud i mange forskellige situationer. Men grundholdningen er, at man skal have besøg af en rehabiliteringsterapeut, før man kan få visiteret rengøringshjælp. Det samme gælder sådan set personlig pleje. (Visitator)*

Princippet er således, at medmindre en sag er oplagt, så skal en borger, der henvender sig om hjælp, vurderes af distriktsterapeuten, inden der kan træffes afgørelse om bevilling eller ikke-bevilling af varig hjælp.

*Men vi gør meget for at møde folk der, hvor de er: at komme hjem hos dem og se, hvad det er, der foregår her, hvor er begrænsningerne, hvor er ressourcerne, og finde dem frem. Der synes jeg vores distriktsterapeuter laver et rigtig godt stykke arbejde. De sætter sig også ned og taler igennem, hvad det er, folk gerne vil kunne, og hvad der forhindrer dem i at kunne det, og så kigger de på det. (Visitator)*

Kommunen får angiveligt ingen klager over afgørelserne, men det medgives også, at det kan være en besværlig procedure at klage over en afgørelse.

Princippet om at blive vurderet af distriktsterapeuten gælder også borgere, som allerede har hjemmepleje, men hvor kommunens medarbejdere er blevet opmærksomme på, at de måske kan udføre nogle flere aktiviteter selv. Det er angiveligt vanskelige situationer at håndtere, og det er ikke altid, at der bliver fulgt op på det.

*Med de borgere, der har været i systemet længe, er det vældig svært at tage hjælpen fra folk, og det gør vi heller ikke som sådan. (Visitor)*

Der nævnes under fokusgruppeinterviewet eksempler på borgere, som siger fra, når de får et tilbud, hvor deres funktionsevne skal vurderes.

*Især toperfarne husmødre. Næsten uanset, hvordan vi præsenterer det. Hvis vi siger, "det kan godt være, du har svært ved at gøre rent, men hvis der nu kommer en med nogle forslag til, hvordan du kan gøre det, så det ikke gør så ondt i din ryg"... skuldre eller hvad det nu måtte være, så kan det være fuldstændig umuligt at komme igennem med det forslag. De siger, "jeg har gjort rent hele mit liv, der skal ikke komme nogen og vise mig, hvordan jeg skal gøre rent. Det klarer jeg selv". Den har vi mødt ofte. (Visitor)*

Interviewdeltagerne udtrykker forståelse for, at borgere, som har gjort meget selv længe, og nu ikke synes, at de kan mere, er modstræbende over for en myndighed, der kommer og siger, "at de skal". En distriktsterapeut oplever dog, at borgere, der har henvendt sig om hjælp til rengøring, fordi de vurderede, at de ikke selv kunne klare det længere, også er modtagelige for råd om, hvordan de nemmere klarer fx rengøring.

De fleste borgere forventer ikke, at de ikke skal have hjælp, når de beder om det, så interviewdeltagerne oplever det som en udfordring, at borgerne skal kende alternativerne til at få hjælp. Selv om vi (forfatterne) kunne finde information om hverdagsrehabilitering på Hørsholm Kommunes hjemmeside, efterspørger interviewdeltagerne, at borgerne bliver informeret mere klart om, hvad hverdagsrehabilitering er.

## Svendborg Kommune

Svendborg Kommune iværksatte i februar 2011 et toårigt rehabiliteringsprojekt med det formål at gøre borgerne mere selvhjulpne og dermed give borgerne en bedre livskvalitet og at skabe en økonomisk gevinst ved, at borgerne har brug for mindre hjælp (Svendborg Kommune 2013). Første fase omhandlede borgere, der henvender sig med et behov for hjælp i hjemmet, og dette tilbud er siden blevet gjort permanent. En anden fase omhandlede borgere i plejecentre, hvilket ikke indgår i denne undersøgelse. En tredje fase omhandlede borgere, der allerede modtager hjælp i hjemmeplejen. Dette projekt var i gang, da denne undersøgelse blev gennemført.

Den grundlæggende idé med hverdagsrehabilitering i Svendborg Kommune er, at de ansatte på ældreområdet arbejder med at finde borgernes ressourcer i forhold til at blive mest muligt selvhjulpne. Borgerne tilbydes hjælp via træning til at klare hverdagen selv og eventuelt hjælpemidler, der kan understøtte dette. Der opstilles mål for borgerne, og der arbejdes med at rehabilitere i stedet for at give pleje som kompenserende hjælp.

Rehabiliteringen retter sig i Svendborg Kommune ikke alene imod visiterede ydelser inden for praktisk hjælp eller personlig pleje, men kan også bestå i at fx at træne en borgers mobilitet, så han eller hun kan deltage i en social aktivitet. Ved visitationen indgår der angiveligt sammenlignet med tidligere en mere helhedsorienteret vurdering af borgernes situation.

## Organisering

Hjemmeplejen er opdelt i to distrikter, Øst og Vest, som igen er opdelt i lokale sektioner med tværfaglige team. Hvert af de to distrikter har et rehabiliteringsteam, som har ansvaret for hverdagsrehabilitering. Teamet består af teamleder, sygeplejersker, hjemmetrænere (social- og sundhedshjælpere med et 10-dages kursus i rehabilitering), hjælpemiddelтерапевт, visitator og rehabiliteringsterapeut. Kernen i teamet udgøres af hjemmetræner, rehabiliteringsterapeut, sygeplejerske og teamleder, som alle arbejder i distriktet, og som har daglige middagsmøder.

Rehabiliteringsteamet har selv en del småhjælpemidler, som de kan bruge, og teamet har en aftale om hurtig levering af hjælpemidler ved behov. Det angives endvidere under fokusgruppeinterviewet at være en fordel ved tildeling af hjælpemidler, at en sagsbehandler-terapeut deltager i regelmæssige møder med rehabiliteringsteamet, hvor et behov for et hjælpemiddel kan afklares. Sagsbehandlerterapeut aflægger endvidere besøg i en borgers hjem, hvis der vurderes behov for det.

Sygeplejerskerne kan træne borgere i fx selv at tage dosispakket medicin, støttestrømper, øjendrypning o.l. Deres rolle i teamet er at sparre ved borgere, hvor der er sundhedsmæssige problemstillinger, og fx ved behov at tage kontakt med borgerens egen læge, gerontopsykiatrisk team eller demenskoordinator.

Myndighedsafdelingen (visitation) træffer afgørelse om, hvorvidt en borger skal henvises til hverdagsrehabilitering. Rehabiliteringsteamets opgave er at vurdere, hvordan et rehabiliteringsforløb skal tilrettelægges. Borgere i en overskuelig situation og med høj mestringsevne skal tilbydes en monofaglig rehabiliterende indsats af hjemmetræner eller anden faggruppe. Borgere i en sammensat situation og/eller med nedsat mestringsevne skal tilbydes en tværfaglig rehabiliterende indsats af hjemmetræner samt terapeut, sygeplejerske og/eller hjælpemiddelтерапевт (Myndighedsafdelingen 2014a). En høj grad af mestringsevne er, når borgeren har hensigtsmæssige strategier til at håndtere udfordringer og krav i en given livssituation, mens en lav grad af mestringsevne er, når borgeren ikke har hensigtsmæssige strategier til dette. Er borgerens situation overskuelig, er der tale om en afgrænset, måske midlertidig udfordring, mens en sammensat situation er præget af flere samtidige udfordringer, hvor en eller flere ofte er af varig eller kronisk karakter.

## Borgerforløb

*Borgere, der ikke i forvejen er tilknyttet hjemmeplejen, men hvor et behov for hjælp i hjemmet er opstået, vurderes af en visitator. Visitator beslutter, om borgeren skal have tilbud om hjælp efter Servicelovens § 83 (hjemmehjælp), § 86 (hverdagsrehabilitering) eller intet tilbud. Vurderingen foretages ud fra en funktionsevnevurdering og nogle eksklusionskriterier, eksempelvis demens, terminal sygdom, kognitive problemer, eller at borgeren ikke er træningseget.*

Rehabiliteringsteamet opstiller sammen med borgeren nogle mål og delmål for forløbet. Undervejs i forløbet er borgeren i kontakt med hjemmetrænere, som står for træningen i hjemmet, mens rehabiliteringsterapeuterne primært superviserer hjemmetrænerne. Borgere, som er henvist til hverdagsrehabilitering, modtager også hjælp og pleje fra rehabiliteringsteamet både i dag- og aftenvagte. Når forløbet afsluttes, vurderes det i teamet, om borgeren er helt selvhjulpent og kan klare sig uden hjælp, eller om han/hun skal overføres til hjemmeplejen. Afsluttes en borger som selvhjulpent, kan borgeren senere rette henvendelse til ældreområdet igen, hvis borgerens situation ændrer sig.

*Borgere, der allerede modtager hjælp i hjemmeplejen, og som oplever et funktionstab, kommer tilbage efter et sygehusophold, eller hvor kontaktpersonen vurderer, at borgerens mestringsevne eller situation har ændret sig, bliver af de tværfaglige team i hjemmeplejens*

sektioner vurderet efter potentiale til at deltage i et hverdagsrehabiliteringsforløb. Hvis borgeren vurderes til at have rehabiliteringspotentiale, overgår han eller hun til rehabiliteringsteamet. Der gælder samme eksklusionskriterier som ved nye henvendelser, og rehabiliteringsteamet vurderer ligeledes, om borgeren skal tilbydes en monofaglig eller tværfaglig indsats. Der opstilles også i disse tilfælde mål og delmål for forløbet sammen med borgeren. Ved forløbets afslutning vurderes det, om borgeren er blevet helt eller delvist selvhjulpent, og om borgeren kan klare sig uden hjælp fremadrettet, eller om han/hun skal overføres til hjemmehjælp efter § 83.

Visitorator vurderer nye borgeres *potentiale* til hverdagsrehabilitering. Alle nye borgere, som henvender sig om hjælp, på nær de meget demente og dem, der kognitivt ikke kan være med i rehabiliteringen, henvises til rehabiliteringsteamet. Desuden er terminale borgere som udgangspunkt ikke en del af hverdagsrehabilitering, fordi det betragtes som uhenigtsmæssigt, at en sådan borger skal skifte fra rehabiliteringsteamet til et tværfagligt team i en sektion i hjemmeplejen. Der kan godt blandt terminale borgere være nogen, som har lyst til at træne, men det må så foregå i hjemmeplejesektionen.

I en evalueringsrapport for det første år i "Projekt Nye Veje" (Svendborg Kommune 2013) angives, at 80 % af dem, der henvendte sig om hjælp, blev vurderet til at tilhøre målgruppen for hverdagsrehabilitering. En stor andel af dem, som blev vurderet at falde uden for målgruppen, er betegnet som "Ej træningsegnede". Kategorien dækker over borgere, som aktuelt ikke er træningsejnet, og som af fysiske årsager ikke må træne i øjeblikket, fx pga. en brækket arm eller hofte, som skal holdes i hvile i en periode. Desuden benyttes kategorien også ved borgere, der fx pga. alkoholmisbrug ikke kan træne i øjeblikket. Endelig kan borgere med psykiske problemstillinger blive ekskluderet med denne årsag.

Øvrige, som er faldet uden for målgruppen, har været terminalt syge, borgere med demens, borgere med kognitive problemer, eller der har været "særlige årsager", fx ferieгæster i kommunen.

Når en borger henvender sig om hjælp, er deltagelse i en udredningsfase *tilbuddet*. Hvis borgeren er modstræbende, tager visitorator stilling i den konkrete situation.

*Hvis borgeren ikke kan/vil samarbejde, og vi vurderer, at borgeren har brug for hjælp, så kan jeg jo ikke bare slippe dem, fordi de siger, at de ikke vil med i hverdagsrehabilitering. (Visitorator)*

Hvis borgerne ikke ved henvendelse selv vurderer, at de har muligheder for at opnå en bedre funktionsevne og ikke er motiverede, forsøger man i nogle tilfælde, om man kan motivere borgeren. Hvis det ikke lykkes, bliver borgerne imidlertid ikke overladt til sig selv, hvis det vurderes, at de ikke selv kan få dækket behovet for hjælp.

I den første tid efter indførelsen af hverdagsrehabilitering i Svendborg Kommune var der en del, der takkede nej til tilbuddet. Det har man angiveligt ikke været ude for inden for det seneste år. Det kan skyldes, at praksis har ændret sig.

*I starten var praksis, at når man modtog henvendelsen fra borgeren med en ansøgning om hjælp, så lavede man automatisk en henvisning til hverdagsrehabilitering, men det gør vi ikke mere. Nu laver vi først henvisningen, når vi er ude ved borgeren og har taget stilling til, om de skal med eller ej. (Visitorator)*

Det nævnes endvidere under fokusgruppeinterviewet, at der har været gjort meget for at informere ældre borgerne om hverdagsrehabilitering. Det kan have gjort, at borgernes forventninger til kommunens tilbud har ændret sig.

Medlemmerne af rehabiliteringsteamet oplever generelt, at det kan være sværere at motivere borgere, som teamet får overdraget fra hjemmeplejesektionen, *men omvendt har vi også haft nogen, som har haft hjælp længe, som har sagt, "hvorfors har vi ikke gjort det her noget før; det vil jeg da gerne lære, og kan jeg også"*. (Hjemmetræner) Det vurderes, at det er sværest at motivere dem, der har haft hjælp til rengøring, og hvor funktionstabet er kommet gradvist.

*Mange af dem er måske heller ikke nogen, der har haft et pludseligt funktionstab. Det er kommet gradvis, og man har vænnet sig til, at det kunne man ikke, og der er nogen, der har taget over undervejs.* (Hjemmetræner)

Dem, der har haft et pludseligt funktionstab angives at være nemmere at arbejde med.

Det kan ifølge deltagerne i fokusgruppeinterview imidlertid også være et spørgsmål om holdninger. Nogle mener, at når man har nået en vis alder, så har man ret til at få hjælp til rengøring. Man kan have set, at en nabo på samme alder får hjælp. Der er ikke samme tab af prestige ved at få hjælp til rengøring som at få hjælp til bad og toiletbesøg.

## Vejen Kommune

Vejen Kommune arbejder med hverdagsrehabilitering under navnet BASH (Bevar en Aktiv og Selvstændig Hverdag). Ifølge en pjece til borgerne er BASH et tilbud om hjælp til selvhjælp til fx borgere, der efter en sygdomsperiode eller et ophold på hospital i en periode har behov for at træne nogle bestemte funktioner eller aktiviteter, så de igen helt eller delvist kan klare de daglige gøremål med fx at tage bad, tage tøj på, tage støttestrømper på, lave mad eller gøre rent (Vejen Kommune 2010). Målet er at opretholde og/eller styrke borgernes funktionsevne, så de kan bevare en aktiv og selvstændig hverdag med god livskvalitet.

Alle nye borgere med rehabiliteringspotentiale tilbydes BASH-forløb med henblik på størst mulig selvhjulpenshed og mestring af egen hverdag. Forløbet ses som kommunens første tilbud, inden der eventuelt kan tilbydes fast hjælp. Borgere, som i forvejen har ydelser hos kommunal eller privat leverandør, og som vurderes at have rehabiliteringspotentiale, tilbydes en BASH-udredning ved revisitation.

### Organisering

Der er i kommunen ansat fire terapeuter til at arbejde med BASH i hjemmeplejen. Terapeuterne udgør et team med en teamleder, og de er ansat i en central afdeling. Hver af de fire terapeuter er primær kontaktperson for et af kommunens fire distrikter. En bred kreds af social- og sundhedshjælpere har fået efteruddannelse i rehabilitering, kommunikation og forebyggelse (BASH-medarbejdere). De er ansat i distrikterne og skal udføre rehabiliteringsforløbene. Private leverandører skal også medvirke. Teamet holder ugentlige møder, og terapeuterne afholder møder med BASH-medarbejdere en gang om måneden.

BASH-terapeuten sætter rehabiliteringsforløb i gang i samarbejde med visitationen, opsætter mål og handlinger sammen med borgeren og sikrer justering af disse mål eventuelt i samarbejde med BASH-medarbejderen. Terapeuten sørger også for de nødvendige hjælpemidler. Sammen med BASH-medarbejderen afslutter terapeuten forløbet hos borgeren og informerer visitator om udfaldet (Vejen Kommune: *Oversigt over arbejdsfordeling i Vejen Kommunes rehabiliterende indgangsvinkel til borgerne*).

BASH-medarbejdere er plejemedarbejdere, som har været på et tre ugers BASH uddannelsesforløb. De udfører visiterede opgaver i samspil med borgeren og terapeuten. BASH-



medarbejderne er ansvarlige for, at de beskrevne mål og handlinger udføres og dokumenteres, samt løbende at evaluere indsatsen ved borgeren sammen med terapeuten. De deltager både i opstart, opfølgning og afslutning af BASH-forløb (Vejen Kommune: *Oversigt over arbejdsfordeling i Vejen Kommunes rehabiliterende indgangsvinkel til borgerne*). Indsatsen skal ses som hjælp til selvhjælp hos den enkelte borger og med udgangspunkt i borgerens mulighed for at opretholde eller styrke funktionsevnen. Borgerens interesse for egne ressourcer og muligheder søges vakt. Borgeren opfordres fx til at deltage i den personlige pleje, lave mad, tage tøj på, tage støttestrømper på, tømme postkasse, klare rengøring mv. (Vejen Kommune: Funktionsbeskrivelse for BASH-medarbejdere). BASH-medarbejderne er bl.a. ansvarlige for at fastholde motivationen hos borgerne og at medvirke til at sætte mål og handlinger sammen med borger og BASH-terapeuten.

Medarbejdere, som har været på et tre dages uddannelsesforløb omkring rehabilitering, varetager de visiterede plejeopgaver med fokus på rehabilitering hos borgerne, der ikke indgår i et BASH-forløb.

BASH-terapeuterne har adgang til en række genbrugshjælpemidler og mindre engangshjælpemidler, som de kan udlevere til borgere i BASH. Der er endvidere en række hjælpemidler, som BASH-terapeuterne kan bestille i kommunens hjælpemiddeldepot. Øvrige hjælpemidler iværksættes i samarbejde med sagsbehandlende terapeuter.

### **Borgerforløb**

Visitationen tager ved *nye henvendelser* stilling til, om borgeren har potentiale for at medvirke i et BASH-forløb, og henviser i givet fald til terapeuterne. Der visiteres til et BASH-forløb og ikke til enkeltydelser, og ud over træning får borgerne den hjælp, der vurderes nødvendig i forløbet. En terapeut aflægger herefter et opstartsbesøg, hvor der udføres en helhedsvurdering af borgeren, fastsættes en overordnet målsætning og borgerens prioritering af indsatsområde afdækkes. Der udfyldes en BASH-aftale i samarbejde med borgeren, og denne bliver liggende hos borgeren. Dernæst aflægges et afprøvningsbesøg, hvor en BASH-medarbejder normalt også deltager. Her observeres, hvordan borgeren klarer de forskellige relevante aktiviteter, og der udarbejdes en konkret handleplan for indsatsen. Det er derefter BASH-medarbejderen, der gennemfører træningen med borgeren, men en terapeut følger op og afslutter. Hvis borgeren fortsat har brug for hjælp, foretages på dette tidspunkt en visitation, og der gives en formel bevilling. (Afsnittet bygger på Vejen Kommune: Funktion og arbejdsgang BASH – UDE)

Ved afprøvningsbesøg foretrækker terapeuterne at varetage plejeopgaverne og herigennem at oplære BASH-medarbejderne i efterfølgende at varetage opgaven.

*Så det plejer at være os, der klarer plejen ved det første besøg, og så overgiver vi den til BASH-medarbejderne. (Terapeut)*

Borgere, som allerede får ydelser i den kommunale hjemmepleje eller af privat leverandør, og som vurderes at have rehabiliteringspotentiale, tilbydes BASH-forløb ved revisitation. Herefter forløber det på samme måde som for nyvisiterede borgere.

Ifølge tilkendegivelser under fokusgruppeinterviewet er BASH *koblet op på hjemmehjælpsydelser*, hvilket betyder, at borgerne primært træner i at udføre aktiviteter, som der visiteres kommunal hjælp eller pleje til, men der tænkes både ved visitationen og i indsatsen bredere fx i forhold til hjælpemidler og dagcenter til borgere, der har brug for at komme uden for hjemmet. Det sker så ved at inddrage medarbejdere fra andre afdelinger.

Medarbejderne angiver under fokusgruppeinterviewet ikke konkrete kriterier for, hvornår borgere ikke har potentiale til at indgå i et BASH-forløb, men det nævnes, at der kan være

borgere med kognitive vanskeligheder, som sætter begrænsninger for potentialet. Stort set alle borgere, som "henvender sig" om hjælp, bliver af visitationen henvist til BASH bl.a. for at få afdækket deres potentiale.

Ifølge kommunens beskrivelse af arbejdsgange ved visitation skal BASH-forløbet ses som kommunens første tilbud (forløb/afklaring), inden der evt. kan tilbydes fast hjælp. Visitationen skal orientere borgeren om dette (Vejen Kommune: Arbejdsgange Visitation – BASH UDE). Hvis visitator er i tvivl om, hvorvidt en borger kan/ikke kan gøre rent, bestiller visitator en vurdering ved BASH-terapeut. Visitator orienterer borgeren om, at borgeren skal indgå aktivt i vurderingen, og at borgeren ellers ikke får tilbudt hjælp (Vejen Kommune: Arbejdsgange Visitation – BASH UDE).

De fleste accepterer ifølge en visitator tilbuddet.

*Det er rigtig sjældent, når vi er ude ved borgere, at vi er nødt til at køre igen uden at kunne starte noget op. Selvfølgelig skal der nogle gange rigtig meget snak til at gøre dem trygge i situationen, og det skal siges, at det ikke er for at tage hjælpen fra dem, men fordi vi vil høre, hvad de vil og hjælpe dem bedst muligt. Så går de også med på at give det et forsøg, men de kan jo ændre mening undervejs, og vi kan jo ikke tvinge nogen til noget, de ikke vil. (Visitator)*

De fleste vil gerne kunne klare sig selv igen, men mange kender ikke på forhånd kommunens tilbud og har derfor brug for information om, hvad kommunens tilbud går ud på.

Det er først og fremmest ved rengøring, at medarbejderne møder modstand mod BASH – og specielt ved borgere, som i forvejen har fået hjælp. Nogle er nervøse for, at hjælpen bliver taget fra dem. Man kan dog ikke *tvinge et forløb igennem*, hvis borgerne ikke vil, og man gør derfor meget ud af at motivere borgerne. Medarbejderne er endvidere meget opmærksomme på, at forklare, hvad BASH går ud på – *ikke at tage hjælpen fra dem, men at de skal blive mere herre over eget liv*. (Visitator)





**Det Nationale Institut  
for Kommuner og Regioners  
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22  
1150 København K  
E-mail: [kora@kora.dk](mailto:kora@kora.dk)  
Telefon: 444 555 00