



SOCIALSTYRELSEN

MÅLGRUPPEN FOR REHABILITERING TIL HVERDAGENS AKTIVITETER

Hvad karakteriserer målgruppen, og hvad motiverer til rehabilitering?



Publikationen er udgivet af
Socialstyrelsen
Edisonsvej 18, 1.
5000 Odense C
Tlf: 72 42 37 00

E-mail: socialstyrelsen@socialstyrelsen.dk
www.socialstyrelsen.dk

Forfattere: Eigil Boll Hansen, Jakob Kjellberg, Leena Eskelinen,
Rikke Ibsen og Tine Fuglsang

Indhold udarbejdet af KORA for Socialstyrelsen.
Udgivet december 2013

Fotos: Colourbox
Layout: www.kreativgrafisk.dk

Download eller bestil rapporten på **www.socialstyrelsen.dk**
Der kan frit citeres fra rapporten med angivelse af kilde.

Digital ISBN: 978-87-93052-50-5



INDHOLDS- FORTEGNELSE

Indledning	4
Kapitel 1 Sammenfatning og konklusion	6
Kapitel 2 Karakteristik af målgruppen	12
2.1 Formål med analysen	13
2.2 Data og metode	14
2.2.1 Metode	15
2.3 Modtagere af praktisk bistand eller personlig pleje	15
2.3.1 Behovsfaktorer som forklarer hjælp	18
2.3.2 Sundhedsprofil og modtagere af praktisk hjælp eller personlig pleje	22
2.4 Nyvisiterede borgere til praktisk hjælp eller personlig pleje	30
2.4.1 Casebeskrivelser af forløb, som fører til behov for hjælp	38
2.5 Borgere der modtager tilbud om Træning som hjælp (TSH)	39
2.5.1 Status efter TSH-forløb	43
2.6 Opsamling og perspektivering	46
Kapitel 3 Målgruppens motivation	48
3.1 Teoretiske indfaldsvinkler	50
3.2 Problemstillinger, data og metode	51
3.3 Hjælp til selvhjælp i Roskilde Kommune	53
3.4 Visitationssamtalen	54
3.5 Medarbejdernes vurdering af borgernes motivation	57
3.6 Borgernes oplevelse af hjælp til selvhjælp	60
3.7 Ældre borgeres holdninger til hjælp og uafhængighed	65
3.8 Forventninger til udbytte	69
3.9 Opsamling og perspektivering	75
Litteratur	82

Indledning

I forbindelse med satspuljeforhandlingerne for 2012 blev det besluttet at afsætte midler til et projekt, der skal understøtte kommunernes arbejde med rehabilitering på ældreområdet..

Projektets formål er at styrke kommunernes rehabiliteringsindsats på ældreområdet, så ældre borgere opnår den bedst mulige funktionsevne, større tilfredshed, selvstændighed og livskvalitet.

Socialstyrelsen har som led i projektet foretaget en række kortlægninger af den aktuelt bedste viden på området. Kortlægningerne omfatter: En kortlægning af kommunernes indsatser og erfaringer, en kortlægning af den videnskabelige litteratur, en kortlægning af de internationale erfaringer, en kortlægning af målgruppen samt en kortlægning af kommunernes dokumentation.

Den kortlagte viden skal samles i en håndbog med anbefalinger, metoder og redskaber, der kan understøtte kommunerne i det rehabiliterende arbejde. Kommunerne tilbydes efterfølgende processtøtte og kompetenceudvikling til implementering af en effektiv rehabiliteringsindsats. Rehabiliteringsindsatsen effektevalueres i to kommuner.

Denne rapport har sigtet mod at give et billede af, hvilke grupper af ældre borgere, der, som følge af tab af funktionsevne, henvender sig om og modtager støtte efter Serviceloven og som derfor er potentielle deltagere i en rehabiliterende indsats. En karakteristik af de potentiel-

le deltagere angiver ikke i sig selv hvilke ældre borgere, der har rehabiliteringspotentiale, men det giver et overordnet billede af, hvilke borgere indsatsen skal indrettes efter, og hvilke forløb der er gået forud for et behov for hjælp gennem Serviceloven.

Rapporten sigter endvidere mod at give indsigt i, hvad der motiverer forskellige grupper af ældre borgere til rehabilitering af daglige færdigheder, og hvordan man kan arbejde med at styrke deres motivation. I litteraturen om interventioner for at rehabilitere ældres funktionsevne i daglige aktiviteter peges på, at ældres egen motivation til og mål i forhold til at genvinde sine færdigheder er centrale for ældres aktive medvirken i indsatsen (Puggaard 2010).

Rapporten er udarbejdet af KORA på opdrag fra Socialstyrelsen. Rapportens forfattere er: Eigil Boll Hansen, Jakob Kjellberg, Leena Eskelinen, Rikke Ibsen og Tine Fuglsang.

Rapporten falder i overensstemmelse med sigtet i to dele. I den første del analyseres, hvad der karakteriserer gruppen af ældre borgere, der som følge af tab af funktionsevne henvender sig om hjælp og støtte i henhold til Serviceloven, og der analyseres forløb frem til henvendelsen til kommunen om hjælp. I den anden del analyseres, hvad der motiverer ældre borgere til at indgå i et rehabiliteringsforløb, som sigter mod at forbedre deres funktionsevne i daglige aktiviteter.



Kapitel 1

SAMMENFATNING OG KONKLUSION



Denne rapport har sigtet mod at give et billede af, hvilke grupper af borgere på 65 år og derover, der som følge af tab af funktionsevne henvender sig om og modtager hjælp eller støtte efter Serviceloven, og som derfor er en potentiel målgruppe for en rehabiliterende indsats. Rapporten giver et overordnet billede af, hvilke ældre borgere der vil være målgruppen for indsatsen, og hvilke forløb der er gået forud for et behov for hjælp gennem Serviceloven.

Rapporten sigter endvidere mod at give indsigt i, hvad der motiverer forskellige grupper af ældre borgere til rehabilitering, og hvordan man kan arbejde med at styrke ældre borgeres motivation.

Rapporten falder således i to dele: En del, der beskriver og analyserer målgruppen, og en del, hvor ældre borgeres motivation for rehabilitering analyseres.

Ældre borgere, som er visiteret til hjemmepleje

Analysen af, hvilke borgere på 65 år og derover der modtager hjemmepleje, er opdelt i tre delanalyser:

1. Kortlægning og analyse af alle modtagere af hjemmepleje
2. Kortlægning og analyse af dem, der er nyvisiterede til hjemmepleje
3. Kortlægning og analyse af nyvisiteringer til hjemmepleje efter Træning som hjælp (TSH) i Odense Kommune.

Data til analyserne er dannet på baggrund af en række registre fra Danmarks Statistik, som er sammenkørt og suppleret med eksterne data fra Sundhedsprofilen 2010 og Hjemmeplejedata fra Odense Kommune. Analyseåret er 2010, og personer, der er fyldt 65 år pr. 1.1.2010, er inkluderet i populationen.

Faktorer, som øger risikoen for hjemmepleje

Analyserne viser i overensstemmelse med tidligere undersøgelser, at risikoen¹ for at modtage hjemmepleje stiger med alderen, og at risikoen for at få hjemmepleje er større for kvinder end for mænd, og for personer, som er blevet enke/enkemand inden for det seneste år. Endvidere har særligt dem, der er uønsket alene, markant større risiko for at modtage hjemmepleje end personer, som ikke oplever dette. Analysen viser også, at rygere har større risiko for at få hjemmepleje, ligesom risikoen for at få hjemmepleje stiger med stigende BMI.

Forbrug af sundhedsydelser er stærkt korreleret med risikoen for at modtage hjemmepleje. Stigende forbrug af sundhedsydelser i såvel primær som sekundærsektoren er forbundet med højere risiko for at få hjemmepleje. For personer, som modtager personlig pleje, er det især psykiske lidelser, sygdomme i åndedrætsorganer (fx KOL), læsioner (fx som følge af faldulykker), forgiftninger m.m., infektive sygdomme og ernæringsbetingede sygdomme, der er korreleret med ydelsen. For personer, der alene får praktisk hjælp, er betydningen af sygdom generelt noget mindre, og her er det typisk diagnoser som sygdomme i knogler, muskler og bindevæv (fx gigt), medfødte misdannelser (fysiske handicap), svulster og sygdomme i kredsløbsorganer, som viser sammenhæng med at modtage hjælp. Modtagere af praktisk hjælp og modtagere af personlig pleje adskiller sig således relativt meget fra hinanden i forhold til sygdomsmønstret.

Faktorer, som reducerer risikoen for hjemmepleje

Lang uddannelse er knyttet til en lavere risiko for at få hjemmepleje efter Serviceloven. Effekten af uddannelse er dog ikke signifikant, når der kontrolleres for selvvalgt helbred, rygning, BMI, alkoholforbrug mv. Effekten af uddannelse skal derfor snarere forklare med forskelle i levevilkår og sundhedsadfærd, end med forskelle i økonomiske muligheder. Længden af erhvervs erfaring

¹ I rapporten anvendes ordet 'risiko' som udtryk for forholdet mellem såkaldte odds ratioer. Odds ratio er odds for et givet udfald i fx en behandlingsgruppe i forhold til odds i en sammenligningsgruppe. Odds ratio er nogenlunde det samme som relativ risiko, når risikoen er lille. Der er tale om en oversættelse af det engelske ord 'risk', og 'risiko' anvendes frem for 'sandsynlighed', da sandsynlighed ikke vil være en korrekt fortolkning af odds ratio.

reducerer risikoen for at få hjemmepleje, således at jo flere års erhvervs erfaring des lavere er risikoen for hjemmepleje.

Nyvisiterede borgere

Nyvisiterede borgere til hjemmepleje har op til visitationen en markant stigning i forbruget af sundhedsydelser. Borgere, der visiteres til personlig pleje, bliver, for 19 ud af 21 sygdomsgruppers vedkommende, indlagt på sygehus signifikant hyppigere en måned før visitationen, end fire måneder før. For praktisk hjælp var det tilfældet for 17 ud af 21 sygdomsgrupper. Der er således en meget tæt sammenhæng med bevilling af hjemmepleje og en forværring i sundhedstilstanden. Dette peger i retning af, at det i mange tilfælde ikke er et langsomt skred i funktionsevnen, som udløser en visitation til hjemmepleje, men at visitationen udløses af et hurtigt (eller pludseligt) fald i funktionsevne.

Borgere, der visiteres til rehabilitering

Analysen af borgere, der visiteres til rehabilitering til hverdagens aktiviteter, her TSH i Odense Kommune, viser, at borgere med svulster og psykiske lidelser er mindre tilbøjelige til at blive visiteret til TSH, mens særligt borgere med sygdomme i fordøjelsesorganerne og læsioner (typisk efter fald) har størst risiko for at blive visiteret til en rehabiliterende ydelse. Denne selektion findes at være i god overensstemmelse med analysen af, hvem der har størst chance for at blive selvhjulpne efter den rehabiliterende indsats, hvor særligt borgere, der er diagnosticeret med læsioner som fx fald, ofte bliver selvhjulpne. Endvidere har kvinder generelt markant større chance for at blive selvhjulpne efter TSH end mænd.

Målgruppens motivation

Ældre borgeres motivation for at blive rehabiliteret er belyst med ældre borgere i Roskilde Kommune som case. I Roskilde Kommune har kommunalbestyrelsen vedtaget det princip, at borgere, som henvender sig om praktisk hjælp eller personlig pleje, tilbydes hjælp til selvhjælp, hvor der gives støtte til, at borgerne helt eller delvist igen vil kunne klare sine daglige gøremål. Det betegnes i kommunen som Hjælp til selvhjælp. Der er etableret team med en ergoterapeut og udvalgte social-

og sundhedshjælpere til at varetage indsatsen.

Der er til undersøgelsen observeret fem visitationssamtaler med ældre borgere, interviewet 16 ældre borgere, som er visiteret til hjælp til selvhjælp i hjemmeplejen, interviewet tre borgere i plejebolig og interviewet medarbejdere, som har været involveret i at yde hjælp til selvhjælp til de interviewede borgere. Interviewene er gennemført i vinteren 2012/2013.

Visitationen

I de observerede visitationssamtaler introduceres borgerne typisk til princippet om hjælp til selvhjælp, og det gavnlige for borgeren ved at kunne klare mest muligt selv fremhæves. Visitationssamtalen handler imidlertid også om at afdække, hvad borgeren har brug for hjælp til her og nu, så der kan kompenseres herfor. Dette har skullet bidrage til at skabe tryghed hos borgeren og danne udgangspunkt for en indsats for at udvikle borgerens selvhjulpnehed.

- Princippet om hjælp til selvhjælp viser sig uproblematisk i tilfælde, hvor borgeren har været udsat for en akut sygdom og selv er indstillet på at kunne genvinde færdigheder, som sygdommen har sat tilbage. Princippet synes at være vanskeligere at introducere, hvis borgeren ikke har forståelse for, hvorfor princippet om hjælp til selvhjælp bliver bragt på banen, fx hvis en borger med hjælp ikke selv har oplevet ændringer i funktionsevnen.

Flere interviewede borgere har ved visitationssamtalen haft vanskeligt ved selv at formulere deres behov. Borgerne har stået i en ny situation med følger af akut sygdom, og de har derfor haft svært ved at bedømme, hvad de kan klare, og hvad de ikke kan klare. Derudover har borgerne i mødet med kommunens visitator ikke indsigt i, hvad mulighederne for hjælp er.

Borgernes oplevelse af hjælp til selvhjælp

Ergoterapeuten, der aflægger besøg i borgernes hjem, har flere roller:

- Ergoterapeutens besøg hos borgere efter visitati-

onssamtalen fungerer i de fleste tilfælde som en form for udvidet visitation, idet ergoterapeuten på grundlag af samtaler med borgeren og observation af borgerens udførelse af konkrete opgaver danner sig et grundigere indtryk end visitator af, hvad borgeren aktuelt kan klare, og hvad der er mulighed for, at borgeren kan komme til at klare.

- Ergoterapeutens rolle består endvidere i at give anvisninger på og vejlede borgerne til, hvordan de kan udføre personlig pleje eller praktiske opgaver, og ergoterapeuten aftaler med borgerne, hvad de skal øve sig i at udføre selv.
- Flere borgere har ergoterapeuten tildelt et hjælpemiddel. Borgeren er derefter selvhjulpnen eller får hjælp til andre opgaver, som det vurderes, at borgeren ikke selv kan klare og heller ikke vil kunne komme til at klare.
- I andre tilfælde strækker ergoterapeutens indsats sig over en længere periode, hvor ergoterapeut (og social- og sundhedshjælper) følger og støtter udviklingen af borgerens funktionsevne. Observationerne anvendes til at tilpasse hjælpen undervejs, ligesom borgeren gennem ergoterapeuten kan udtrykke deres behov og ønsker.

Nogle borgere kan se formålet med ergoterapeutens besøg og oplever også et udbytte af besøgene. Andre har haft sværere ved at se formålet med besøgene og oplever ikke, at de har fået noget ud af dem, fx fordi de ikke kan udføre de funktioner, som ergoterapeuten gerne ville have dem til.

Borgernes holdninger til hjælp og uafhængighed

Det generelle billede af holdninger til hjælp og uafhængighed er:

- at de interviewede borgere bestræber sig på at udføre de gøremål, de har været vant til, og borgerne opfatter det både som en selvfølgelighed og en tilfredsstillende at klare opgaverne selv.

Borgerne giver endvidere udtryk for, at det bidrager til at holde dem i gang, at de slipper for de mange besøg fra hjemmeplejen, og at de selv kan bestemme deres

dagsrytme.

- Det er en gennemgående opfattelse, at man uanset alder først har ret til hjælp fra kommunen, når helbredsproblemer bevirker, at man ikke længere selv kan klare en opgave.

De interviewede social- og sundhedshjælper nævner imidlertid eksempler på borgere, som ikke er indstillet på at modtage hjælp til selvhjælp og på selv at udføre så meget som muligt selv. De nævner eksempler på borgere, som forventer, at kommunen yder dem hjælp, eller som er bange for, at hjælpen bliver taget fra dem.

- Borgernes forbehold over for at skulle undvære hjælp kan tolkes som et udtryk for først og fremmest et behov for tryghed ved at få hjælp. Borgerne har et ønske om at være mest muligt uafhængig af hjælp, men samtidig vil man gerne kunne stole på at kunne få den fornødne hjælp.

De fleste står i en ny situation, hvor de har været udsat for en svækkelse og et funktionstab, som gør dem usikre i forhold til, hvad de selv vil være i stand til at klare. Det er så en tryghed, at der, fx når de skal i bad, i det mindste er én hos dem, hvis de skulle miste balancen. Det kan opleves som uværdigt, hvis man bliver bragt i en ubehjælpelig situation, fordi man ikke kan klare en opgave.

- Forbeholdet over for at skulle undvære hjælp kan endvidere skyldes, at borgerne oplever, at kommunens personale ikke udviser lydhørhed over for deres udtrykte behov.

Flere borgere udsætter ifølge interviewene tidspunktet, hvor de må søge om hjælp, så længe som muligt – eventuelt gennem hjælp fra familie. Når de så er kommet til det punkt, hvor de har erkendt med sig selv, at de ikke kan klare sig længere uden hjælp udefra, har de en forventning om at kunne modtage hjælp fra kommunen. Det kan derfor opfattes som manglende respekt for deres vurdering at blive stillet over for kravet om at prøve at klare opgaverne selv.

Borgernes forventninger til udbytte og til en aktiv tilværelse

Ældre borgeres forventninger til, hvad de kan komme til at klare selv bl.a. på baggrund af kommunens indsats er betinget af deres tidligere livsførelse, og om der er udsigt til, at deres helbred bliver bedre.

- Borgerne lægger vægt på at bevare kontinuiteten i deres tilværelse under hensyntagen til de begrænsninger, som deres helbred måtte sætte. Borgerne fremhæver gøremål i hjemmet, som de har været vant til at udføre selv, og at blive i stand til at komme udendørs, så de fx selv kan handle. Mobilitet og gangfunktion er i det hele taget vigtigt for borgere, der er visiteret til hjælp til selvhjælp.
- Der er borgere, som har været meget udadvendte og mobile, og som gerne vil fortsætte med at deltage i de aktiviteter, som de deltog i før deres sygdomstilfælde. Borgere, som har været udsat for en gradvis svækkelse af funktionsevnen, har imidlertid typisk allerede trappet deres aktivitetsniveau ned.
- Borgere, som har haft udadvendte aktiviteter, er meget optaget af at kunne genoptage disse, men disse mål er i mange tilfælde ikke sammenfaldende med kommunens tilbud, som ofte er rettet mod rehabilitering til gøremål i eller omkring hjemmet.

Undersøgelsen har ikke fundet, at forskellighed i tidligere aktivitetsniveau har haft indflydelse på ønsket om at være selvhjulpnen i daglige aktiviteter. Det kan tilskrives, at de opgaver, som indsatsen typisk sigter mod, er så grundlæggende for de fleste, at der under alle omstændigheder vil være en motivation til at træne i at kunne udføre dem.

Oplevede forbedringer i funktionsevnen

De interviewede borgeres helbredsmæssige udgangspunkt i forhold til at opnå en forbedring i deres funktionsevne er forskellig. Nogle har haft en fremadskridende funktionsnedsættelse, hvor der ikke kan forventes væsentlige forbedringer. Andre har været udsat for akut sygdom, et uheld eller en operation. Heriblandt vil nogle kunne forvente stort set at genvinde sin tidligere funkti-

onsevne, mens andre må indstille sig på, at der fremover vil være begrænsninger i deres fysiske udfoldelsesmuligheder.

Borgere, som er visiteret til hjælp efter fx akut sygdom, finder i nogle tilfælde hurtigt ud af, at der er dele af hjælpen, de kan undvære, og siger den derfor fra. Andre bliver hjulpet til at klare dagligdagen og dens gøremål med et hjælpemiddel. Borgere, som har været igennem et akut sygdomsforløb, har oplevet en forbedring i deres funktionsevne, men knytter det ikke selv til kommunens indsats. I mange tilfælde ville de da også under alle omstændigheder kunne forvente en spontan forbedring i deres funktionsevne. Selv om borgere, som har været udsat for en gradvis svækkelse af deres fysiske funktionsevne, stort set ikke oplever fremgang i deres funktionsevne, har de haft gavn af et hjælpemiddel eller teknikker til nemmere at overkomme praktiske opgaver i hjemmet eller at deltage i og udføre aktiviteter.

Indsats for at styrke borgernes motivation

Nogle borgere kan ikke mærke en fremgang i deres funktionsevne, som andre ser. Her kan det være et godt middel, som nogle kommuner bruger, at anvende test af funktionsevne i et rehabiliteringsforløb. Testen skal kunne dokumentere fremgangen over for borgeren og derved ansprende til en indsats for en yderligere forbedring i funktionsevne.

Den motiverende samtale har som et element, at der skal tages udgangspunkt i borgernes egne holdninger, overvejelser og præferencer, og at man skal anerkende borgerens ret til selvbestemmelse. Denne tilgang er væsentlig i forhold til, at borgerne oplever, at de mødes med respekt for deres egen bedømmelse af deres formåen og dermed for borgernes forståelse for at medvirke i et kommunalt rehabiliteringsforløb. Der kan endvidere være tilfælde, hvor det er et vigtigt element i den motiverende samtale at støtte borgerne til at erkende, at de kan have udbytte af at træne i hverdagens aktiviteter.

Konklusion

Der er to typer af faktorer, som viser en dominerende sammenhæng med at modtage hjemmepleje: Helbred og funktionsevne samt husstandssammensætning. Modtagelse af hjemmepleje er altså knyttet til helbredsproblemer og nedsat funktionsevne og til at bo alene. Især borgere, der bor alene, modtager praktisk hjælp, mens borgere, som bor sammen med en ægtefælle/samlever i højere grad end enlige udelukkende modtager personlig pleje.

Den første visitation til hjemmepleje er ofte forbundet med en (akut) forværring i helbredstilstanden og en sygehusindlæggelse, men der er også ældre borgere, som visiteres til hjemmepleje efter en oplevet gradvis nedgang i funktionsevnen over en længere periode. I disse tilfælde kan det være særlige lejligheder, fx besøg af forebyggende medarbejder, der fører til ansøgning om hjælp fra kommunen.

Erfaringer fra Odense tyder på, at især borgere, som har været udsat for læsioner som følge af fx fald, visiteres til rehabilitering.

Ældre borgere er på det generelle plan motiveret for at blive rehabiliteret til at udføre de hverdagsaktiviteter, som de har været vant til at udføre, før de blev udsat for en nedsættelse i deres funktionsevne. For nogle handler det især om aktiviteter i hjemmet, men andre lægger vægt på også at kunne komme til en aktivitet uden for hjemmet.

Fælles for borgere med mobilitetsproblemer er et ønske om at forbedre gangfunktionen. Der er flere eksempler på, at ældre selv tager initiativer, som skal bidrage til at forbedre deres funktionsevne.

Ældre borgere, som har oplevet en gradvis forværring i funktionsevnen, har som følge heraf tilpasset deres aktivitetsniveau til den nedsatte funktionsevne og udtrykker ikke på samme måde ønske om at kunne udføre aktiviteter, som før deres funktionsevne blev svækket.

Ældre borgeres selvoplevede helbredstilstand sætter grænser for, hvad de forventer selv at kunne (komme til at) klare. Borgere med nedsat funktionsevne – og især når nedsættelsen er kommet pludselig – har brug for tryghed i udførelsen af hverdagens aktiviteter. De befinder sig i en situation, hvor de er usikre på, hvad de selv kan klare, og vil nødvendigvis bringes i en uværdig situation fx ved at falde i badet. De har derfor brug for sikkerheden ved, at der eventuelt i en periode er en person til stede, som kan træde til.

Et rehabiliteringsforløb må således tage afsæt i, at borgeren føler sig tryk ved udførelsen af hverdagens aktiviteter, og må tilrettelægges med respekt for borgerens egne holdninger, overvejelser og præferencer. Den motiverende samtale kan være et redskab til dette.

Kapitel 2

Karakteristik af målgruppen



2.1 Formål med analysen

Formålet med analysen er at kortlægge, hvilke borgere over 65 år, der får hjemmepleje, og om der er særlige udløsende faktorer, der gør sig gældende for, hvilke borgere der modtager hjemmepleje. Der er et særligt fokus på borgere, der er nyvisiterede til hjemmeplejen. Analysen forsøger med udgangspunkt i data fra Odense Kommune at vurdere, i hvilket omfang borgere, der bliver henvist til hjemmepleje efter tilbud om Træning som hjælp (TSH), adskiller sig fra borgere, der direkte er henvist til almindelig hjemmepleje, og om nogle grupper synes at have særlig gavn af rehabilitering.

Registeranalyserne vedr. modtagere af hjemmepleje er opdelt i tre delanalyser:

1. Kortlægning og analyse af alle modtagere af hjemmepleje
2. Kortlægning og analyse af dem, der er nyvisiterede til hjemmepleje
3. Kortlægning og analyse af nyvisiteringer til hjemmepleje efter Træning som hjælp i Odense Kommune.

Ad 1. Kortlægningen af borgere, som modtager hjemmepleje, er en analyse, som tager udgangspunkt i alle borgere på 65 år og derover. Analysen identificerer risikoen for at få hjemmepleje ved at inddrage en række baggrundsvariable, som kan have betydning for, om en borger får hjemmepleje. Hjemmepleje analyseres separat i forhold til praktisk hjælp og personlig pleje, og i analysen ses både på risikoen for at få hjemmepleje (uanset type) og underopdelt på risikoen for kun at få personlig pleje, kun at få praktisk hjælp eller begge dele. Da det ikke i alle kommuner har været muligt at skelne mellem borgere, der modtager hjemmepleje i plejebolig fra dem, der modtager hjemmepleje i hjemmet, analyseres de to grupper samlet. Kortlægningen indeholder også en analyse, som anvender data fra Sundhedsprofil 2010-stikprøven, da det derved er muligt at inkludere en række forklarende variable, som ikke findes i nationale registre.

Ad 2. Kortlægningen af nyvisiterede borgere er en analyse af det forløb, der fører frem til visitation til hjemme-

pleje, hvor forbruget af forskellige sundhedsydelse og diagnoser identificeres i hver af de fire måneder, som ligger før visiteringstidspunktet.

Ad 3. Kortlægning og analyse af visiteringer til hjemmepleje efter Træning som hjælp i Odense Kommune. I disse år indføres forskellige nye former for tilbud om rehabilitering mange steder i landet. Derfor er det interessant at se på, hvem der kan drage nytte af sådanne foranstaltninger. Da det ikke er muligt at skelne mellem borgere, som modtager rehabiliterende hjemmepleje og ordinær hjemmepleje i de data, der er indberettet til Danmarks Statistik fra EOJ-systemerne, bruges i stedet data fra Odense Kommune, som har indført TSH i 2011, da det giver mulighed for at opdele nyvisiterede borgere på TSH og ordinær hjemmepleje samt at se på, hvad der sker efter en TSH-indsats. Data giver ligeledes mulighed for at se på, hvem der henviser borgere, og om det har betydning for, hvilken type hjemmepleje borgeren får.

Der er tidligere gennemført flere analyser, der ser på sammenhængen mellem forbruget af hjemmepleje og en række forklarende variable (Larsson, Thorslund & Kåreholt 2006; Hansen, Eskelinen & Dahl 2011; Lauritzen m.fl. 2012). Denne undersøgelse adskiller sig fra de tidligere undersøgelser ved, at der sættes særligt fokus på nyvisiterede borgere (delanalyse 2) samt ved, at der gennemføres en særlig analyse af forløbet, efter der er givet tilbud om træning til hverdagens aktiviteter (Træning som hjælp i Odense Kommune, delanalyse 3). Datamæssigt adskiller denne undersøgelse sig også fra tidligere undersøgelser ved, at der tages udgangspunkt i nationale data for samtlige danske kommuner, hvor tidligere analyser typisk tager udgangspunkt i enkelte kommuner eller i stikprøver. Fordelen ved at anvende nationale data er, at den større mængde data gør det muligt at opnå en større statistisk sikkerhed. Ulempen er, at nogle data alene er tilgængelige i form af stikprøver, hvorfor de ikke er brugbare i de nationale analyser. I analyserne kombineres de nationale data med data fra stikprøver, fx data fra Odense Kommune og data fra Sundhedsprofilen 2010. Stikprøverne inkluderer data, som der ikke findes i de nationale registre, men de delanalyser, der er baseret på stikprøvedata, har modsat

ikke så stor statistisk styrke som analyserne baseret på større datasæt.

2.2 Data og metode

Data er dannet på baggrund af en række registre fra Danmarks Statistik, som er sammenkørt og yderligere beriget med eksterne data fra Sundhedsprofilen og Hjemmeplejedata fra Odense Kommune.

Analyseåret er 2010, da der er oplysninger for alle analysevariable i 2010. Personer, der er fyldt 65 år pr. 1.1.2010, er inkluderet i populationen.

Populationen i analysen opdeles i to grupper. Den ene er de personer, som har modtaget hjemmepleje i 2010, både nyvisiterede og allerede visiterede, og den anden er personer, der ikke har modtaget hjemmepleje i 2010. Målet med analysen er at identificere karakteristika, der har betydning for, om personer får hjemmepleje.

Der analyseres i to niveauer. Det overordnede niveau, som er den samlede population, der modtager hjemmepleje samt det underordnede niveau, hvor der opdeles på personer der modtager personlig pleje eller praktisk hjælp eller begge dele.

Der tages ikke højde for varigheden af hjemmeplejeforløbet, da forløbene kan løbe bagud i 2009 og fremad til 2011, og der er ikke tilgængelige data for alle de inkluderede kommuner i disse to år.

Ikke alle kommuner har indberettet hjemmepleje i alle måneder i 2010. 70 kommuner har indberettet oplysninger for alle måneder i 2010, mens tre kommuner slet ikke har indberettet oplysninger i 2010, og de resterende har et varierende antal måneder registreret. For kommuner, hvor der mangler et antal måneder, men hvor der er oplysninger for nogle, vil korte forløb kunne falde ud, men det antages at udgøre et mindre problem, og derfor er observationer fra disse kommuner inkluderet. Kommuner, hvor der mangler et stort antal måneder, kan der ikke laves en valid opgørelse over antallet af personer,

der modtager hjemmepleje, og de er derfor udeladt.

I alt er 13 kommuner fjernet fra populationen, og populationen for hjemmepleje består derfor af 85 kommuner. I indberetningerne til Danmarks Statistik er det muligt at oplyse, om der i en given måned er leveret genoptræning efter Servicelovens § 86. Mange kommuner – herunder en række store kommuner – bruger dog ikke denne mulighed. Derfor indgår det parameter ikke som en forklarende variabel i de to første delanalyser, som er baseret på hjemmeplejedata fra Danmarks Statistik. I delanalyse 3 er der fyldestgørende oplysninger om opdelingen af hjemmepleje efter § 83 og § 86 i Odense Kommune, så her vil opdelingen i de to typer hjemmepleje indgå i analysen.

Kortlægningen af borgere, som modtager hjemmepleje, indeholder også en analyse, som inkluderer stikprøvedata fra Sundhedsprofil 2010. Sundhedsprofil 2010 indeholder bl.a. oplysninger om selvrapporteret helbred, hvor der i kortlægningens første del, som er baseret på den nationale analyse, kun kan ses hospitalsdiagnoser fra Landspatientregistret (LPR). Med data fra Sundhedsprofil 2010 er det således muligt også at inkludere helbredsproblemer, som ikke har været behandlet ved indlæggelse eller ambulante behandling, dvs. sygdomme, som behandles af almenpraktiserende læge eller speciallæge. Da Sundhedsprofilen er en stikprøve, er populationen begrænset af det antal besvarelser, som findes for populationen.

I delanalyse 2 fokuseres på populationen af nyvisiterede til hjemmepleje. Denne population består af personer, som er nyvisiterede til og modtager hjemmepleje i 2010. Personer, som i 2011 har en ny visiteringsdato i 2010, men som ikke modtager ydelser i 2010, inkluderes ikke i populationen af nyvisiterede. Personer, som starter med hjemmepleje i 2010, og som ikke har fået hjemmepleje inden for det sidste år, betragtes også som nyvisiterede, hvorimod personer, som *har* fået hjemmepleje inden for det sidste år, anses som ikke-nyvisiterede.

Til at lave analysen om nyvisiteringer til hjemmepleje efter Træning som hjælp bruges data fra Odense Kom-

mune, hvor der er dannet et datasæt, som opdeler på disse ydelser og ydermere indeholder oplysninger om visiteringer, hvem der henviser og afslutningsårsag for forløbet. Nyvisiteringer er, som tidligere nævnt, defineret som borgere, som ikke har modtaget hjemmepleje inden for det sidste år. Data fra Odense Kommune er fra 2011, hvor der indføres Træning som hjælp, og derfor er de forklarende variable også dannet for 2011. Da der på tidspunktet for dataudtrækket ikke var sygesikringsdata tilgængelig for 2011, er denne variabel ikke med i analysen. Endvidere fandtes der på udtrækketidspunktet ikke data fra DRG- og DAGS-registre i 2011, så indlæggelser, ambulante forløb og diagnoser er dannet ud fra LPR-registret², og psykiatriske indlæggelser og ambulante behandlinger indgår ikke. Derudover bruges samme forklarende variable som i analysen af hjemmepleje for hele landet, blot baseret på 2011-data.

Som forklarende demografiske baggrundsvariable anvendes i alle analyser køn, alder, om personen er gift/samboende, om personen er blevet enke/enkemand inden for det sidste år, uddannelse, erhvervs erfaring målt som antal år som lønmodtager. I alle analyser, undtagen dem, hvor Sundhedsprofil 2010 anvendes, bruges sundhedsdata som forklarende variable. Forklarende sundhedsdata omfatter:

- antal indlæggelsesdage på somatisk og psykiatrisk hospital i 2010
- antal ambulante besøg, somatisk og psykiatrisk i 2010
- diagnoser i forbindelse med indlæggelser og ambulante besøg opdelt på WHO's diagnosehovedgrupper
- omkostninger til almenpraktiserende læge inkl. vagtlægebesøg
- omkostninger til speciallæge samt fysioterapi m.m., men data for laboratorier samt tandlægebesøg er ekskluderet.
- samlede ekspeditionsomkostninger for medicin i 2010.

2.2.1 Metode

Til at afdække, hvilke baggrundsvariable der har betydning for, om en borger modtager hjemmepleje, og hvilken type hjemmepleje, bruges i alle delanalyser en logistisk regressionsmodel. I den model, hvor venstresidevariablen er en 0-1 variabel for, om borgeren modtager hjemmepleje, bruges en simpel logistisk regression, og i den model, hvor der er flere udfald (kun praktisk hjælp, kun personlig pleje, begge dele), bruges en multipel regressionsmodel. Outputtet fra disse modeller er odds ratios, som kan tolkes direkte.

Forklarende variable for diagnosegrupper, som er dannet på baggrund af LPR-data, kan kun dannes for personer, som enten er indlagt eller i ambulant behandling, og derfor er modellen opdelt, så der laves en regression, som indeholder sengedage/ambulante besøg, og en anden, som indeholder diagnosegrupper for at undgå misspecifikation.

2.3 Modtagere af praktisk bistand eller personlig pleje

Kortlægningen af personer, som modtager hjemmepleje, tager udgangspunkt i en række baggrunds- og personspecifikke variable. Først er der lavet beskrivende statistik for populationen (tabel 2.1-2.4), og derefter bruges disse variable i en logistisk regressionsmodel til at estimere variablenes betydning for, om personerne modtager hjemmepleje eller ej, samt om forskellene mellem personer, der modtager hjemmepleje og ikke modtager hjemmepleje, er signifikante.

Populationen består af alle personer på 65 år og derover (65+ år) i de 85 inkluderede kommuner. I alt består populationen af 785.000 personer. Personerne opdeles på, om de modtager hjemmepleje i 2010, samt hvilken type hjælp de modtager (tabel 2.1). 21 % modtager hjemmepleje i løbet af 2010, hvor 10 % modtager både personlig pleje og praktisk hjælp, 8 % kun praktisk hjælp, og 2 % kun personlig pleje.

² LPR-registret indeholder data om alle sygehuskontakter. DRG og DAGS prissætter hhv. indlæggelser og ambulante besøg.

Tabel 2.1 Beskrivelse af populationen

		Ingen hjemmepleje	Hjemmepleje	Både personlig pleje og praktisk hjælp	Kun praktisk hjælp	Kun personlig pleje	I alt
Antal	N	624.682	160.714	80.604	60.914	19.196	785.396
%-fordeling af population	%	79,5	20,5	10,3	7,8	2,4	100

Se tabel 2.1 Beskrivelse af populationen

Demografiske forskelle på personer, som modtager hjemmepleje og ikke modtager hjemmepleje, er vist i tabel 2.2. Som forventet er personer, som modtager hjemmepleje, ældre – i gennemsnit ca. otte år ældre. Ældst er personer, som både modtager personlig pleje og praktisk hjælp, mens personer, der kun får én type ydelse, er ca. 2,5 år yngre i snit, end dem, der modtager både personlig pleje og praktisk hjælp. Flere kvinder modtager hjemmepleje. Andelen af kvinder, som modtager hjemmepleje, er 69 %, mens kvindeandelen i gruppen, som ikke modtager hjemmepleje, kun er 52 %. Det er værd at bemærke, at i gruppen, som kun modtager personlig pleje, er kvindeandelen noget lavere, 46 %, hvilket kan skyldes, at færre mænd er enlige pga. kvindernes længere levealder. Det underbygges af, at kun 30 %, der udelukkende modtager personlig pleje, er enlige (næsten samme niveau som gruppen uden hjemmepleje), mens grupperne, som modtager begge typer ydelser eller kun praktisk hjælp, i 75-80 % af tilfældene er enlige. 3 % af personerne, som får hjemmepleje, er blevet enke/enkemand inden for det sidste år, mens det kun er tilfældet for 1 % af personerne, der ikke får hjemmepleje.

Den observerede gennemsnitlige erhvervs erfaring er 19 år for personer, som ikke får hjemmepleje, mens den er 10 år for personer, som får hjemmepleje. Tallene medtager alene lønnet erhvervs erfaring fra 1964 og frem og opgøres som fuldtidsår i lønnet beskæftigelse. En overvægt af kvinder vil i den undersøgte periode ikke have været en del af det formelle arbejdsmarked, hvilket påvirker gennemsnittet af det formelle arbejdsmarked, og da der er en overvægt af kvinder, der modtager hjemmepleje qua deres længere levetid, skal man passe på med at drage direkte konklusioner på baggrund af de observerede data, men der skal kontrolleres for andre faktorer, hvilket er formålet med regressionsanalyserne.

Andelen af ufaglærte er højere blandt personer, som får hjemmepleje: 52 % i forhold til 43 % blandt personer, der ikke får hjemmepleje. For alle øvrige kendte uddannel-

sesgrupper er andelen, der får hjemmepleje, derimod lavere end gruppen, der ikke får hjemmepleje.

Se tabel 2.2 Demografiske baggrundsvARIABLE for populationen

De sundhedsrelaterede baggrundsvARIABLE er vist i tabel 2.3. Umiddelbart er sundhedstilstanden ringere hos gruppen, som modtager hjemmepleje. Gruppen, som ikke modtager hjemmepleje har ca. 63 % højere omkostninger til almen læge (2.534 kr. vs. 1.555 kr.) og ca. 37 % højere omkostninger til speciallæge (1.638 kr. vs. 1.195 kr.). Højeste omkostninger relateret til almenpraktiserende læge har gruppen, som kun får personlig pleje. Samme mønster gør sig gældende for omkostninger til speciallæge/fysioterapeut m.m.

Medicinudgifter til receptpligtig medicin er i gennemsnit 4.200 kr. for personer, som ikke modtager hjemmepleje, mens de er 8.500 kr. for personer, som modtager hjemmepleje. Gruppen, som modtager hjemmepleje, er i gennemsnit indlagt på somatisk hospital syv dage om året mod 1,5 dage for gruppen uden hjemmepleje og 0,4 dage på psykiatrisk hospital i forhold til 0,1 dag for gruppen uden hjemmepleje.

Det gennemsnitlige antal ambulante somatiske besøg er seks besøg årligt for personer, som får hjemmepleje, mens det er 3,5 besøg for gruppen, som ikke får hjemmepleje, og for ambulante, psykiatriske besøg er det gennemsnitlige antal henholdsvis 0,3 og 0,1 besøg. Generelt for gruppen, som får hjemmepleje, er forbruget af sundhedsydelser lavere end for gruppen, som kun får praktisk hjælp, mens det er højest for gruppen, som kun får pleje.

Se tabel 2.3 Sundhedsrelaterede baggrundsvARIABLE

I forbindelse med stationær eller ambulant behandling tildeles patienten en diagnose. En person kan have flere indlæggelser og ambulante forløb og kan derfor også have flere diagnoser. Til gengæld kan en person have en

Tabel 2.2 Demografiske baggrundsvARIABLE for populationen

			Ingen hjemmepleje	Hjemmepleje	Både personlig pleje og praktisk hjælp	Kun praktisk hjælp	Kun personlig pleje
BaggrundsvARIABLE	Gennemsnitsalder, år	År	72,8	80,6	82,0	79,5	78,7
	Kvinder	%	52,2	69,0	72,2	72,0	45,6
	Bor alene	%	34,3	72,7	80,8	75,3	30,0
	Enke/enkemand inden for 1 år	%	1,2	2,7	2,6	3,3	1,1
	Gennemsnitlig erhvervs erfaring, år	År	18,7	10,3	8,9	11,4	13,1
Uddannelse	Grundskole	%	43,4	52,0	51,5	53,0	51,3
	Gymnasial	%	1,2	0,9	0,8	1,0	0,9
	Erhvervsfaglig	%	33,1	22,4	19,0	25,9	25,2
	Kort videregående	%	3,1	1,6	1,4	1,8	2,0
	Mellemlang videregående	%	10,7	5,6	4,7	6,4	6,6
	Lang videregående/Phd	%	3,9	1,7	1,4	1,6	2,8
	Ukendt uddannelse	%	4,8	15,8	21,1	10,3	11,2

Tabel 2.3 Sundhedsrelaterede baggrundsvARIABLE

			Ingen hjemmepleje	Hjemmepleje	Både personlig pleje og praktisk hjælp	Kun praktisk hjælp	Kun personlig pleje
Primær sundhedssektor	Gennemsnitlige omkostninger						
	Almenpraktiserende læge	Kr	1.555	2.534	2.722	2.136	3.001
	Speciallæge/fysioterapeut mm	Kr	1.195	1.638	1.524	1.618	2.182
Gennemsnitlige medicinudgifter	Medicinudgifter	Kr	4.149	8.464	9.339	6.875	9.832
Indlæggelsesdage	Somatisk hospital	Dage	1,4	6,7	8,5	3,1	10,7
	Psykiatrisk hospital	Dage	0,1	0,4	0,5	0,2	0,5
Ambulante besøg	Somatisk	N	3,5	6,0	6,0	5,4	8,5
	Psykiatrisk	N	0,1	0,3	0,4	0,1	0,5

diagnose, som ikke vil fremgå, hvis ikke personen har været indlagt eller i ambulans behandling for netop denne diagnose.

I tabel 2.4 er forekomsten af diagnoser opdelt på WHO's 21 diagnosegrupper.

De hyppigst forekommende diagnosegrupper for personer, som modtager hjemmepleje, er sygdomme i kredsløbsorganer samt læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger (typisk faldulykker). Begge disse har en forekomst på omkring 18 %. 13 % har sygdomme i knogler, muskler og bindevæv, og 11 % har svulster eller sygdomme i åndedrætsorganerne.

Se tabel 2.4 *Diagnoser*

2.3.1 Behovsfaktorer som forklarer hjælp

Med udgangspunkt i en logistisk regressionsmodel undersøges, hvor stor betydning de forskellige forklarende variable har for, om en person modtager hjemmepleje. Først estimeres en simpel 0-1 model, hvor de to grupper er personer som får hjemmepleje i forhold til personer, som ikke får hjemmepleje. Derefter estimeres en multipel logistisk regression, hvor gruppen som får hjemmepleje, er opdelt på personer, som kun får praktisk hjælp, kun får personlig pleje, eller som får begge dele. Alle i forhold til personer, som ikke får hjemmepleje. Outputtet er rapporteret som odds ratios.

Da kun personer, som har indlæggelser eller ambulante besøg, kan have en diagnose, er der lavet to modeller, hvor den ene er uden diagnoser, og den anden indeholder diagnoser, men ikke indlæggelsesdage og ambulante besøg. Resultatet af den simple model uden diagnoser er vist i tabel 2.5. Alle parametre er signifikante (vist med fed skrift).

Risikoen for at få hjemmepleje stiger ikke overraskende med alder. Oddsrationen for hvert år ældre en person er, er 1,12, dvs. at risikoen for at få hjemmepleje er 12 % større for hver år en person er ældre relativt til en sam-

menlignelig person, der ikke er et år ældre. Oddsrationen for at få hjemmepleje er 1,14 % for kvinder relativt til mænd, og 1,19, hvis personen er blevet enke/enkemand inden for det sidste år i. Bor en person alene, er oddsrationen 3 i forhold til en person, der ikke bor alene, og denne variabel har dermed blandt de forklarende variable størst enkeltbetydning for, om man får hjemmepleje.

For hvert års erhvervs erfaring falder risikoen for at få hjemmepleje med 2 %. I sig selv er der således ikke noget, der direkte tyder på, at nedslidning på arbejdsmarkedet i sig selv bidrager til et øget forbrug af hjemmepleje, da analysen tager højde for forbruget af sundhedsydelse, uddannelse osv. Dog kan man modsat ikke udelukke, at de personer, der formår at være mange år på arbejdsmarkedet, har nogle særlige karakteristika, som forbruget af sundhedsydelse mv. ikke opfanger i analyserne. Fx kunne man i princippet forestille sig, at personer, der er mange år på arbejdsmarkedet, har en særlig type arbejde, hvor der er i mindre grad tale om egentlig nedslidning. Som altid ved regressionsanalyser skal man være påpasselig med at udlede egentlige årsagssammenhænge, men i sig selv er der altså ikke noget i analysen, der tyder på, at flere år på arbejdsmarkedet vil medføre et øget behov for mere hjemmepleje.

Uddannelse er opdelt i uddannelsesgrupper, og alle analyser er lavet relativt til personer udelukkende med folkeskoleuddannelse. Jo længere uddannelse, jo lavere er risikoen for at få hjemmepleje. I forhold til personer udelukkende med folkeskoleuddannelse, mindsker en erhvervsfaglig uddannelse risikoen 9 %, kort og mellem lang videregående uddannelse mindsker risikoen 25 %, mens en lang videregående uddannelse mindsker risikoen 37 %.

Sundhedsfaktorerne har ligeledes betydning for risikoen for at modtage hjemmepleje. For hver 1.000 kr., der bruges hos almenpraktiserende læge, er risikoen for at få hjemmepleje 9 % højere, og for hver 1.000 kr., der bruges hos speciallæge/fysioterapeut mm., er risikoen for at få hjemmepleje 3 % højere. For hver 1000 kr., der bruges til medicin, er risikoen 5 % højere. For hver indlæggelsesdag på somatisk hospital er risikoen 4 %

Tabel 2.4 Diagnoser

			Ingen hjem- mepleje	Hjemme- pleje	Både per- sonlig pleje og praktisk hjælp	Kun prak- tisk hjælp	Kun per- sonlig pleje
Diagnose- grupper	1. Infektiose inkl. Parasitære sygdomme	%	1,0	3,7	4,7	1,9	5,6
	2. Svulster	%	7,9	11,4	10,8	10,4	17,1
	3. Sygdomme i blod og bloddannelsene organer og visse sygdomme, som inddrager immunsystemet	%	0,9	3,2	3,8	1,9	4,1
	4. Endokrine og ernæringsbetingede sygdomme samt stofskiftesygdomme	%	3,8	8,7	10,2	5,9	10,9
	5. Psykiske lidelser	%	1,9	7,4	10,3	2,6	10,3
	6. Sygdomme i nervesystemet	%	2,6	5,3	5,8	3,5	8,7
	7. Sygdomme i øje og øjenomgivelser	%	5,3	7,7	6,9	8,9	7,1
	8. Sygdomme i øre og processus mastoideus	%	3,5	5,1	5,1	5,4	4,7
	9. Sygdomme i kredsløbsorganer	%	9,8	18,7	19,7	15,9	23,4
	10. Sygdomme i åndedrætsorganer	%	3,3	10,6	12,6	6,9	14,5
	11. Sygdomme i fordøjelsesorganer	%	5,1	9,1	9,9	7,4	11,3
	12. Sygdomme i hud og underhud	%	1,2	2,6	3,1	1,7	3,4
	13 Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv	%	9,5	13,2	12,3	14,6	12,7
	14. Sygdomme i urin- og kønsorganer	%	4,0	7,9	8,8	5,6	11,2
	17. Medfødte misdannelser og kromosomsnomsligheder	%	0,1	0,2	0,1	0,2	0,3
	18. Symptomer og abnorme fund ikke klassificeret andetsteds	%	6,8	15,4	17,2	11,4	21,0
	19. Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger	%	7,7	18,2	23,0	10,7	22,2
	20. Ydre sygdoms- og dødsårsager	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	21. Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter til sundhedsvæsen	%	38,2	47,6	49,2	42,8	56,4

Tabel 2.5 Logistisk regression: Hjemmepleje=1

		Hjemmepleje	
		Oddratio	p-værdi
Baggrundsvariable	Alder (per år)	1,13	0,000
	Kvinder (ift mænd)	1,16	0,000
	Enke/enkemand indenfor 1 år	1,19	0,000
	Bor alene	3,01	0,000
	Erhvervs erfaring	0,98	0,000
Uddannelse	Grundskole		
	Gymnasial	0,81	0,000
	Erhvervsfaglig	0,91	0,000
	Kort videregående	0,75	0,000
	Mellemlang videregående	0,75	0,000
	Lang videregående/Phd	0,62	0,000
	Ukendt uddannelse	0,52	0,000
Primær sundhedssektor	Almenpraktiserende (1000 kr)	1,12	0,000
	Speciallæge/fysioterapeut mm (1000 kr)	1,04	0,000
Medicinudgifter	Medicinudgifter (1000 kr)	1,05	0,000
Indlæggelsesdage	Somatisk hospital	1,04	0,000
	Psykiatrisk hospital	1,01	0,000
Ambulante besøg	Somatisk	1,02	0,000
	Psykiatrisk	1,02	0,000

Note: Signifikante forskelle ved $p < 0,05$ er angivet med fed skrift.

højere for, at personen får hjemmepleje og tilsvarende 1 % for hver indlæggelsesdag på psykiatrisk hospital. Personer, som har ambulante somatiske og psykiatriske besøg, har 2 % højere risiko for at få hjemmepleje for hvert ambulante besøg, de har.

Se tabel 2.5 Logistisk regression: Hjemmepleje=1

I tabel 2.6 er kontakter til sundhedsvæsenet i form af indlæggelser og ambulante besøg belyst ved de diagnoser, der stilles i stedet for antallet af indlæggelsesdage og ambulante besøg. Den diagnosegruppe, som øger risikoen for at modtage hjemmepleje mest, er sygdomme i åndedrætsorganer (fx KOL). Er en person diagnosticeret med sygdomme i åndedrætsorganerne, er risikoen for

at modtage hjemmepleje 88 % højere, end hvis man ikke lider af sygdomme i åndedrætsorganerne. Personer med infektiøse sygdomme har 75 % større risiko for at modtage hjemmepleje, personer med psykiske lidelser har 75 % større risiko for at modtage hjemmepleje, og personer med sygdomme i nervesystemet og læsioner, forgiftninger m.m. har ca. 64 % højere risiko for at få hjemmepleje, alle set i forhold til ikke at lide af de nævnte sygdomme.

Se tabel 2.6 Logistisk regression, diagnoser: Hjemmepleje=1

I tabel 2.7 er den multiple regression, hvor hjemmeplejen er opdelt på de forskellige typer, vist. Ud over at se på oddsratios, dvs. hvorledes risikoen for at få de for-

Tabel 2.6 Logistisk regression, diagnoser: Hjemmepleje=1

		Hjemmepleje	
		Oddratio	p-værdi
Baggrundsvare	Alder	1,13	0,000
	Kvinder ift mænd	1,17	0,000
	Enke/enkemand indenfor 1 år	1,17	0,000
	Bor alene	3,03	0,000
	Erhvervs erfaring	0,98	0,000
Uddannelse	Grundskole		
	Gymnasial	0,80	0,000
	Erhvervsfaglig	0,90	0,000
	Kort videregående	0,74	0,000
	Mellemlang videregående	0,73	0,000
	Lang videregående/Phd	0,60	0,000
	Ukendt uddannelse	0,53	0,000
Primær sundhedssektor	Almenpraktiserende (1000 kr)	1,09	0,000
	Speciallæge/fysioterapeut mm (1000 kr)	1,03	0,000
Medicinudgifter	Medicinudgifter (1000 kr)	1,04	0,000
Diagnosegrupper	1. Infektiose inkl. Parasitære sygdomme	1,75	0,000
	2. Svulster	1,45	0,000
	3. Sygdomme i blod og bloddannelsene organer og visse sygdomme, som inddrager immunsystem	1,59	0,000
	4. Endokrine og ernæringsbetingede sygdomme samt stofskiftesygdomme	1,57	0,000
	5. Psykiske lidelser	1,75	0,000
	6. Sygdomme i nervesystemet	1,65	0,000
	7. Sygdomme i øje og øjenomgivelser	1,11	0,000
	8. Sygdomme i øre og processus mastoideus	1,03	0,100
	9. Sygdomme i kredsløbsorganer	1,37	0,000
	10. Sygdomme i åndedrætsorganer	1,88	0,000
	11. Sygdomme i fordøjelsesorganer	1,27	0,000
	12. Sygdomme i hud og underhud	1,31	0,000
	13 Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv	1,34	0,000
	14. Sygdomme i urin- og kønsorganer	1,31	0,000
	17. Medfødte misdannelser og kromosomabnormalier	1,27	0,005
	18. Symptomer og abnorme fund ikke klassificeret andetsteds	1,47	0,000
	19. Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger	1,64	0,000
	20. Ydre sygdoms- og dødsårsager	2,16	0,064
	21. Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter til sundhedsvæsen	1,20	0,000

skellige typer hjemmepleje afhænger af de forklarende variable i forhold til personer, som ikke får hjemmepleje, er det også muligt at sammenligne betydningen for de tre grupper i forhold til hinanden.

Oddsratio for alder viser, at risikoen for at modtage begge hjemmeplejetyper stiger mest med alder, mens alder kun har relativ lille betydning for risikoen for dem, der alene modtager praktisk hjælp. Kvinder har 17 % større risiko for at få begge typer hjemmepleje og 34 % større risiko for kun at få praktisk hjælp, mens risikoen for kun at få personlig pleje er mindre for kvinder end for mænd.

Er man blevet enke/enkemand inden for det sidste år, er risikoen for at modtage praktisk hjælp væsentlig større end for at modtage begge ydelser. Og bor personen alene, er der 4,4 gange større risiko for at modtage begge ydelser, mens risikoen for udelukkende at modtage praktisk hjælp er 3,6 gange større. Risikoen for udelukkende at få personlig pleje er til gengæld mindre, når man bor alene, hvilket tyder på, at personer, som er samboende, får praktisk hjælp af ægtefællen/samlever.

For grupperne, som modtager begge ydelser og kun personlig pleje, falder risikoen for at få hjemmepleje med uddannelseslængde. For personer, der kun får personlig pleje, er risikoen for at modtage hjælp dog lavere for personer med kort videregående uddannelse end for personer med en mellemlang videregående uddannelse. For personer, som kun får praktisk hjælp, er risikoen for at få ydelsen større for personer med erhvervsfaglig uddannelse end for ufaglærte, og risikoen er også større for personer med korte og mellemlange videregående uddannelser, end den var for personer, som enten får begge ydelser eller kun personlig pleje. Dette kan være udtryk for, at mens personer med længere uddannelse får forholdsvis færre plejeydelser, altså er mindre plejekrævende, så er de relativt mere tilbøjelige til udelukkende at få praktisk hjælp. Dette underbygges af oddsratios for sundhedsydelser, hvor det fremgår, at oddsratios for medicinforbrug, somatiske indlæggelser og omkostninger til almenpraktiserende læge er lavere for denne gruppe end for de to andre hjemmeplejegrupper.

Personer med en lang uddannelse vil dog også være mere tilbøjelige til selv at købe praktisk hjælp privat, og den hjælp figurerer ikke i de kommunale omsorgsregistre. Derfor kan betydningen af uddannelse for behovet for praktisk hjælp være overvurderet i analyserne, når der som i denne analyse alene tages udgangspunkt i offentligt betalt hjælp.

Se tabel 2.7 Multipel logistisk regression: Ingen hjemmepleje=0

I tabel 2.8 (se næste side) er kontakter til sundhedsvæsenet opgjort som diagnoser i stedet for indlæggelsesdage og ambulante besøg, og her findes en del af forklaringen på, at personer, som kun modtager praktisk hjælp, adskiller sig fra de to andre grupper. Personer, som kun har fået personlig pleje eller begge ydelser, ligner hinanden. De diagnoser, som øger risikoen for hjemmepleje for disse grupper mest, er psykiske lidelser, sygdomme i åndedrætsorganer (fx KOL), læsioner, forgiftninger m.m. (fx faldulykker), infektiøse inkl. parasitære sygdomme og endokrine og ernæringsbetingede sygdomme samt stofskiftesygdomme.

For personer, der kun får praktisk hjælp, er oddsratios generelt lavere, og de diagnoser, som har højest oddsratio, er sygdomme i knogler, muskler og bindevæv (fx gigt), medfødte misdannelser (fysiske handicap), sygdomme i åndedrætsorganer, svulster og sygdomme i kredsløbsorganer.

Se tabel 2.8 Multipel logistisk regression: Diagnoser, Ingen hjemmepleje=0 på næste side

2.3.2 Sundhedsprofil og modtagere af praktisk hjælp eller personlig pleje

I det følgende er data fra Sundhedsprofil 2010 brugt i analysen. Sundhedsprofil 2010 er baseret på en spørgeskemaundersøgelse om voksne danskernes sundhedsvaner, sygelighed og trivsel. Undersøgelsen blev gennemført samtidigt i landets regioner og kommuner, og 177.000 borgere over 16 år deltog. Sundhedsprofil 2010

Tabel 2.7 Multipel logistisk regression: Ingen hjemmepleje=0

		Både personlig pleje og praktisk hjælp		Kun praktisk hjælp		Kun personlig pleje	
		Oddratio	p-værdi	Oddratio	p-værdi	Oddratio	p-værdi
Baggrundsvariable	Alder	1,14	0,000	1,11	0,000	1,12	0,000
	Kvinder ift mænd	1,17	0,000	1,34	0,000	0,74	0,000
	Enke/enkemand indenfor 1 år	1,07	0,016	1,32	0,000	1,15	0,056
	Bor alene	4,38	0,000	3,58	0,000	0,56	0,000
	Erhvervs erfaring	0,98	0,000	0,99	0,000	0,98	0,000
Uddannelse	Grundskole						
	Gymnasial	0,76	0,000	0,90	0,017	0,72	0,000
	Erhvervsfaglig	0,84	0,000	1,03	0,004	0,78	0,000
	Kort videregående	0,71	0,000	0,82	0,000	0,65	0,000
	Mellemlang videregående	0,70	0,000	0,80	0,000	0,72	0,000
	Lang videregående/Phd	0,60	0,000	0,63	0,000	0,64	0,000
	Ukendt uddannelse	0,57	0,000	0,38	0,000	0,61	0,000
Primær sundhedssektor	Almenpraktiserende (1000 kr)	1,15	0,000	1,08	0,000	1,17	0,000
	Speciallæge/fysioterapeut mm (1000 kr)	1,03	0,000	1,04	0,000	1,05	0,000
Medicinudgifter	Medicinudgifter (1000 kr)	1,05	0,000	1,04	0,000	1,05	0,000
Indlæggelsesdage	Somatisk hospital	1,06	0,000	1,02	0,000	1,05	0,000
	Psykiatrisk hospital	1,01	0,000	1,01	0,000	1,01	0,000
Ambulante besøg	Somatisk	1,02	0,000	1,02	0,000	1,02	0,000
	Psykiatrisk	1,04	0,000	0,97	0,000	1,05	0,000

Note: Signifikante forskelle ved $p < 0,05$ er angivet med fed skrift.

Tabel 2.8 Multipel logistisk regression: Diagnoser, Ingen hjemmepleje=0

		Både personlig pleje og praktisk hjælp		Kun praktisk hjælp		Kun personlig pleje	
		Oddratio	p-værdi	Oddratio	p-værdi	Oddratio	p-værdi
Baggrundvariable	Alder	1,14	0,000	1,11	0,000	1,12	0,000
	Kvinder ift mænd	1,18	0,000	1,33	0,000	0,76	0,000
	Enke/enkemand indenfor 1 år	1,05	0,108	1,32	0,000	1,11	0,144
	Bor alene	4,40	0,000	3,65	0,000	0,57	0,000
Uddannelse	Erhvervs erfaring	0,98	0,000	0,99	0,000	0,98	0,000
	Grundskole						
	Gymnasial	0,74	0,000	0,90	0,017	0,69	0,000
	Erhvervsfaglig	0,83	0,000	1,03	0,019	0,76	0,000
	Kort videregående	0,69	0,000	0,82	0,000	0,63	0,000
	Mellemlang videregående	0,68	0,000	0,80	0,000	0,70	0,000
	Lang videregående/Phd	0,57	0,000	0,62	0,000	0,60	0,000
Ukendt uddannelse	0,59	0,000	0,38	0,000	0,63	0,000	
Primær sundhedssektor	Almenpraktiserende (1000 kr)	1,11	0,000	1,05	0,000	1,12	0,000
	Speciallæge/fysioterapeut mm (1000 kr)	1,03	0,000	1,03	0,000	1,04	0,000
Medicinudgifter	Medicinudgifter (1000 kr)	1,05	0,000	1,03	0,000	1,04	0,000
Diagnosegrupper	1. Infektiose inkl. Parasitære sygdomme	2,06	0,000	1,17	0,000	2,05	0,000
	2. Svulster	1,40	0,000	1,39	0,000	1,73	0,000
	3. Sygdomme i blod og bloddannelsesorganer og visse sygdomme, som inddrager immunsystem	1,82	0,000	1,26	0,000	1,61	0,000
	4. Endokrine og ernæringsbetingede sygdomme samt stofskiftesygdomme	1,82	0,000	1,25	0,000	1,71	0,000
	5. Psykiske lidelser	2,35	0,000	0,70	0,000	2,75	0,000
	6. Sygdomme i nervesystemet	1,90	0,000	1,22	0,000	2,01	0,000
	7. Sygdomme i øje og øjenomgivelser	0,98	0,183	1,31	0,000	0,94	0,056
	8. Sygdomme i øre og processus mastoideus	0,96	0,055	1,17	0,000	0,85	0,000
	9. Sygdomme i kredsløbsorganer	1,40	0,000	1,34	0,000	1,41	0,000
	10. Sygdomme i åndedrætsorganer	2,21	0,000	1,42	0,000	2,10	0,000
	11. Sygdomme i fordøjelsesorganer	1,34	0,000	1,20	0,000	1,27	0,000
	12. Sygdomme i hud og underhud	1,45	0,000	1,06	0,097	1,51	0,000
	13. Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv	1,24	0,000	1,58	0,000	1,07	0,006
	14. Sygdomme i urin- og kønsorganer	1,40	0,000	1,12	0,000	1,50	0,000
	17. Medfødte misdannelser og kromosomabnormalier	0,95	0,698	1,54	0,000	1,47	0,015
	18. Symptomer og abnorme fund ikke klassificeret andetsteds	1,58	0,000	1,30	0,000	1,56	0,000
	19. Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger	2,10	0,000	1,02	0,216	2,09	0,000
	20. Ydre sygdoms- og dødsårsager	3,13	0,013	1,22	0,803	0,54	0,568
	21. Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter til sundhedsvæsen	1,23	0,000	1,16	0,000	1,27	0,000

Note: Signifikante forskelle ved $p < 0,05$ er angivet med fed skrift.

Tabel 2.9 Population med oplysninger fra Sundhedsprofilen

		Ingen hjemmehjælp	Hjemmehjælp	I alt
Antal	N	18.242	1.910	20.152
%-fordeling af population	%	90,5	9,5	100,0

indeholder en række relevante variable, som ikke findes i det nationale datasæt, men som kan have betydning for efterspørgslen efter hjemmepleje, hvorfor data fra Sundhedsprofil 2010 er sammenkørt med registrene fra Danmarks Statistik. Da sundhedsprofilen er en stikprøve, er populationen noget mindre i denne analyse. 20.152 personer har besvarelser, hvilket udgør 2,6 % af den samlede population af personer på 65+ år, som bruges ovenfor.

Sundhedsprofilen indeholder en variabel for selvrapporteret helbred, som er inddelt i svarekategorierne:

- fremragende
- vældig godt
- godt
- mindre godt
- dårligt

Der er lavet en regression, hvor selvrapporteret helbred indgår som dummyvariable med 'godt helbred' som baseline. Denne regression indeholder ikke diagnoser, da der er korrelation mellem selvrapporteret helbred og selvrapporterede diagnoser.

Efterfølgende er lavet en regression, hvor selvrapporterede diagnoser indgår i forhold til de tidligere regressionser, hvor indlæggelsesdage og ambulante besøg ikke kan optræde i samme regression. Det er fundet muligt, at inddrage både antallet af sengedage, ambulante besøg og selvrapporterede diagnoser i samme regression. Dette skyldes, at de selvrapporterede diagnoser her ikke afhænger af, om personen har været indlagt eller i ambulante behandling, hvilket var tilfældet i den tidligere analyse.

Derudover indeholder sundhedsprofilen en række baggrundsvARIABLE, som ikke findes i registrene. De variable, som er medtaget i regressionen, er spørgsmål om:

- Er du uønsket alene?
- BMI
- Daglig rygning
- Problematisk alkoholforbrug.

Endvidere er oplysningen om etnisk baggrund inkluderet.

I den fulde population ovenfor var andelen, som får hjemmepleje, på 20 %, mens den kun er 10 % i stikprøvepopulationen (tabel 2.9).

Se tabel 2.9 Population med oplysninger fra Sundhedsprofilen

I tabel 2.10 er den beskrivende statistik for stikprøvepopulationen, som har besvaret spørgeskemaet, vist, og her fremgår det, at gennemsnitsalderen er lavere end for den fulde population i tabel 2.2. Derudover er andelen af kvinder lavere, færre bor alene, færre er blevet enke/enkemand inden for det sidste år, den gennemsnitlige erhvervs erfaring er længere, og andelen med længere uddannelse er højere i stikprøvepopulationen. Der er altså tale om, at ældre personer, som bor alene og har lavere uddannelse og kortere erhvervs erfaring, i nogen grad har undladt at besvare spørgeskemaet. Der kontrolleres for alle disse variable i regressionen, så resultatet af regressionen antages stadig at være validt. De ekstra baggrundsvARIABLE i tabel 2.10 viser, at andelen af personer med ikke-vestlig etnisk baggrund, som ikke får hjemmepleje, er 0,9 %, mens andelen, som får hjemmepleje, er 0,7 %. 3 % af personerne, som ikke får hjemmepleje, er uønsket alene, mens det er tilfældet for 14 % af personerne, som får hjemmepleje.

Gennemsnitlig BMI er en anelse lavere for gruppen, der får hjemmepleje, og andelen af personer med problematisk alkoholforbrug er ligeledes lavere, 13 % i forhold til 18 % af personer, der ikke får hjemmepleje. Derimod er andelen af daglige rygere højere for personer, der får hjemmepleje.

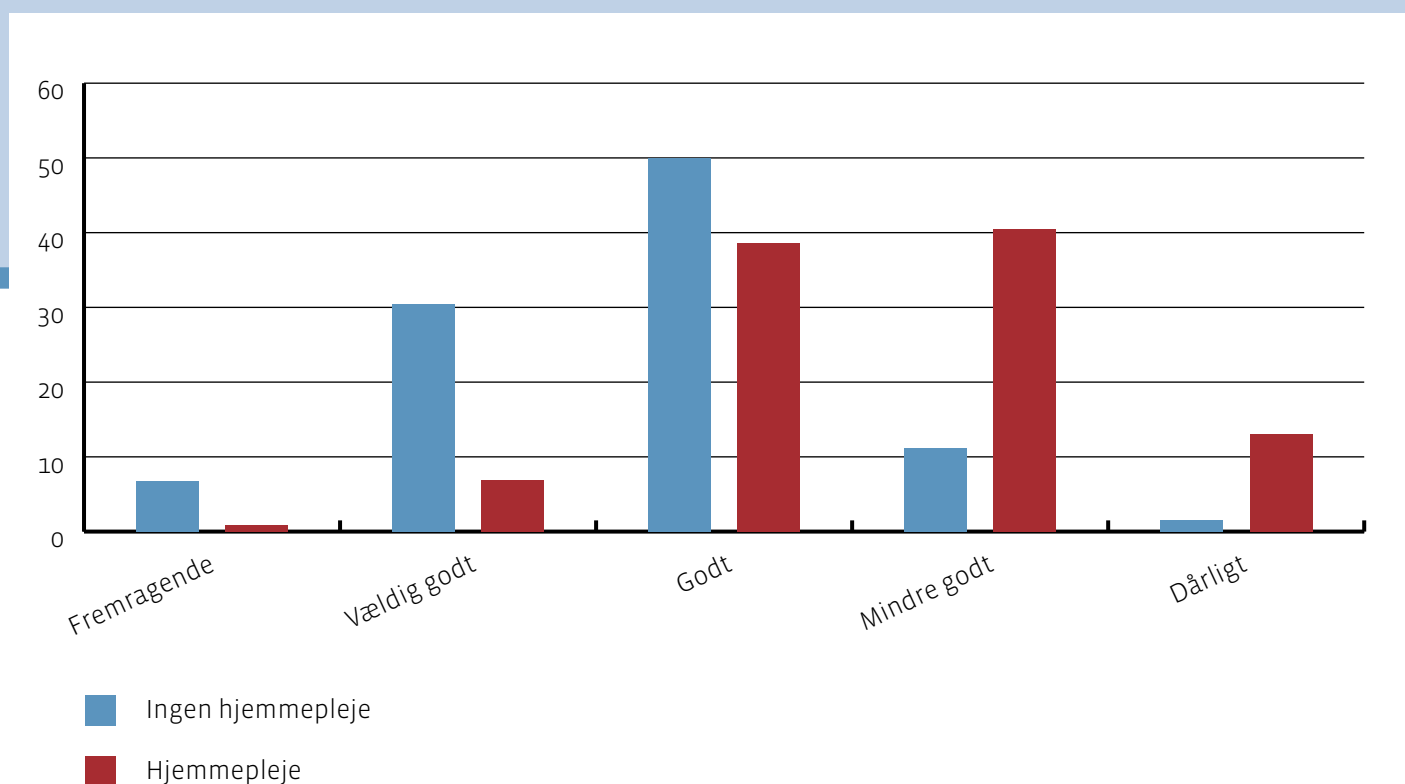
Omkostningerne til almenpraktiserende læge er gennemsnitligt 1.376 kr. for personer, der ikke modtager hjemmepleje, mens gruppen, som modtager hjemmepleje, gennemsnitligt bruger for 2.456 kr. Begge tal svarer til forbruget i de den fulde population.

De gennemsnitlige omkostninger til speciallæge/fysio-

Tabel 2.10 Beskrivende statistik for stikprøvepopulationen

			Ingen hjemmepleje	Hjemmepleje
Baggrundsvariable	Gennemsnitsalder, år	År	71,2	79,5
	Kvinder	%	46,7	63,6
	Bor alene	%	24,7	67,1
	Enke/enkemand inden for 1 år	%	1,0	3,5
	Gennemsnitlig erhvervs erfaring, år	År	22,2	12,7
	Ikke vestlig etnisk baggrund	%	0,9	0,7
	Uønsket alene	%	2,5	13,5
Sundhed	BMI	N	25,8	25,4
	Ryger dagligt	%	16,3	18,4
	Problematisk alkoholforbrug	%	17,7	12,8
Uddannelse	Grundskole	%	33,4	42,8
	Gymnasial	%	1,4	1,4
	Erhvervsfaglig	%	38,2	27,6
	Kort videregående	%	4,1	2,5
	Mellemlang videregående	%	14,7	9,2
	Lang videregående/Phd	%	5,6	2,7
	Ukendt uddannelse	%	2,5	13,8
Primær sundhedssektor	Gennemsnitlig omkostninger			
	Almenpraktiserende læge	Kr	1.376	2.459
	Speciallæge/fysioterapeut mm	Kr	1.168	2.198
Gennemsnitlige medicinudgifter	Medicinudgifter	Kr	3.279	7.974
Indlæggelsesdage	Somatisk hospital	Dage	1,0	6,4
	Psykiatrisk hospital	Dage	0,1	0,1
Ambulante besøg	Somatisk	N	3,4	6,5
	Psykiatrisk	N	0,0	0,2
Selvrapporteret helbred	Fremragende	%	6,8	0,9
	Vældig godt	%	30,5	6,9
	Godt	%	50,0	38,6
	Mindre godt	%	11,2	40,5
	Dårligt	%	1,5	13,0
Diagnoser	Astma	%	5,4	10,0
	Allergi	%	13,2	15,8
	Diabetes	%	8,2	13,7
	Forhøjet blodtryk	%	37,7	47,9
	Blodprop i hjertet	%	2,4	5,9
	Hjertekrampe	%	2,8	7,5
	Hjerneblødning	%	2,4	10,3
	Kronisk bronchitis/KOL	%	7,2	16,9
	Slidgigt	%	36,2	53,9
	Leddegigt	%	7,7	14,2
	Knogleskørhed	%	6,1	18,8
	Cancer	%	4,9	9,6
	Migræne	%	7,2	11,4
	Midlertidige psykiske lidelser	%	6,8	18,2
	Kroniske psykiske lidelser	%	1,3	5,6
	Ryglidelse	%	13,7	25,7
	Grå stær	%	9,9	25,3

Figur 2.1 Selvrapporteret helbred



terapeut m.m. er 1.168 kr. for personer, som ikke modtager hjemmepleje og 2.198 for den anden gruppe. Til sammenligning er den henholdsvis 1.198 og 1.638 i den fulde population, altså højere for gruppen, som modtager hjemmepleje.

Udgifterne til medicin er i snit 3.300 kr. for personer, som ikke modtager hjemmepleje, og 8.000 kr. for gruppen, som modtager hjemmepleje. Forskellen mellem de to grupper er større end for den fulde population.

Antal somatiske indlæggelser er i snit en dag for personer, som ikke modtager hjemmepleje, og 6,4 dage for personer, som modtager hjemmepleje. Igen lavere end for den fulde population for begge grupper. Antallet af psykiatriske indlæggelser er det samme for personer, som ikke får hjemmepleje, i begge populationer, 0,1, og mens det er det samme for personer, der får hjemmepleje, i stikprøvepopulationen, 0,1, var det 0,4 dage i den fulde population.

Det gennemsnitlige antal somatiske ambulante besøg er 3,4 besøg for personer, som ikke modtager hjemme-

pleje, og 6,5 for personer, som modtager hjemmepleje. For personer, som ikke modtager hjemmepleje, er der kun en lille forskel i forhold til den fulde population, mens det gennemsnitlige antal besøg er lavere i den fulde population for personer, der modtager hjemmepleje.

Selvrapporteret helbred fordelt over svarkategorierne er også vist i figur 2.1. Personer, som modtager hjemmepleje, rapporterer selv væsentligt dårligere helbred, end personer, der ikke modtager hjemmepleje.

Forekomsten af de selvrapporterede diagnoser viser, at over halvdelen af personerne, som modtager hjemmepleje, har slidgigt og næsten halvdelen forhøjet blodtryk. Disse diagnoser er også hyppigst forekommende i gruppen, som ikke modtager hjemmepleje.

Se tabel 2.10 Beskrivende statistik for stikprøvepopulationen

Se figur 2.1 Selvrapporteret helbred

Der er lavet to regressioner. Den første er vist i tabel 2.11, og der indgår selvrapporeret helbred. I den anden (tabel 2.12) indgår i stedet selvrapporerede diagnoser. Den første regression med selvrapporeret helbred er vist i tabel 2.11.

For de forklarende baggrundsvARIABLE, som også indgår i regressionen for den fulde population, er oddsratios generelt større. Alder, køn, enke/enkemand inden for 1 år, bor alene og erhvervs erfaring har alle større betydning for risikoen for, om der modtages hjemmepleje i analyserne på de nationale data end i analysen, der alene er baseret på Sundhedsprofil 2010-stikprøven.

De ekstra baggrundsvARIABLE fra Sundhedsprofilen er ikke signifikante for ikke-vestlig etnisk baggrund og problematisk alkoholforbrug. Disse to baggrundsvARIABLE har altså ikke statistisk signifikant betydning for, om en person får hjemmepleje eller ej. Dog er populationerne relativt små, hvorfor man skal tolke data med forsigtighed, fx er det tidligere fundet et mindre forbrug af hjemmepleje blandt indvandrere (Hansen & Siganos 2009), og at egentligt alkoholmisbrug er knyttet til et merforbrug af hjemmepleje (Kjellberg & Ibsen 2013), selv om et højrisiko alkoholforbrug ikke direkte kan knyttes til en højere forbrug af hjemmepleje. Rygere findes at have 52 % større risiko for at få hjemmepleje end ikke rygere, og for hver enhed BMI stiger med, er risikoen for at få hjemmepleje 2 % højere.

Størst påvirkning findes for personer, som er uønsket

alene. Er det tilfældet, er risikoen for at modtage hjemmepleje 91 % større end for personer, som ikke angiver at være uønsket alene.

For omkostninger til primærsektoren og medicinudgifter ligner resultaterne dem for den fulde population. Kontakter til det psykiatriske system er ikke signifikante i stikprøvepopulationen, hvilket var tilfældet for den fulde population. Det kunne tyde på, at færre psykisk syge har besvaret spørgeskemaet i sundhedsprofilen, hvilket også afspejles i en lavere andel med psykiatriske diagnoser (fra LPR og selvrapporeret).

Oddsratio for indlæggelsesdage på somatisk hospital er lavere for stikprøvepopulationen end for den fulde population, når der kontrolleres for selvrapporeret helbred. Oddsratios for det selvrapporerede helbred viser, at personer, der anser deres helbred for fremragende og vældig godt, har væsentlig lavere risiko for at få hjemmepleje i forhold til personer, som opfatter deres helbred som værende godt. Personer, som opfatter deres helbred som værende mindre godt eller dårligt, har meget større risiko for at få hjemmepleje – tre gange større risiko hvis helbredet er mindre godt, og fem gange højere risiko, hvis helbredet er dårligt. Begge sammenlignet til gruppen, der angiver, de har et godt helbred.

Se tabel 2.11 Logistisk regression: Sundhedsprofil – selvrapporeret helbred, Hjemmepleje=1

Tabel 2.11 Logistisk regression: Sundhedsprofil – selvrapporteret helbred, Hjemmepleje=1

		Hjemmepleje	
		Oddratio	p-værdi
Baggrundsvare	Alder	1,16	0,00
	Kvinder ift mænd	1,39	0,00
	Enke/enkemand indenfor 1 år	1,51	0,02
	Bor alene	3,35	0,00
	Erhvervs erfaring	0,99	0,00
	Ikke vestlig etnisk baggrund	0,51	0,07
	Uønsket alene	1,74	0,00
Sundhed	BMI	1,02	0,00
	Ryger dagligt	1,47	0,00
	Problematisk alkoholforbrug	1,16	0,09
Uddannelse	Grundskole	-	-
	Gymnasial	1,26	0,37
	Erhvervsfaglig	0,98	0,74
	Kort videregående	0,95	0,77
	Mellemlang videregående	0,99	0,90
	Lang videregående/Phd	0,74	0,09
	Ukendt uddannelse	1,03	0,85
Primær sundhedssektor	Almenpraktiserende (1000 kr)	1,12	0,00
	Speciallæge/fysioterapeut mm (1000 kr)	1,07	0,00
Medicinudgifter	Medicinudgifter (1000 kr)	1,03	0,00
Indlæggelsesdage	Somatisk hospital	1,01	0,01
	Psykiatrisk hospital	1,00	0,59
Ambulante besøg	Somatisk	1,02	0,31
	Psykiatrisk	0,51	0,07
Selvrapporteret helbred	Fremragende	0,34	0,000
	Vældig godt	0,51	0,000
	Godt	-	-
	Mindre godt	3,07	0,000
	Dårligt	5,22	0,000

I tabel 2.12 er den logistiske regression for stikprøvepopulationen vist, hvor selvrapporterede diagnoser indgår i regressionen i stedet for selvrapporteret helbred.

Se tabel 2.12 Logistisk regression: Sundhedsprofil-diagnoser, Hjemmepleje=1

De selvrapporterede diagnoser er for allergi, forhøjet blodtryk, blodprop i hjertet, hjertekrampe og migræne ikke signifikante, dvs. at disse diagnoser ikke har betydning for, om en person får hjemmepleje. Personer med astma har sågar mindre risiko for at modtage hjemmepleje end personer uden astma.

Risikoen for at modtage hjemmepleje er 2,4 gange højere, hvis man har haft en hjernebødning, 1,8 gange højere, hvis man har en ryglidelse og 1,7 gange højere ved knogleskørhed og kroniske psykiske lidelser.

2.4 Nyvisiterede borgere til praktisk hjælp eller personlig pleje

Flere af de initiativer, der er rettet mod at gøre ældre mere selvhjulpne, er specielt rettet mod borgere, der er nyvisiteret til hjemmeplejen. Derfor inkluderes kun nyvisiterede personer i den følgende analyse for at se, om denne gruppe af borgere adskiller sig væsentligt fra gruppen af borgere, der allerede modtager ydelser fra hjemmeplejen. Nyvisiteringer opdeles på praktisk hjælp og personlig pleje, således at en person, som ikke har fået henholdsvis praktisk hjælp eller personlig pleje inden for det sidste år, betragtes som nyvisiteret. Når der konsekvent opdeles på praktisk hjælp og personlig pleje, kan en person, som har fået praktisk hjælp inden for det sidste år, godt blive nyvisiteret til personlig pleje og omvendt. Ligeledes kan der nyvisiteres til begge typer ydelser på samme tid, men disse vil ikke indgå som en speciel gruppe, da en nyvisitering til en ydelse ikke afhænger af nyvisitering til den anden ydelse. Det

vil dog fremgå, om der har været givet andre ydelser op til nyvisiteringen.

Til at kortlægge forløbet op til en nyvisitering til praktisk hjælp eller personlig pleje analyseres de fire måneder, der ligger før nyvisitering for det nationale datasæt. Alle fire måneder er vist for at identificere udvikling i forløbet op til nyvisiteringen. Der er ikke inkluderet mere end fire måneder forud, da tidligere hændelser vurderes for usikre til at kunne henføres til en nyvisitering. Der er lavet en statistik analyse, som viser, om ydelserne fra fire måneder før visiteringen ændres signifikant frem mod visiteringstidspunktet. Altså fire måneder før er baseline, og der ses på måned 3, 2 og 1 i forhold til måned 4.

Borgere, som nyvisiteres til henholdsvis personlig pleje og praktisk hjælp i løbet af 2010, er beskrevet i tabel 2.13. 30.257 borgere nyvisiteres til personlig pleje, og 22.486 nyvisiteres til praktisk hjælp. Ud af de 99.800 borgere, som får personlig pleje i 2010, er 30 % nyvisiterede, og i forhold til hele populationen af borgere på 65 år og derover er 3,9 % nyvisiterede til personlig pleje.

Tilsvarende er 16 % af de 141.518 borgere, som får praktisk hjælp i 2010, nyvisiterede, mens de udgør 2,9 % af hele populationen.

Borgere, som nyvisiteres til personlig pleje, har for 40 %'s vedkommende fået praktisk hjælp inden for det sidste år, og 24 % nyvisiteres til både personlig pleje og praktisk hjælp. 17 % af borgerne, som nyvisiteres til praktisk hjælp, har tidligere fået personlig pleje, og 32 % nyvisiteres til både personlig pleje og praktisk hjælp. Gennemsnitsalderen er lavere for nyvisiterede borgere, end for borgere som allerede får hjemmepleje, hvilket også er forventet.

Den lavere gennemsnitsalder betyder, at andelen af nyvisiterede kvinder er lavere end for hele populationen, da kvinder lever længere, færre bor alene, og færre har mistet deres ægtefælle inden for et år. Det forklarer også de forskelle, der er i uddannelsesfordelingen, da yngre borgere har lidt højere uddannelse.

Tabel 2.12 Logistisk regression: Sundhedsprofil-diagnoser, Hjemmepleje=1

		Hjemmepleje	
		Oddratio	p-værdi
Baggrundsvare	Alder	1,17	0,000
	Kvinder ift mænd	1,33	0,000
	Enke/enkemand indenfor 1 år	1,55	0,013
	Bor alene	3,22	0,000
	Erhvervs erfaring	0,99	0,000
	Ikke vestlig etnisk baggrund	0,55	0,110
	Uønsket alene	1,91	0,000
Sundhed	BMI	1,02	0,009
	Ryger dagligt	1,52	0,000
	Problematisk alkoholforbrug	1,17	0,087
Uddannelse	Grundskole	-	-
	Gymnasial	1,14	0,610
	Erhvervsfaglig	0,92	0,251
	Kort videregående	0,82	0,279
	Mellemlang videregående	0,86	0,159
	Lang videregående/Phd	0,65	0,013
	Ukendt uddannelse	0,99	0,958
Primær sundhedssektor	Almenpraktiserende (1000 kr)	1,14	0,000
	Speciallæge/fysioterapeut mm (1000 kr)	1,07	0,000
Medicinudgifter	Medicinudgifter (1000 kr)	1,04	0,000
Indlæggelsesdage	Somatisk hospital	1,06	0,000
	Psykiatrisk hospital	1,00	0,587
Ambulante besøg	Somatisk	1,01	0,001
	Psykiatrisk	1,01	0,479
Diagnoser	Astma	0,75	0,019
	Allergi	1,19	0,053
	Diabetes	1,40	0,000
	Forhøjet blodtryk	0,94	0,329
	Blodprop i hjertet	1,10	0,538
	Hjertekrampe	1,10	0,487
	Hjerneblødning	2,38	0,000
	Kronisk bronchitis/KOL	1,41	0,000
	Slidgigt	1,17	0,015
	Leddegigt	1,18	0,081
	Knogleskørhed	1,67	0,000
	Cancer	1,55	0,000
	Migræne	1,14	0,220
	Midlertidige psykiske lidelser	1,36	0,001
	Kroniske psykiske lidelser	1,71	0,002
	Ryglidelse	1,74	0,000
	Grå stær	1,19	0,023

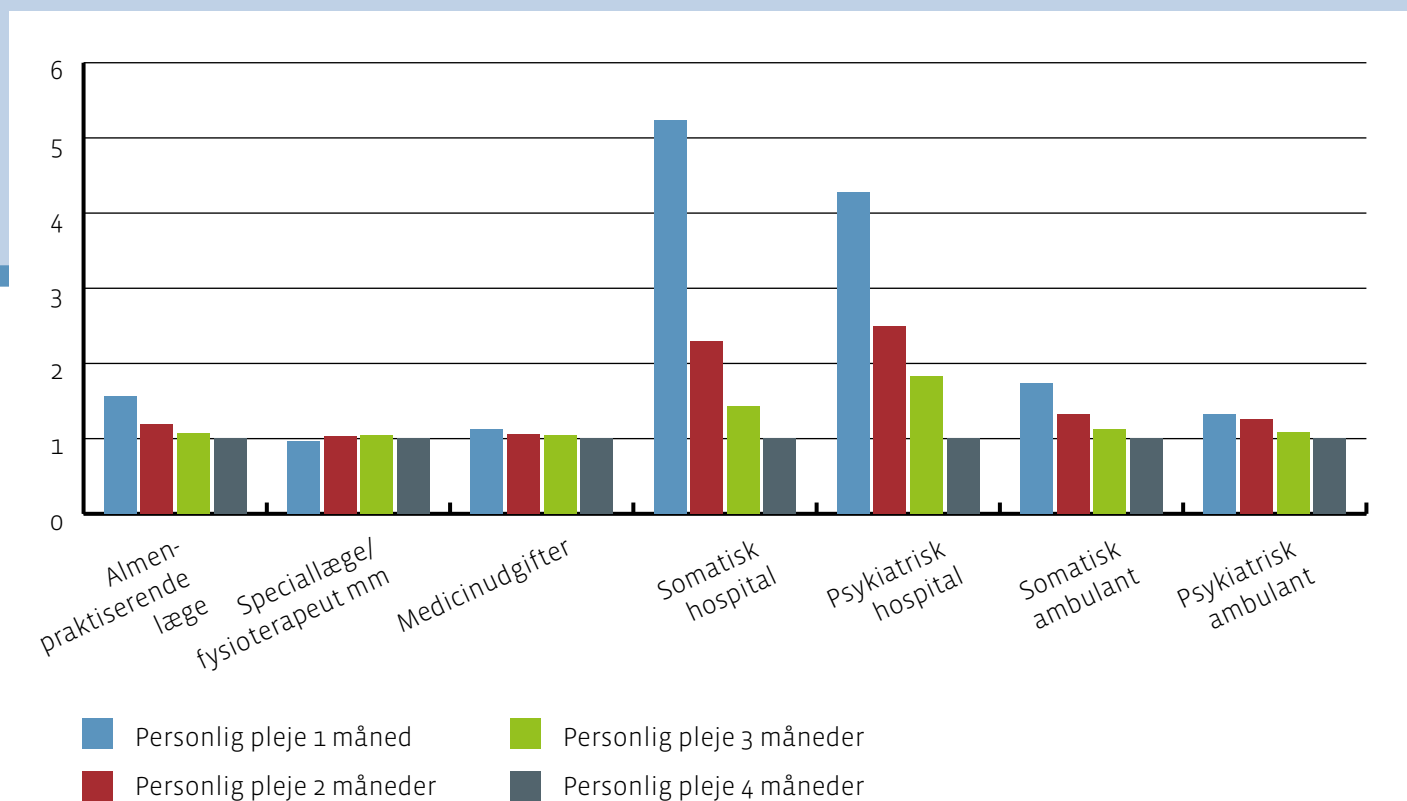
Tabel 2.13 Beskrivende statistik for nyvisiterede borgere, 2010

			Personlig pleje	Praktisk hjælp
Antal ny visiterede	Ny visiterede	N	30.257	22.486
Andre visiteringer	Tidligere personlig pleje	%	-	16,5
	Tidligere praktisk hjælp	%	39,9	-
	Ny visiteret til både pleje og praktisk	%	23,7	32,1
Baggrundvariable	Gennemsnitsalder	År	79,7	78,7
	Andel kvinder	%	62,4	64,6
	Bor alene	%	61,2	61,5
	Enke/enkemand indenfor 1 år	%	2,3	2,3
Uddannelse	Gennemsnitlig erhvervs erfaring	År	11,7	12,5
	Grundskole	%	52	52,6
	Gymnasial	%	1	1
	Erhvervsfaglig	%	24	25,7
	Kort videregående	%	1,8	1,9
	Mellemlang videregående	%	6,2	6,8
	Lang videregående/Phd	%	2,2	2,1
Ukendt uddannelse	%	12,8	9,9	

Tabel 2.14 Ydelser fire måneder op til visiteringstidspunktet

			Personlig pleje Periode for visiteringstidspunkt				Praktisk hjælp Periode for visiteringstidspunkt			
			1 mdr.	2 mdr.	3 mdr.	4 mdr.	1 mdr.	2 mdr.	3 mdr.	4 mdr.
Primær sundhedssektor	Gennemsnitlige omkostninger									
	Almenpraktiserende læge	Kr	308	235	210	197	271	226	199	188
	Speciallæge/fysioterapeut mm	Kr	115	122	124	119	124	126	126	122
Gennemsnitlige medicinudgifter	Medicinudgifter	Kr	757	710	696	671	672	630	608	594
Indlæggelsesdage	Somatisk hospital	Dage	2,71	1,19	0,74	0,52	2,22	1,03	0,67	0,48
	Psykiatrisk hospital	Dage	0,11	0,07	0,05	0,03	0,09	0,06	0,05	0,03
Ambulante besøg	Somatisk	N	1,06	0,80	0,69	0,61	0,97	0,73	0,61	0,55
	Psykiatrisk	N	0,020	0,019	0,016	0,015	0,019	0,018	0,019	0,015

Note: Signifikante forskelle mellem fire måneder og de andre tidspunkter er angivet med fed skrift.

Figur 2.2 Udvikling i ydelser, personlig pleje, indekseret

Generelt adskiller nyvisiterede sig fra den samlede population af borgere, som får hjemmepleje ved at være yngre og dermed også på en række aldersafhængige baggrundsvariable.

Se tabel 2.13 *Beskrivende statistik for nyvisiterede borgere, 2010*

I det følgende analyseres ydelserne i fire måneder op til visitationstidspunktet. Ydelserne består som tidligere af omkostninger til henholdsvis praktiserende læge og speciallæge/fysioterapeut m.m., gennemsnitlige medicinudgifter, indlæggelsesdage på somatisk og psykiatrisk hospital samt somatiske og psykiatriske ambulante besøg. Ydelserne er opgjort pr. måned, så månederne kan sammenlignes.

Til at teste, om udviklingen over tid er signifikant, er der brugt parvise sammenligninger af tidspunkterne 4 måneder-3 måneder, 4 måneder-2 måneder og 4 måneder-1 måned.³ I tabel 2.14 og figur 2.2 og 2.3 er ydelsernes udvikling over tid vist. I figurene er udviklingen indekseret, hvor fire måneder før visiteringstidspunktet er indekseret til 1.

³ Da data ikke er af en beskaffenhed, hvor der kan bruges en model, hvor der forudsættes normalfordeling, har vi brugt Wilcoxon signed rank test.

I tabellen fremgår det, at niveauet for ydelserne generelt er lavere for borgere, som er visiteret til praktisk hjælp end borgere, der er visiteret til personlig pleje, hvilket er som forventet, da plejetunge borgere må forventes af have et højere ydelsesniveau. Af figurene 2.2 og 2.3 fremgår det, at specielt indlæggelser stiger frem mod visitationstidspunktet og er specielt højt måneden før visitationstidspunktet. Det gælder for både somatiske og psykiatriske indlæggelser – dog mest for somatiske indlæggelser. Stigningen er signifikant.

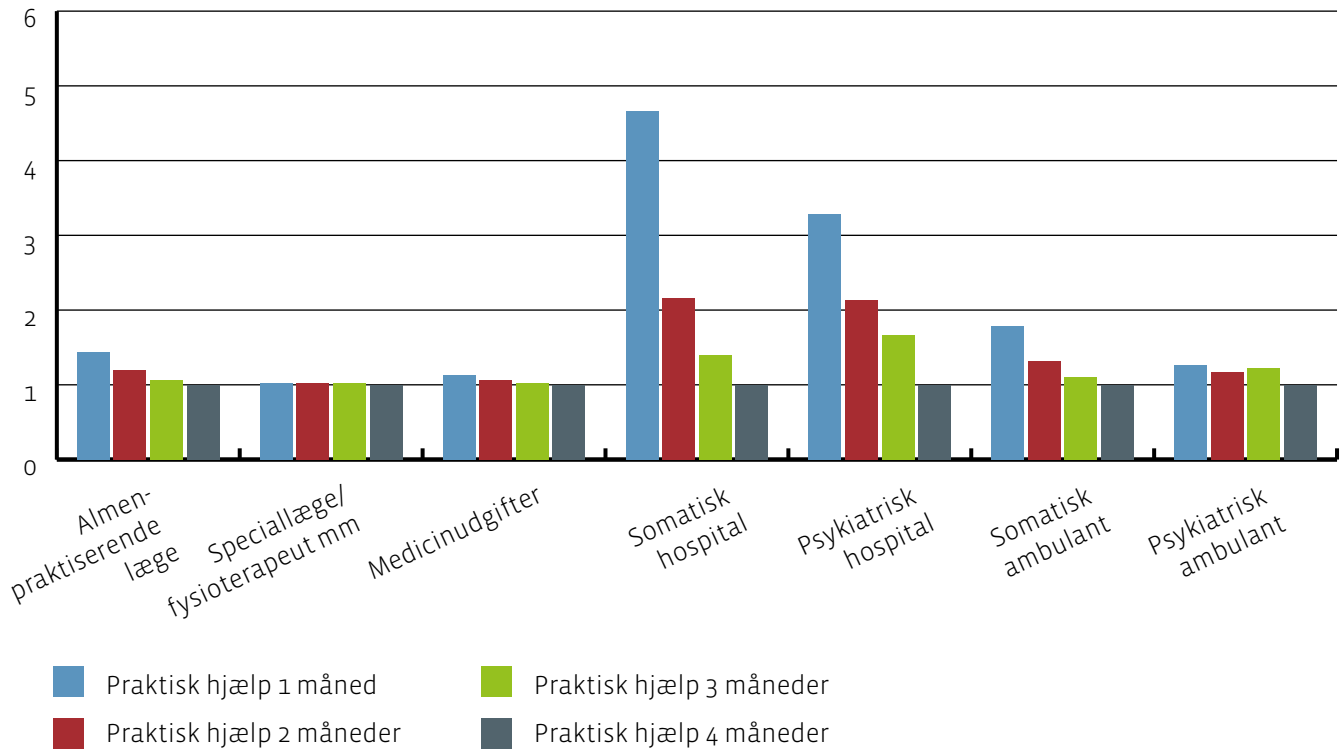
Samme mønster, men ikke helt så udtalt, er omkostningerne til praktiserende læge og ambulante somatiske ydelser.

Medicinudgifter stiger over perioden, og stigningen er signifikant, men der er ikke tale om markante stigninger. Omkostninger til speciallæge/fysioterapeut m.m. er ikke stigende op til visitationstidspunktet.

Se tabel 2.14 *Ydelser fire måneder op til visiteringstidspunktet*

Se figur 2.2 *Udvikling i ydelser, personlig pleje, indekseret*

Se figur 2.3 *Udvikling i ydelser, praktisk hjælp indekseret*

Figur 2.3 Udvikling i ydelser, praktisk hjælp indekseret

Til sidst analyseres de diagnoser, der bliver stillet i forbindelse med indlæggelser og ambulant behandling op til visitationstidspunktet.⁴

Mønstret over tid følger det mønster, der blev fundet for indlæggelser og ambulant behandling for de fleste diagnoser, idet der sker en markant stigning i den sidste måned før visiteringstidspunktet (tabel 2.15, figur 2.4 og 2.5).

De hyppigst forekommende diagnoser er i grupperne svulster, sygdomme i kredsløbsorganer og læsioner m.m. (ofte brud).

Se tabel 2.15 Diagnoser i forbindelse med indlæggelser og ambulant behandling fire måneder op til visitering, personlig pleje

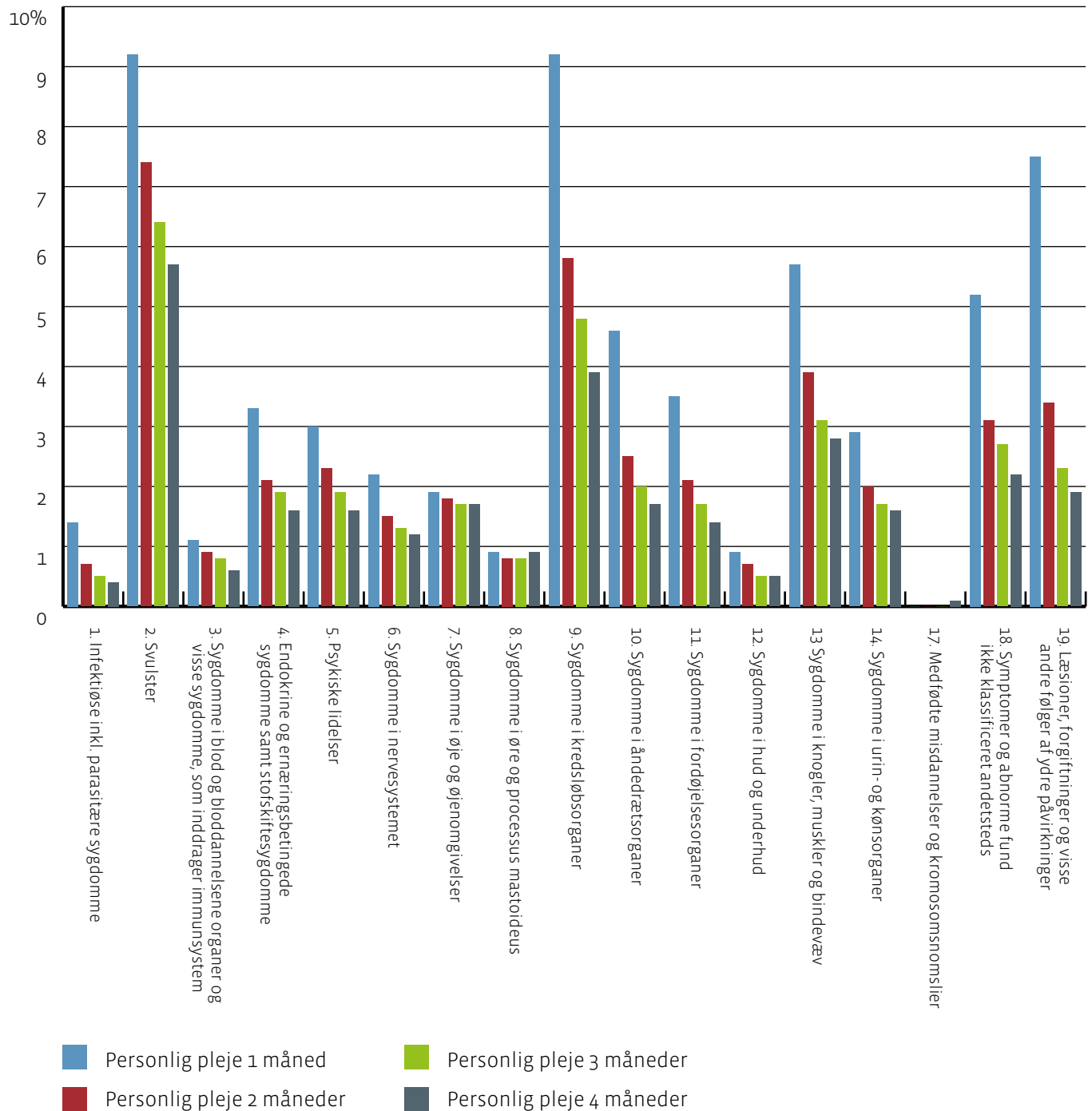
⁴ Til at estimere, om udviklingen er signifikant, er brugt en repeated measures logistisk model for hver diagnose.

Tabel 2.15 Diagnoser i forbindelse med indlæggelser og ambulante behandling fire måneder op til visitering, personlig pleje

Diagnosegrupper		Personlig pleje				Praktisk hjælp			
		Periode før visiteringstidspunkt				Periode før visiteringstidspunkt			
		1 mdr.	2 mdr.	3 mdr.	4 mdr.	1 mdr.	2 mdr.	3 mdr.	4 mdr.
1. Infektiøse inkl. Parasitære sygdomme	%	1,4	0,7	0,5	0,4	1,2	0,6	0,5	0,3
2. Svulster	%	9,2	7,4	6,4	5,7	8,5	6,5	5,2	4,7
3. Sygdomme i blod og bloddannelsesorganer og visse sygdomme, som inddrager immunsystem	%	1,1	0,9	0,8	0,6	1,0	0,8	0,7	0,5
4. Endokrine og ernæringsbetingede sygdomme samt stofskiftesygdomme	%	3,3	2,1	1,9	1,6	2,8	1,8	1,7	1,5
5. Psykiske lidelser	%	3,0	2,3	1,9	1,6	2,6	2,1	1,9	1,5
6. Sygdomme i nervesystemet	%	2,2	1,5	1,3	1,2	1,7	1,3	1,2	1,1
7. Sygdomme i øje og øjenomgivelser	%	1,9	1,8	1,7	1,7	1,9	1,8	1,7	1,7
8. Sygdomme i øre og processus mastoideus	%	0,9	0,8	0,8	0,9	0,8	0,7	0,7	0,7
9. Sygdomme i kredsløbsorganer	%	9,2	5,8	4,8	3,9	8,0	5,1	4,1	3,6
10. Sygdomme i åndedrætsorganer	%	4,6	2,5	2,0	1,7	3,5	2,0	1,6	1,3
11. Sygdomme i fordøjelsesorganer	%	3,5	2,1	1,7	1,4	2,8	1,9	1,5	1,2
12. Sygdomme i hud og underhud	%	0,9	0,7	0,5	0,5	0,6	0,5	0,4	0,4
13. Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv	%	5,7	3,9	3,1	2,8	5,9	4,1	3,3	2,9
14. Sygdomme i urin- og kønsorganer	%	2,9	2,0	1,7	1,6	2,5	1,7	1,5	1,3
17. Medfødte misdannelser og kromosomsnomsligheder	%	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
18. Symptomer og abnorme fund ikke klassificeret andetsteds	%	5,2	3,1	2,7	2,2	4,6	2,8	2,3	2,1
19. Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger	%	7,5	3,4	2,3	1,9	6,5	3,3	2,4	1,9
20. Ydre sygdoms- og dødsårsager	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
21. Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter til sundhedsvæsen	%	20,7	13,9	11,2	9,8	19,0	13,0	10,7	10,0

Note: Signifikante forskelle mellem fire måneder og de andre tidspunkter er angivet med fed skrift.

Figur 2.4 Diagnoser i forbindelse med indlæggelser og ambulante behandling fire måneder op til visitering, personlig pleje

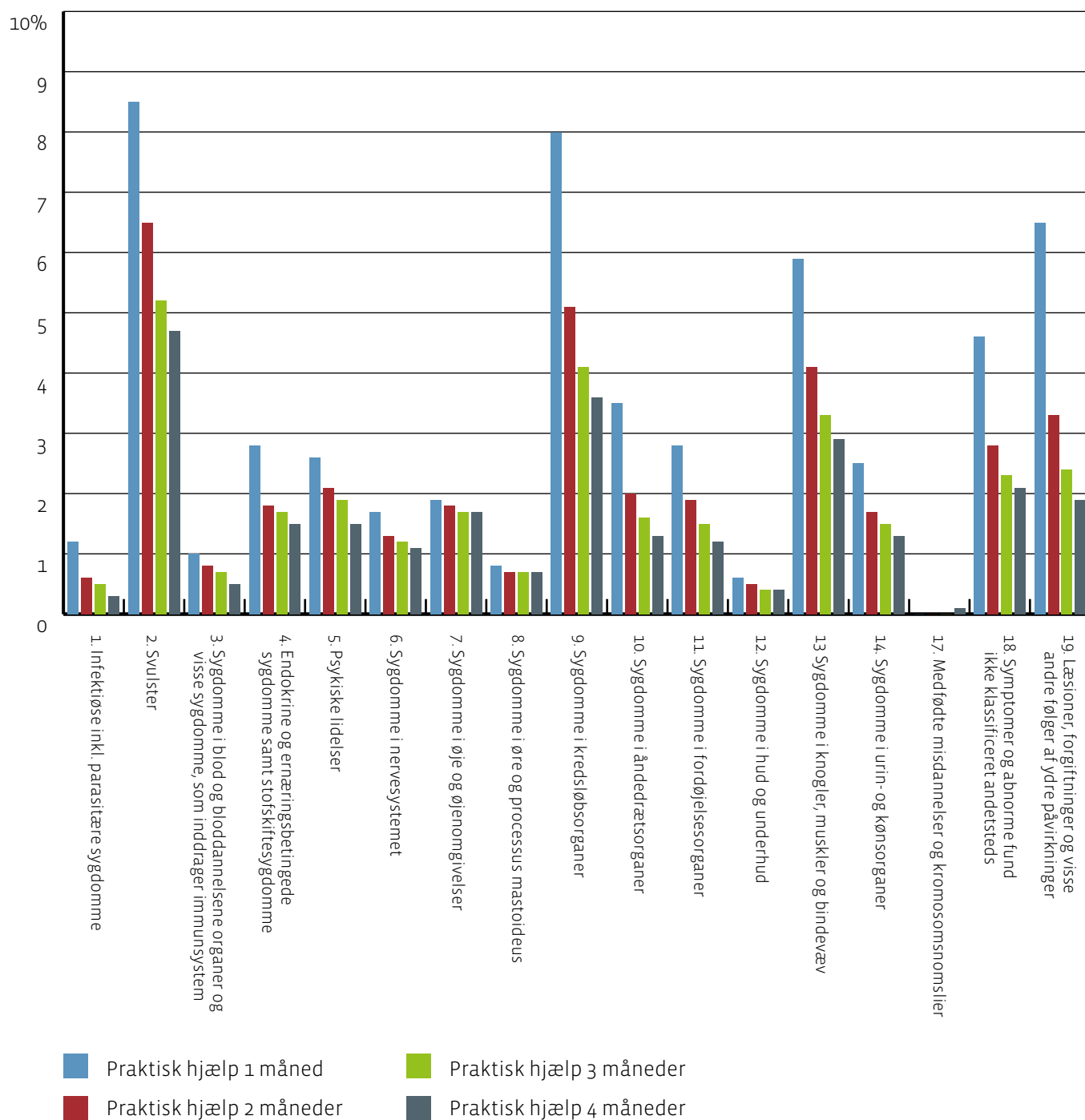


Se figur 2.4 Diagnoser i forbindelse med indlæggelser og ambulante behandling fire måneder op til visitering, personlig pleje

Se figur 2.5 Diagnoser i forbindelse med indlæggelser og ambulante behandling fire måneder op til visitering, praktisk hjælp

Analyserne finder, at for borgere, der modtager personlig pleje for første gang, gælder det, at for 19 ud af 21 sygdomsgrupper er der signifikant forskel på sygdomsforekomsten en måned før nyvisiteringen og fire måneder før nyvisiteringen. For praktisk bistand var det tilfældet for 17 ud af 21 sygdomsgrupper. Der er

Figur 2.5 Diagnoser i forbindelse med indlæggelser og ambulant behandling fire måneder op til visitering, praktisk hjælp



således en meget tæt sammenhæng mellem bevilling af hjemmepleje og ændringer i sundhedstilstanden. Særligt i perioden lige op til nyvisiteringen kan der ses et markant ændret sygdomsmønster. Dette kunne pege i retning af, at det i mange tilfælde ikke er et langsomt skred i funktionsniveauet, der udløser en visitation til

hjemmepleje, men at visitation ofte udløses af et relativt hurtigt fald i funktionsevne, som er kombineret med en sygehuskontakt.

2.4.1 Casebeskrivelser af forløb, som fører til behov for hjælp

Et udvalgt antal borgere, som var henvist til hjælp til selvhjælp i Roskilde Kommune (se afsnit 3.2) blev bl.a. spurgt om, hvad der førte frem til, at de fik behov for praktisk hjælp og/eller personlig pleje fra kommunen. Der er her eksempler på borgere, som har været ude for en pludselig begivenhed, som har medført indlæggelse på sygehus og et efterfølgende behov for hjælp og pleje. Nogle havde hjælp i forvejen fx til rengøring, mens den indtrufne begivenhed har medført et behov også for personlig pleje.

Anne er enlig kvinde på 85 år, som i ca. fem år har modtaget hjælp til støvsugning på grund af kunstige knæ og muskeligt. Hun faldt i midten af oktober og brækkede hoften og havde efter hjemkomsten omfattende hjælp, men får to måneder efter kun hjælp om morgenen og fortsat til støvsugning.

Dette og andre eksempler illustrerer de diagnoser, som de statistiske analyser, afdækker som nogle af de hyppigst forekommende. Det drejer sig om sygdomme i kredsløbsorganer (blodprop), læsioner (brud efter fald) og sygdomme i knogler (fx operation af ryg).

Peter er en mand på 78 år, som bor med ægtefælle. Han fik en blodprop i hjernen og blev indlagt på sygehus. Han blev fra sygehuset udskrevet til genoptræning på et kommunalt plejecenter, hvor han opholdt sig i fire måneder. To måneder efter genoptræningsopholdet får han hjælp til at komme ud af sengen og at komme i bad. Han får desuden hjælp til at blive barberet og til at få tøj. Han har fået et greb til toiletsæde og er blevet bevilget et greb til soveværelset, så han selv kan komme ud af sengen.

Jens er en enlig mand på 70 år. Han har tidligere haft midlertidig hjælp til rengøring efter en hjerteoperation. Da den ophørte, købte han sig til privat hjælp til rengøringen. Han havde endvidere fået bevilget en rollator for at kunne komme ud at handle. Han var så uheldig i begyndelsen af november at falde og fik brud på læn-

dehvirvlerne. Han blev endvidere ramt af en blodprop og blev indlagt på sygehus. Jens har også KOL. Han blev efter udskrivning visiteret til rengøring og et ugentligt bad, og derudover får han hjælp dagligt til morgentoilette. Han går til genoptræning to gange om ugen.

Inger er enlig kvinde på 81 år, som begyndte at få hjælp for 5-6 år siden, hvor hun samtidig flyttede til den nuværende bolig. Hjælpen begyndte efter en hjerteoperation og en hofteoperation. Hofteoperationen gik ikke helt godt, så hun kunne efterfølgende ikke gå på trapper. Hun har efterfølgende haft flere sygdomsforløb som følge af urinsyregigt og urinvejsinfektion med indlæggelser og efterfølgende midlertidigt ophold i plejecenter. Hun har i sidste omgang været indlagt på sygehus i to måneder og har efterfølgende haft et ophold på et plejecenter.

Eksemplerne illustrerer endvidere, at behovet for hjælp ofte kan være udløst af komplekse problemstillinger som følge af forløb, hvor funktionstab er forårsaget af flere ting. Iværksættelse af hjælp i forbindelse med udskrivning fra sygehus eller plejecenter er sket på personalets initiativ.

Der er imidlertid også borgere, som begynder at få personlig pleje eller praktisk hjælp, uden at det er forbundet med en pludselig begivenhed eller en sygehusindlæggelse. Blandt de interviewede er der borgere, som i længere tid har gået med funktionsnedsættelse, som har givet dem besvær i hverdagen. De har alle benyttet besøg af en forebyggende medarbejder som anledning til at søge om hjælp.

Grete er en enlig kvinde på 75 år, som i nogle år havde tænkt, at hun havde brug for hjælp, men hun havde ikke fået søgt. Grete havde gået længe med dårlig ryg (spinalstenose), som blev gradvist værre. Hun tænkte, at det også gav træning af ryggen at klare sig selv, men synes så, at nu kunne hun ikke mere. Grete har også dropfod og slidgigt i knæene. Endvidere har hun fået skadet den ene hånd under indlæggelse på sygehus. Da hun fyldte 75 i efteråret 2012 og fik besøg af en forebyggende medarbejder, benyttede hun sig af lejligheden til at nævne,

Tabel 2.16 Visiterede personer efter indførelsen af TSH i Odense Kommune

		Personlig pleje			Praktisk hjælp		
		§83	§86	I alt	§83	§86	I alt
Antal	N	308	335	643	146	174	320
%-fordeling af population	%	47,9	52,1	100	45,6	54,4	100

Kilde: Egne beregninger på datakilder fra Danmarks Statistik samt data fra Odense Kommune.

at hun havde brug for hjemmehjælp. Hun ville gerne have hjælp til gulvvask, støvsugning og sengetøj og selv klare at tørre støv af og ordne badeværelse.

Anmodning om hjælp kan endvidere være forårsaget af en forværring i en kronisk sygdom, som besværliggør udførelse af de daglige opgaver.

Ingrid er en enlig kvinde på 83 år, som har haft Parkinsons sygdom i flere år, men har alligevel klaret sig selv uden hjælp. Hun havde efterhånden fået flere smerter og blev hurtigere træt, når hun lavede noget. Hun oplever desuden stivhed i leddene. Da hun fik besøg af en forebyggende medarbejder, benyttede hun sig af lejligheden til at forhøre sig om muligheden for hjælp.

Tidligere undersøgelser har peget på, at det ikke så ofte er de ældre selv, der tager initiativ til hjælp (Hansen m.fl. 2002), men ofte professionelle eller pårørende. I eksemplerne er det naturligt, at det i de fleste tilfælde er personale, som har været involveret i borgernes behandlings- eller rehabiliteringsforløb, der tager initiativ til at iværksætte hjælp. I de øvrige tilfælde er det en belejlig anledning – besøg af forbyggende medarbejder – der fører til en anmodning om hjælp. Et interview med en beboer i plejebolig giver et eksempel på, at indflytningen mest er på familiens foranledning.

Inger er flyttet i plejebolig, fordi hun ikke længere kunne klare sig i sin bolig med hjemmehjælp. Hun var faldet og har boet midlertidigt på forskellige plejecentre, før hun flyttede ind i det nuværende plejecenter. Hun giver udtryk for, at indflytningen var hendes families beslutning, men hun var glad for at flytte ind.

2.5 Borgere der modtager tilbud om TSH

Til at lave en analyse af, hvilke faktorer der påvirker, om visitation sker til ordinær hjemmepleje efter Servicelovens § 83 eller TSH, anvendes som tidligere omtalt data fra Odense Kommune. Odense Kommune har indført

TSH i løbet af 2011 i fem forskellige distrikter. I denne analyse er distrikterne inkluderet fra det tidspunkt, hvor TSH indføres, og alle visiterede efter indførelsen og indtil 31-12-2011 er medtaget.

Visitationer opdeles på personlig pleje og praktisk hjælp efter samme princip som visitationer for hele populationen. Data for henvendelser er brugt til at afklare, hvorledes TSH-forløb afsluttes, og er ligeledes brugt til at identificere, hvem der er kilde til henvisningen. Data for henvendelser er ikke helt fyldestgørende, og en del visitationer til specielt § 83 optræder ikke. § 83-forløb af max en dags varighed, som ikke har en henvisning, er udeladt af data, da der er tale om enkeltstående besøg. Der er som tidligere lavet to logistiske regressioner, hvor den ene har indlæggelsesdage og ambulante behandlinger som forklarende variabler, mens den anden har diagnoser stillet i forbindelse med indlæggelser og ambulante behandlinger som forklarende variabler ud over baggrundsvariabler.

Da der ikke er oplysninger for alle henvendelser i data, er den logistiske regression, hvor kilden til henvendelsen er forklarende variabel, baseret på færre observationer. Da henvendelser mangler for flere visitationer til § 83, skal der tolkes med forsigtighed. Da en af kilderne til henvendelsen er sygehuset, indgår der ikke forklarende variabler fra LPR i regressionen, da de i så fald vil være korrelerede.

Fra TSH indføres indtil 31-12-2011, visiteredes 643 personer til personlig pleje og 320 personer til praktisk hjælp i Odense Kommune. Af disse visiteredes 52 % til TSH's plejemoduler og 54 % til TSH's praktisk hjælp moduler (tabel 2.16). De personer, som visiteres direkte til § 83, er vurderet uegnede til at modtage TSH.

Se tabel 2.16 Visiterede personer efter indførelsen af TSH i Odense Kommune

Forskellen på personer, som visiteres til henholdsvis TSH og ordinær hjemmepleje (§ 83), er vist i tabel 2.17. Der er umiddelbart forskelle mellem personerne, som får TSH og ordinær hjemmepleje for en stor del af variablerne,

Tabel 2.17 Beskrivende statistik for visiterede personer efter indførelsen af TSH i Odense Kommune

Baggrundsvare	Gennemsnitsalder, år	År	Personlig pleje		Praktisk hjælp	
			§83	TSH	§83	TSH
	Kvinder	%	62,0	72,5	60,3	68,4
	Bor alene	%	56,5	70,1	52,1	74,1
	Enke/enkemand inden for 1 år	%	1,9	2,7	1,4	2,3
	Gennemsnitlig erhvervs erfaring, år	År	12,9	12,3	13,3	14,9
Uddannelse	Grundskole/gymnasial	%	43,8	50,7	39,7	47,1
	Erhvervsfaglig	%	30,5	30,1	37,0	32,8
	Videregående uddannelse	%	12,0	11,3	11,6	14,9
	Ukendt uddannelse	%	13,6	7,8	11,6	5,2
Gennemsnitlige medicinudgifter	Medicinudgifter	Kr	2.614	2.058	2.418	2.010
Indlæggelsesdage	Somatisk hospital	Dage	5,6	7,8	3,9	6,9
Ambulante besøg	Somatisk	N	3,4	4,4	3,6	5,7
Diagnosegrupper	1. Infektiøse inkl. Parasitære sygdomme	%	3,2	2,4	0,7	2,3
	2. Svulster	%	21,4	16,1	28,1	17,2
	3. Sygdomme i blod og bloddannelse organer og visse sygdomme, som inddrager immunsystem	%	1,6	3,6	2,7	1,7
	4. Endokrine og ernæringsbetingede sygdomme samt stofskiftesygdomme	%	11,0	8,1	9,6	7,5
	5. Psykiske lidelser	%	6,2	2,4	8,2	2,3
	6. Sygdomme i nervesystemet	%	5,8	4,5	3,4	6,9
	7. Sygdomme i øje og øjenomgivelser	%	5,8	6,6	0,7	2,9
	8. Sygdomme i øre og processus mastoideus	%	3,9	5,1	2,7	2,9
	9. Sygdomme i kredsløbsorganer	%	18,5	22,4	14,4	21,8
	10. Sygdomme i åndedrætsorganer	%	10,4	12,2	6,2	14,4
	11. Sygdomme i fordøjelsesorganer	%	6,2	11,3	10,3	10,3
	12. Sygdomme i hud og underhud	%	4,2	4,2	2,1	4,0
	13 Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv	%	14,6	20,0	13,7	21,3
	14. Sygdomme i urin- og kønsorganer	%	8,8	8,7	8,2	6,9
	17. Medfødte misdannelser og kromosomsnomslie	%	0,0	0,0	0,0	0,0
	18. Symptomer og abnorme fund ikke klassificeret andetsteds	%	18,8	23,0	18,5	22,4
	19. Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger	%	16,6	36,4	17,8	28,2
	20. Ydre sygdoms- og dødsårsager	%	0,0	0,0	0,0	0,0
	21. Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter til sundhedsvæsen	%	49,0	63,6	49,3	62,6
Henviser	Personale	%	59,1	63,6	55,5	53,4
	Sygehus	%	16,9	27,5	11,6	27,0
	Egen læge/andre	%	3,2	0,6	5,5	0,0
	Borgeren	%	2,3	1,2	7,5	10,3
	Familie	%	6,2	4,8	9,6	9,2
	Ingen kilde	%	12,3	2,4	10,3	0,0

Kilde: Egne beregninger på datakilder fra Danmarks Statistik.

Table 2.18 Logistisk regression: TSH=1

Baggrundsvare		TSH - pleje		TSH - praktisk	
		Oddratio	p-værdi	Oddratio	p-værdi
Baggrundsvare	Alder	1,02	0,133	0,99	0,766
	Kvinder ift mænd	1,45	0,069	1,48	0,159
	Enke/enkemand indenfor 1 år	0,92	0,884	0,96	0,962
	Bor alene	1,68	0,005	2,31	0,001
Uddannelse	Erhvervs erfaring	1,00	0,730	1,01	0,453
	Grundskole/gymnasial	-	-	-	-
	Erhvervsfaglig	0,89	0,543	0,76	0,321
	Videregående uddannelse	0,84	0,527	1,01	0,989
Medicinudgifter	Ukendt uddannelse	0,39	0,003	0,43	0,087
	Medicinudgifter (1000 kr)	0,92	0,013	0,92	0,103
Indlæggelsesdage	Somatisk hospital	1,02	0,060	1,01	0,454
Ambulante besøg	Somatisk	1,07	0,011	1,09	0,014

Note: Signifikante forskelle ved $p < 0,05$ er angivet med fed skrift.

skellige, som det fremgår af de logistiske regressioner i tabel 2.18-2.20.

Se tabel 2.17 *Beskrivende statistik for visiterede personer efter indførelsen af TSH i Odense Kommune.*

Nederst i tabellen er fordelingen af kilden til henvisning opgjort, og for langt størstedelen af personerne er kilden til henvisningen kommunes personale. En anden forholdsvis stor kilde til henvisningerne er sygehuset – specielt til TSH.

I den første logistiske regression, der viser, hvad der karakteriserer dem, der får TSH frem for konventionel hjemmehjælp, anvendes indlæggelser og ambulante behandlinger som forklarende variable. Resultatet af den analyse er vist i tabel 2.18. De eneste signifikante resultater for personer henvist til plejeydelser er, at personer, som bor alene, har større risiko for at blive henvist til TSH, at personer henvist til TSH har lavere medicinomkostninger, samt at de har flere ambulante besøg.

For personer henvist til praktisk hjælp er risikoen for at blive henvist til TSH større, hvis man bor alene, og estimeret er større end for plejeydelser. Derudover er risikoen for at blive visiteret til TSH større, jo flere ambulante besøg, man har.

Er kontakter til somatiske behandlinger i stedet forklaret ved diagnoser stillet i forbindelse med kontakterne (tabel 2.19), kan man konstatere, at personer med svulster og psykiske lidelser er mindre tilbøjelige til at blive visiteret til TSH plejeydelser, mens de er mere tilbøjelige til at blive visiteret til TSH, hvis de er diagnosticeret med sygdomme i fordøjelsesorganerne (fx fordøjelses sygdomme og brok) og læsioner (typisk fald). Specielt sidstnævnte hænger sammen med, at TSH er et genoptræningsforløb.

Personer visiteret til praktisk hjælp er mindre tilbøjelige til at få TSH, hvis de er diagnosticeret med svulster (samme som for plejeydelser), mens de er mere tilbøjelige til at få TSH, hvis de er diagnosticeret med sygdomme i åndedrætsorganerne (typisk KOL).

Se tabel 2.19 *Logistisk regression: Diagnoser, TSH=1*

Slutteligt er der lavet en logistisk regression, hvor kilden til henvisningen er medtaget som forklarende variable. Ikke overraskende er risikoen for at blive visiteret til TSH større, når kilden er sygehuset. Igen hænger det sammen med, at TSH er et genoptræningsforløb. For plejeydelser er risikoen for at blive henvist til TSH lavere, hvis kilden er egen læge eller andre (for praktisk hjælp er der ikke observationer for denne kategori). Bemærk, at observationer uden oplysninger om kilden til henvisningen ikke er inkluderet i denne regression.

Tabel 2.19 Logistisk regression: Diagnoser, TSH=1

		TSH - pleje		TSH - praktisk	
		Oddratio	p-værdi	Oddratio	p-værdi
Baggrundsvare	Alder	1,01	0,590	0,98	0,410
	Kvinder ift mænd	1,34	0,186	1,49	0,198
	Enke/enkemand indenfor 1 år	1,00	0,998	1,61	0,644
	Bor alene	1,75	0,004	2,54	0,001
	Erhvervs erfaring	1,00	0,991	1,02	0,137
Uddannelse	Grundskole/gymnasial	-	-	-	-
	Erhvervsfaglig	0,91	0,642	0,88	0,681
	Videregående uddannelse	0,79	0,412	1,39	0,453
	Ukendt uddannelse	0,41	0,008	0,42	0,106
Medicinudgifter	Medicinudgifter (1000 kr)	0,90	0,005	0,88	0,020
Diagnosegrupper	1. Infektiose inkl. Parasitære sygdomme	0,85	0,754	4,09	0,259
	2. Svulster	0,60	0,030	0,34	0,001
	3. Sygdomme i blod og bloddannelse organer og visse sygdomme, som inddrager immunsystem	1,96	0,253	0,35	0,247
	4. Endokrine og ernæringsbetingede sygdomme samt stofskiftesygdomme	1,03	0,911	0,91	0,844
	5. Psykiske lidelser	0,30	0,010	0,19	0,012
	6. Sygdomme i nervesystemet	1,04	0,926	2,23	0,200
	7. Sygdomme i øje og øjenomgivelser	1,48	0,288	6,87	0,110
	8. Sygdomme i øre og processus mastoideus	1,56	0,300	1,48	0,621
	9. Sygdomme i kredsløbsorganer	1,27	0,274	1,29	0,455
	10. Sygdomme i åndedrætsorganer	1,46	0,191	3,81	0,006
	11. Sygdomme i fordøjelsesorganer	2,37	0,008	1,10	0,836
	12. Sygdomme i hud og underhud	1,11	0,808	3,70	0,095
	13 Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv	1,59	0,051	1,11	0,773
	14. Sygdomme i urin- og kønsorganer	1,01	0,978	0,96	0,929
	18. Symptomer og abnorme fund ikke klassificeret andetsteds	1,39	0,135	1,39	0,355
	19. Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger	2,94	0,000	1,60	0,157
	21. Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontak-ter til sundhedsvæsen	1,63	0,010	1,21	0,490

Note: Signifikante forskelle ved $p < 0,05$ er angivet med fed skrift.

Tabel 2.20. Logistisk regression: Kilde til henvisning, TSH=1

		TSH - pleje		TSH - praktisk	
		Oddratio	p-værdi	Oddratio	p-værdi
BaggrundsvARIABLE	Alder	1,01	0,389	0,98	0,435
	Kvinder ift mænd	1,34	0,173	1,37	0,283
	Enke/enkemand indenfor 1 år	0,89	0,831	1,24	0,815
	Bor alene	1,82	0,002	1,93	0,017
Uddannelse	Erhvervs erfaring	1,00	0,989	1,01	0,425
	Grundskole/gymnasial	-	-	-	-
	Erhvervsfaglig	0,91	0,622	0,82	0,487
	Videregående uddannelse	0,95	0,865	1,09	0,827
	Ukendt uddannelse	0,45	0,017	0,40	0,071
Medicinudgifter	Medicinudgifter (1000 kr)	0,93	0,027	0,92	0,074
Henviser	Personale	-	-	-	-
	Sygehus	1,77	0,007	2,52	0,006
	Egen læge/andre	0,19	0,038	NA	NA
	Borgeren	0,50	0,283	1,52	0,330
	Familie	0,73	0,386	1,03	0,947

Note: Signifikante forskelle ved $p < 0,05$ er angivet med fed skrift.

Tabel 2.21 Status ved afslutning af TSH, kun personer med afsluttede forløb

		Personlig pleje			Praktisk hjælp		
		Klarer selv	§83	I alt	Klarer selv	§83	I alt
Antal	N	100	107	207	58	56	114
%-fordeling af population	%	48,3	51,7	100	50,9	49,1	100

Se tabel 2.20. Logistisk regression: Kilde til henvisning, TSH=1

2.5.1 Status efter TSH-forløb

Af de personer, som bliver visiteret til TSH, får 80 % et forløb, mens de resterende 20 % enten ikke ønsker at modtage TSH, er selvhjulpne, før TSH-indsatsen begynder, eller er uegnede til forløbet (typisk får disse personer i stedet § 83 efter en vurdering). Derudover er der henholdsvis 19% af TSH-plejeforløbene og 13% af TSH praktisk hjælp-forløbene, som ikke er afsluttet ved data-periodens slutning.

De resterende TSH-forløb afsluttes enten med, at personen klarer sig selv (30 % for pleje og 33 % for praktisk

hjælp), eller de får § 83-ydelser efterfølgende (32 % for både praktisk hjælp og pleje). Det er disse to grupper, som indgår i den følgende analyse, som belyser baggrundsvareblenes betydning for, hvilke personer som efterfølgende klarer sig selv, og hvem som får § 83. Da der er relativt få observationer for gruppen, der modtager praktisk hjælp, er enke/enkemand inden for et år og uddannelse derfor udeladt fra analysen. Derudover er indlæggelser og ambulante besøg opgjort som dummy-variable for, om der har været indlæggelser eller ambulante besøg.

Status ved afslutningen af TSH viser, at 48 % klarer sig selv efter et plejeforløb, mens 51 % klarer sig selv efter et forløb med praktisk hjælp.

Se tabel 2.21 Status ved afslutning af TSH, kun personer med afsluttede forløb

Tabel 2.22 Beskrivende statistik for status ved afslutning af TSH, kun personer med afsluttede forløb

			Personlig pleje		Praktisk hjælp	
			Klarer selv	§83	Klarer selv	§83
Baggrundvariable	Gennemsnitsalder, år	År	79,6	79,9	77,1	77,2
	Kvinde	%	84,0	70,1	82,8	60,7
	Bor alene	%	78,0	71,0	86,2	73,2
Gennemsnitlige medicinudgifter	Medicinudgifter	Kr	2.047	1.875	1.594	2.128
Indlagt	Somatisk hospital	%	72,0	60,7	69,0	57,1
Ambulant behandling	Somatisk	%	94,0	86,9	96,6	85,7
Diagnosegrupper	1. Infektøse inkl. Parasitære sygdomme	%	2,0	0,9	1,7	1,8
	2. Svulster	%	10,0	16,8	12,1	16,1
	3. Sygdomme i blod og bloddannelse organer og visse sygdomme, som inddrager immunsystem	%	1,0	6,5	0,0	3,6
	4. Endokrine og ernæringsbetingede sygdomme samt stofskiftesygdomme	%	5,0	10,3	6,9	8,9
	5. Psykiske lidelser	%	1,0	2,8	0,0	3,6
	6. Sygdomme i nervesystemet	%	5,0	6,5	5,2	8,9
	7. Sygdomme i øje og øjenomgivelser	%	4,0	6,5	1,7	1,8
	8. Sygdomme i øre og processus mastoideus	%	6,0	3,7	0,0	3,6
	9. Sygdomme i kredsløbsorganer	%	22,0	17,8	19,0	23,2
	10. Sygdomme i åndedrætsorganer	%	10,0	13,1	6,9	14,3
	11. Sygdomme i fordøjelsesorganer	%	7,0	13,1	6,9	12,5
	12. Sygdomme i hud og underhud	%	5,0	1,9	6,9	1,8
	13 Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv	%	17,0	15,0	27,6	12,5
	14. Sygdomme i urin- og kønsorganer	%	6,0	9,3	3,4	8,9
	18. Symptomer og abnorme fund ikke klassificeret andetsteds	%	12,0	25,2	20,7	21,4
	19. Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger	%	53,0	27,1	41,4	21,4
	21. Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter til sundhedsvæsen	%	73,0	54,2	74,1	57,1

Tabel 2.23 Logistisk regression: Klarer selv=1

		Klarer sig selv efter pleje		Klarer sig selv efter praktisk	
		Oddratio	p-værdi	Oddratio	p-værdi
Baggrundvariable	Alder	1,00	0,95	0,99	0,82
	Kvinder ift mænd	2,20	0,03	3,43	0,01
	Bor alene	1,22	0,56	1,71	0,32
Medicinudgifter	Medicinudgifter (1000 kr)	1,02	0,80	0,84	0,12
Indlagt	Somatisk hospital	1,53	0,20	1,10	0,83
Ambulant behandling	Somatisk	1,89	0,25	5,12	0,07

Note: Signifikante forskelle ved $p < 0,05$ er angivet med fed skrift.

Tabel 2.24 Logistisk regression: Diagnoser, Klarer selv=1

		Klarer sig selv efter pleje	
		Oddratio	p-værdi
Baggrundvariable	Alder	0,99	0,55
	Kvinder ift mænd	2,50	0,04
	Bor alene	1,35	0,44
Medicinudgifter	Medicinudgifter (1000 kr)	1,10	0,28
Diagnosegrupper	1. Infektiøse inkl. Parasitære sygdomme	2,22	0,56
	2. Svulster	0,70	0,47
	3. Sygdomme i blod og bloddannelsesorganer og visse sygdomme, som inddrager immunsystem	0,19	0,15
	4. Endokrine og ernæringsbetingede sygdomme samt stofskiftesygdomme	0,68	0,55
	5. Psykiske lidelser	1,26	0,87
	6. Sygdomme i nervesystemet	0,73	0,68
	7. Sygdomme i øje og øjenomgivelser	0,31	0,13
	8. Sygdomme i øre og processus mastoideus	3,71	0,11
	9. Sygdomme i kredsløbsorganer	1,92	0,13
	10. Sygdomme i åndedrætsorganer	0,68	0,49
	11. Sygdomme i fordøjelsesorganer	0,58	0,32
	12. Sygdomme i hud og underhud	1,89	0,50
	13. Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv	0,79	0,60
	14. Sygdomme i urin- og kønsorganer	0,67	0,53
	18. Symptomer og abnorme fund ikke klassificeret andetsteds	0,43	0,07
	19. Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger	2,91	0,00
	21. Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter til sundhedsvæsen	2,98	0,00

Note: Signifikante forskelle ved $p < 0,05$ er angivet med fed skrift.

Tabel 2.22 viser den beskrivende statistik for personer, der henholdsvis klarer sig selv efter THS og får ordinær hjemmepleje (§ 83).

Se tabel 2.22 Beskrivende statistik for status ved afslutning af TSH, kun personer med afsluttede forløb

Hvilke forskelle i tabel 2.22, der er signifikante, er vist i tabel 2.23 og 2.24, hvor de logistiske regressioner er vist. I den første regression, hvor dummyvariable for, om der har været indlæggelser og ambulans behandling, er forklarende variable, er den eneste signifikante forskel, at kvinder har større chance for at klare sig selv efter et TSH-forløb end mænd.

Se tabel 2.23 Logistisk regression: Klarer selv=1

Inddrages i stedet diagnoserne, kan der kun laves en regression for plejeforløb, da modellen ikke er valid for praktisk hjælp (pga. for få observationer).

Chancen for at klare sig selv efter et TSH-forløb er større, hvis personen er diagnosticeret med læsioner m.m. (fx fald).

Se tabel 2.24 Logistisk regression: Diagnoser, Klarer selv=1

2.6 Opsamling og perspektivering

Ældre vil udgøre en stigende andel af befolkningen i Danmark i de kommende år, og når konsekvenserne heraf for den offentlige ældrepleje skal bedømmes, er det relevant at vurdere, i hvilket omfang livsstil, forbrug af sundhedsydelser og levevilkår påvirker efterspørgslen efter pleje- og omsorgsydelser

Populationen for analyserne er borgere på 65 år og derover med fokus på deres brug af personlig pleje og praktisk bistand. Oplysninger om personlig pleje og praktisk bistand er udtrukket fra Danmarks Statistik, og de er koblet med demografiske oplysninger, oplysninger om uddannelse og erhverv samt med oplysninger om forbrug fra sygesikringen og sengedage på hospital osv. Endvidere er der brugt stikprøvedata fra Sundhedsprofilen 2010 og data fra Odense Kommune.

Analyserne er gennemført som logistiske regressioner. Analyserne søger at afdække betydningen af forskellige parametre (fx alder, køn mv.) for, at en person modtager omsorgs- og plejeydelser.

Analyserne finder i overensstemmelse med tidligere undersøgelser, at risiko for at modtage hjemmepleje stiger med alderen, og at risikoen for at få hjemmepleje er større for kvinder, og hvis personen er blevet enke/enkemand inden for det sidste år. Generelt er det sådan, at hvis en person bor alene, så er risikoen for at få hjemmepleje tre gange højere, og særligt de, som er uønsket alene, har markant større risiko for at modtage hjemmepleje end personer, som ikke er. Analysen finder også, at rygere har større risiko for at få hjemmepleje, ligesom risikoen for at få hjemmepleje stiger med stigende BMI.

Lang uddannelse er i de nationale analyser knyttet til en lavere risiko for at få offentligt betalt hjemmepleje. Det kan dog ikke udelukkes, at en del af forskellen skyldes, at analysen alene medtager offentligt betalt hjemmepleje, hvor den bedst uddannede gruppe af befolkningen har lettere økonomisk adgang til privatbetalte

ydelser. Effekten af uddannelse er dog ikke signifikant i analysen, der medtager sundhedsprofildata, hvor der kontrolleres for selvvalgt helbred, rygning, BMI, alkoholforbrug mv., hvorfor effekten af uddannelse formodentlig snarere skal forklares med forskelle i levevilkår og sundhedsadfærd end med forskelle i økonomiske muligheder.

I både analysen baseret på de nationale data og i stikprøven baseret på Sundhedsprofil 2010, findes der, at længden af erhvervs erfaring reducerer risikoen for at få hjemmepleje. I sig selv er der således ikke noget, der direkte tyder på, at antallet af år på arbejdsmarkedet i sig selv bidrager til et øget forbrug af hjemmepleje, da regressioner tager højde for forbruget af sundhedsydelser, uddannelse osv. I en tidligere undersøgelse fra SFI Analyse, baseret på data fra ældredatabasen (Lauritzen m.fl. 2012), findes ikke samme statistiske signifikante sammenhæng mellem tidligere arbejdsmarkedsstatus og risikoen for modtagelse af hjemmepleje. Dog er der også i SFI's undersøgelse tendenser i samme retning.

Forbrug af sundhedsydelser findes at have meget stor korrelation med risikoen for at modtage hjemmepleje. Stigende forbrug af sundhedsydelser i såvel primær som sekundærsektoren er forbundet med højere risiko for at få hjemmepleje. Dette genfindes i både analyserne baseret på landspatientregisteret og analyserne fra Sundhedsprofilen. For personer, som modtager pleje, er det især psykiske lidelser, sygdomme i åndedrætsorganer (fx KOL), læsioner, forgiftninger m.m. (fx faldulykker), infektiøse sygdomme og ernæringsbetingede sygdomme, der er korreleret til et højt ydelsesforbrug. For personer, der alene får praktisk hjælp, er betydningen af sygdom generelt noget mindre, og her er der typisk diagnoser, som sygdomme i knogler, muskler og bindevæv (fx gigt), medfødte misdannelser (fysiske handicap), sygdomme i åndedrætsorganer, svulster og sygdomme i kredsløbsorganer. Grupperne adskiller sig således relativt meget fra hinanden i forhold til sygdomsmønsteret. I et rehabiliteringsperspektiv gør det naturligvis en forskel om en tilstand er kronisk eller af mere midlertidig varighed. Rehabiliteringspotentialer efter en læsion eller infektion vil alt andet lige være anderledes, end hvis borgeren

lider af en kronisk lidelse som gigt eller har et medfødt handicap. Dette kan således være med til at forklare, at tidligere evalueringer af TSH i Odense og Længst muligt i eget liv i Fredericia finder, at de rehabiliterende indsatser primært formår at nedbringe forbruget af personlig pleje og kun i mindre grad nedbringer forbruget af praktisk bistand, hvor praktisk ofte er knyttet til kronisk lidelse. (Kjellberg & Ibsen 2010, Kjellberg & Ibsen 2012).

Analysen af de nyvisiterede borgere til hjemmepleje finder, at der op til visitationen sker en markant ændring af personens forbrug af sundhedsydelser. For borgere, der er visiterede til personlig bistand, gælder det, at for 19 ud af 21 sygdomsgrupper er der signifikant forskel på sygdomsforekomsten en måned før visitationen og fire måneder før. For praktisk bistand var det tilfældet for 17 ud af 21 sygdomsgrupper. Der er således en meget tæt sammenhæng med bevilling af hjemmepleje og ændringer i sundhedstilstanden. Særligt i perioden lige op til visitationen kan der ses et markant ændret sygdomsmønster. Dette peger i retning af, at der i mange tilfælde ikke er tale om, at et langsomt skred i funktions-tilstanden udløser en visitation til hjemmepleje, men at visitationen udløses af et hurtigt (eller pludseligt) fald i funktionsevne. Tidligere analyser af trænende hjemmehjælp i Fredericia Kommune har fundet, at der er en selvstændig statistisk sammenhæng mellem, hvor længe man har modtaget almindelig hjemmepleje før et rehabiliterende forløb og muligheden for at blive selvhjulpne efter det rehabiliterende forløb (Kjellberg m.fl. 2013b).

Analysen af borgere, der visiteres til rehabilitering til hverdagens aktiviteter, her TSH, er baseret på data fra Odense Kommune. Her findes, at borgere med svulster og psykiske lidelser er mindre tilbøjelige til at blive visiteret til TSH, mens særligt borgere med sygdomme i fordøjelsesorganerne og læsioner (typisk fald) har størst chance for at blive visiteret til en rehabiliterende ydelse. Denne selektion findes at være i god overensstemmelse med analysen af, hvem der har størst chance for at blive selvhjulpne efter den rehabiliterende indsats, hvor særligt borgere, der er diagnosticeret med læsioner som fx fald, ofte bliver selvhjulpne. Desværre indeholder

analysen fra Odense Kommune for få observationer til, at det er muligt mere præcist at afgrænse de grupper, der har bedst effekt af indsatsen. Generelt findes det endvidere, at kvinder har markant større chance for at blive selvhjulpne efter TSH end mænd.

Kapitel 3

Målgruppens motivation



Motivation betragtes i denne undersøgelse som en drivkraft, der får mennesker til at handle, som de gør, og motivation ses som en situationsbestemt tilstand, der påvirkes af værdier, erfaringer, selvvurdering og forventninger. Motivation forstås således ikke som et personlighedstræk, men som en følge af den enkeltes samspil med sine sociale omgivelser, og som et fænomen med rødder i både individuel psykologisk teori og sociokulturel teori (Baumgarten & Ellström 2012).

Danske ældre lægger generelt vægt på at være selvhjulpne og uafhængige af hjælp (fx Hansen m.fl. 2002; Colmorten m.fl. 2003; Monrad 2010). Dette skulle således i sig selv føre til en tilskyndelse til at medvirke til at vedligeholde færdigheder til at klare de daglige aktiviteter. Sygdom og svækkelse kan naturligvis lægge en begrænsning på mulighederne, så ældre må tilpasse deres forventninger til aktiviteter i dagligdagen efter deres helbred (Ojala 1989). En svækket tilstand kan ifølge teorien om sociale roller endvidere føre til, at ældre i mangel af andre roller søger ind i en sygerolle, hvor man opnår opmærksomhed og kontakt med andre mennesker ved at udtrykke hjælpeløshed (Holstein 1998, Ældrekommissionen 1980).

I en evaluering af en rehabiliteringsindsats i England rapporteres det bl.a., at rehabiliteringsindsatsen fungerede bedst over for borgere, som lige var blevet henvist til hjemmepleje (Rabiee & Glendinning 2011). Forudgående konventionel hjemmepleje, som alene kompenserer for funktionstab, kan skabe modvillighed og modstand mod forandringer i hjælpen, og dette fører til dårligere resultater af indsatsen (Glendinning m.fl. 2010). Tilsvarende resultater er rapporteret fra Varde Kommune. Det anføres her, at motivationen blandt nyvisiterede generelt er god, men at borgere, der har fået hjælp i mere end to år, er langt de sværeste (Varde Kommune 2011).

I et studie af social- og sundhedshjælper/assistenteres praksis analyseredes mulighederne for at yde hjælp til selvhjælp til ældre borgere. Dette kan ses som et princip,

der skal vedligeholde og eventuelt styrke ældre borgere evne til at udføre daglige aktiviteter. Det anføres her, at social- og sundhedshjælperne/assistenterne oplever, at ældre borgere, der har fået bevilget hjemmehjælp, i udgangspunktet ikke er indstillet på at medvirke i opgavernes udførelse, men forventer hjælp fra social- og sundhedshjælperne/assistenterne (Hansen, Eskelinen & Dahl 2011). Der er endvidere flere eksempler på, at ældre borgere falder fra i egentlige træningsforløb, bl.a. af grunde, der kan karakteriseres som manglende motivation (fx Eskelinen & Hansen 2010; Puggaard 2010; Hansen, Eskelinen & Christensen 2008).

Ældres perspektiv i forhold til hjælp til selvhjælp er kommet til udtryk i en specialeafhandling om princippet anvendelse i leve- og bomiljøer (Thomassen 2009). Der peges her på, at aktivering kan opleves som frustrerende og ubehageligt for ældre borgere, og at forestillingen om den gode alderdom som en aktiv og selvstændig tilværelse ikke stemmer overens med borgernes egne forestillinger om et godt liv i de sidste leveår.

Også når der ses bort fra ældre, som befinder sig i en livsfase, hvor rehabilitering ikke giver mening for dem, er der indikationer på manglende motivation hos nogle ældre. Det gælder specielt hos dem, der i en periode har modtaget hjælp, men også hos ældre, hvis forventninger til hjælp ikke er afstemt med en rehabiliteringstankgang ved tildelingen af hjælp (Hansen, Eskelinen & Dahl 2011).

Der vil være en lang række faktorer, der har betydning for, om en person er motiveret for rehabilitering. Det drejer sig fx om mestringssevne, troen på nytten af egen indsats og de sociale omgivelser, jf. nedenfor.

Kapitlet er opbygget på den måde, at først gennemgås et sæt af teorier, som kan bidrage til at forklare, hvordan ældre borgere er motiveret for at gøre en indsats for at bevare eller generhverve færdigheder i daglige aktiviteter. Derefter beskrives, hvilke data der er brugt til analyserne, og det efterfølges af en række afsnit, som formidler resultaterne af analyserne.

3.1 Teoretiske indfaldsvinkler

Der er flere teoretiske indfaldsvinkler, der kan bidrage til at forstå ældre hjælpmodtageres handlemåde i forhold til at bestræbe sig på at vedligeholde eller generhverve færdigheder i daglige aktiviteter.

'*Self-efficacy*' (Bandura 1994) er troen på, at man er i stand til at gennemføre en bestemt indsats. Det er et centralt teoretisk begreb til at forklare menneskers motivation til at udføre handlinger for at forbedre helbred og funktionsevne i daglige aktiviteter og er også brugt til at forstå ældres deltagelse i fysiske træningsaktiviteter (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.

En anden faktor, som antages at have indflydelse på ældres motivation, er *forventningerne til udbyttet* af en rehabiliterende indsats, altså forventninger til positive og negative effekter af fx træning. Hvis de positive effekter forventes at overstige de negative, stiger sandsynligheden for at deltage i træning (Sniehotta, Scholz & Schwarzer 2005). Det kan således være en barriere for ældres deltagelse i rehabiliterende aktiviteter, hvis de ikke forventer nogen effekt af indsatsen, eller at de ikke forventer at opleve nogen nytte af forbedrede færdigheder i daglige aktiviteter. Dette rapporteres at være udbredt blandt mange svækkede ældre i forhold til træningsforløb (Puggaard 2010). Barrieren kan også bestå i, at der opleves for store omkostninger i form af fx ubehag eller smerter ved en træningsindsats.

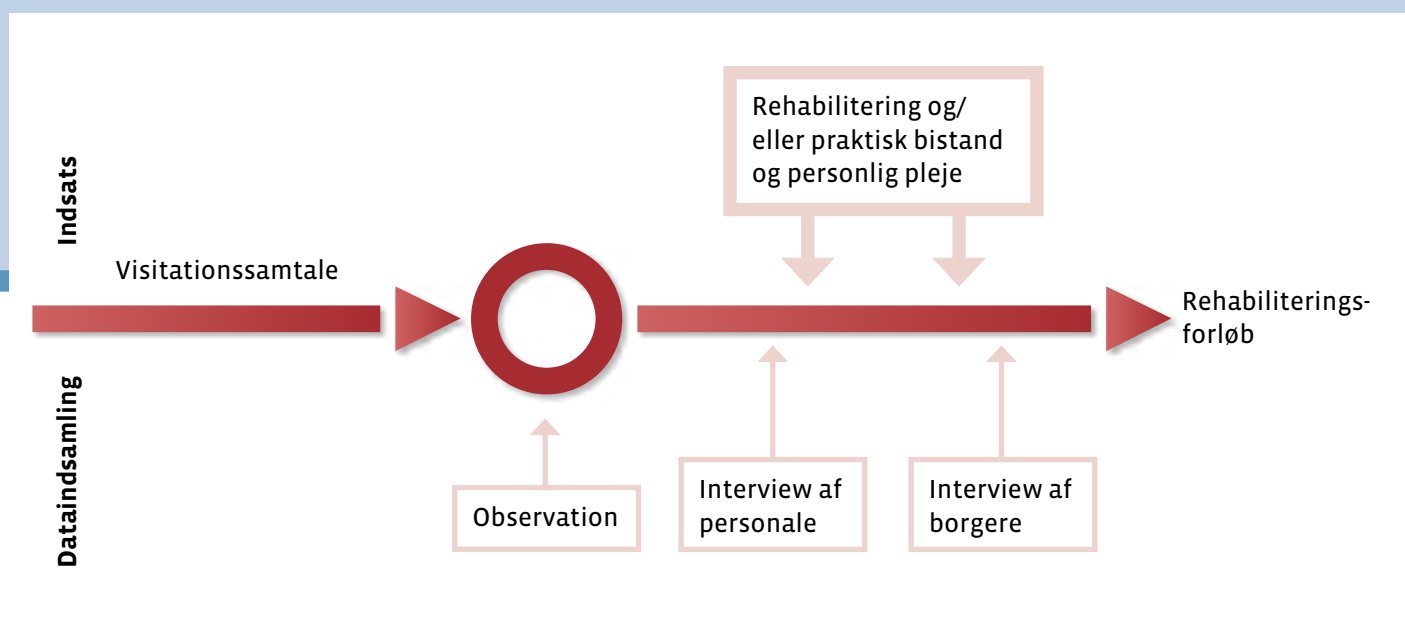
Såvel *self-efficacy* som forventninger til udbyttet af en træningsindsats er afhængig af en række faktorer (Clark & Notwehr 1999). Det gælder faktorer i omgivelserne, hvilket drejer sig om fx de professionelle tilgang, fysiske barrierer (fx afstand til træning) og kendskab til andre ældres erfaringer med at deltage i træning. Der er endvidere *intrapersonelle faktorer* (forhold hos personen selv) som tidligere erfaring med træning, oplevede fysiske konsekvenser af træning, viden om den gavnlige virkning, holdninger til en bestemt adfærd eller levevis

og helbred. Der er altså tale om indre og ydre faktorer, som spiller ind på deltagelsen (Puggaard 2010).

I den engelske evaluering af en rehabiliteringsindsats (Glendinning m.fl. 2010) peges på, at borgerne ofte udtrykker entusiasme i forhold til muligheden for at forbedre deres helbred og uafhængighed, når formålet med indsatsen er blevet tydeligt kommunikeret til dem. Men nogle havde forventet mere traditionel hjælp, da de påbegyndte et rehabiliteringsforløb, og udtrykte derfor modstand mod selv at prøve at udføre opgaver i hjemmet. Dette peger på, at det kan være væsentligt, at visitationssamtalen bidrager til at afstemme borgerens forventninger til den indsats, der ydes fra kommunens side. Ældres forskellige forventninger og visitationssamtalens forskellige forløb illustreres i en svensk afhandling (Olaison 2009). Her påvises tre forskellige forløb af samtalen: a) Den ældre argumenterer imod hjælp og fremhæver deres ønske om uafhængighed, b) den ældre argumenterer for hjælp, og c) den ældre og visitor finder i fællesskab frem til behovet for hjælp.

Den visiterende samtale kan altså have stor betydning for ældres motivation til at indgå i et rehabiliteringsforløb, og det kunne her antages, at en visitationssamtale, der tager udgangspunkt i *Den Motiverende Samtale*, kan virke positivt ind på borgerens motivation for rehabilitering. I *Den Motiverende Samtale* arbejder man på at frembringe personens egne argumenter og gode grunde til at lave en forandring. Det handler om at finde ud af, hvilke forandringer personen selv er motiveret til, og man arbejder med udgangspunkt i personens perspektiv på sin egen situation og personens egne ønsker (Rosdahl Udateret). Et tilsvarende princip er indeholdt i *recovery-tankegangen*, hvor et element er at skabe en tro på sig selv og fremtiden hos borgeren. Dette bruges som udgangspunkt for at opstille meningsfulde mål, at udvikle borgerens færdigheder, og at borgeren tager kontrol over eget liv (Sheperd, Boardman & Slade 2008).

Figur 3.1 Overordnet design for undersøgelse af ældres motivation for rehabilitering



3.2 Problemstillinger, data og metode

På baggrund af ovenstående, tidligere undersøgelser og den beskrevne teori antages det, at følgende forhold har betydning for ældres motivation for og faktiske deltagelse i rehabilitering af funktionsevne: ældres egne forventninger og troen på egen formåen, incitamenter i omgivelserne, visitationssamtalen, professionelles motiverende indsats og rehabiliteringsindsatsens tilrettelæggelse. Det antages endvidere, at ældres motivation i forhold til at udvikle færdigheder i daglige aktiviteter afspejler deres holdninger til hjælp og mestringsstrategier tidligere i livet, og at den er formet af de sociale omgivelser.

Der sigtes på den baggrund mod at besvare følgende spørgsmål:

- A Hvordan har forløbet og indholdet i indsatsen været fra den visiterende samtale til 1-2 måneder efter (motiverende indsats, inddragelse, recovery)? Hvordan har den pædagogiske indsats været set fra personalets side, og hvordan har ældre borgere oplevet sig inddraget i afgrænsningen af egen indsats og mål for indsatsen?
- B Hvilke holdninger til hjælp og uafhængighed nu, og før sygdom/funktionstab indtrådte, findes hos ældre borgere, som er henvist til et rehabiliteringsforløb (mestringsevne)? I hvilken udstrækning har ældre

borgere selv oplevet forandringer i forventningerne til uafhængighed og hjælp fra andre? Betragtes hjemmepleje efter Serviceloven som en rettighed eller et tilbud, som kun anvendes, hvis det er nødvendigt?

- C Hvilke forventninger til udbytte af at træne daglige aktiviteter (praktiske opgaver i husholdningen, mobilitet og personlig pleje) findes blandt ældre borgere, som er henvist til et rehabiliteringsforløb (self-efficacy)?
- D Hvilke udfordringer i hverdagen samt ønsker om og forventninger til en aktiv tilværelse i og uden for hjemmet (socialt netværk, fritidsinteresser mv.) findes blandt ældre borgere, der er henvist til et rehabiliteringsforløb?
- E Hvilke konsekvenser for deres hverdagsliv har ældre borgere oplevet af et rehabiliteringsforløb (oplevet udbytte)?

Spørgsmålene er belyst gennem et design, som er illustreret i ovenstående figur 3.1. I modellen forudsættes det, at borgere, som henvender sig til kommunen om hjælp, gennemgår en visitation, hvor der på baggrund af en individuel bedømmelse af behov og potentiale enten henvises til rehabilitering eller til konventionel hjælp.

Se figur 3.1 Overordnet design for undersøgelse af ældres motivation for rehabilitering

Som det fremgår af figuren, består data til analysen af observation af visitationssamtaler, interview af borgere og interview af personale. Data til analysen er indsamlet i to distrikter i Roskilde Kommune. Roskilde Kommune blev udvalgt på grundlag af følgende kriterier:

- Kommune med blandet by og land (kommune med en større provinsby), med 40.000 til ca. 80.000 indbyggere og beliggende i den relativt tæt befolkede del af landet (Sjælland uden for hovedstadsområdet, Fyn eller det østlige Jylland).
- Tilbud om rehabilitering omfatter nye henvendelser, revisitationer og ældre i plejebolig.
- Kommunens tilbud retter sig mod alle med rehabiliteringspotentiale. Indsatsen skal rette sig mod en forbedring af ældre borgeres færdigheder (altså reel rehabilitering med sigte på at øge funktionsevne og selvhjulpethed).
- Kommunens rehabiliteringsindsats var ikke blevet evalueret eksternt.

I den første fase af dataindsamlingen blev der i november 2012 gennemført observation af fem visitationssamtaler. De fire foregik i borgerens hjem, mens én var en visitation (planmøde) i forbindelse med udskrivning fra et genoptræningscenter. Der blev observeret borgernes forventninger og udtrykte motivation til at medvirke i et rehabiliteringsforløb og forventninger til hjælp. Endvidere observeredes visitators kommunikation med borgeren med henblik på at motivere til rehabilitering (hjælp til selvhjælp), herunder hvilken støtte den ældre kunne forvente af personalet.

I undersøgelsen blev inkluderet borgere på 65 år eller derover, hvor det ved visitationen til hjælp blev vurderet, at borgeren havde potentiale til en rehabiliterende indsats, i alt 16 borgere. Borgerne blev inkluderet ved, at ergoterapeuten orienterede borgere, hun kom hos, om undersøgelsen og spurgte dem, om de var villige til at lade sig interviewe af en medarbejder fra KORA. De, som gav tilsagn om at lade sig interviewe, fik efterfølgende tilsendt et brev fra KORA om formålet med interviewet og et forslag til tidspunkt.

De inkluderede borgere med hjælp i hjemmet, var visiteret til hjælp til selvhjælp i perioden oktober 2012-januar 2013. Der blev inkluderet ti borgere, som var nye modtagere af hjælp i hjemmet, og seks borgere som allerede modtog hjælp i hjemmet. Der blev inkluderet borgere med forskellige diagnoser og forskellige behov for hjælp. Nogle skulle kun have hjælp til en specifik ydelse og nogle til flere ydelser, alt afhængig af om det handlede om hjælp til støttestrømper, personlig pleje, rengøring eller andet. Der indgår borgere både fra Roskilde by og fra småbyer i kommunen. Nogle borgere er ikke blevet spurgt om at medvirke i et interview. Det drejer sig fx om borgere med nedsat kognitiv funktionsevne eller med et alkoholmisbrug. Borgere, som selv har afslået at lade sig interviewe, har typisk manglet overskud i deres hverdag på grund af sygdomsforløbet.

Det var hensigten at interviewe borgere ca. en måned efter, at de var blevet visiteret til hjælp til selvhjælp. Det har i praksis ikke kunnet lade sig gøre i alle tilfælde, så nogle er blevet interviewet kortere tid efter visitationen, mens andre er blevet det længere tid efter. I nogle tilfælde er der gået omkring to måneder fra visitationen til interview – i andre tilfælde omkring to-tre uger. Borgerne blev interviewet om deres forløb frem til, at de henvendte sig om hjælp, om visitationssamtalens forløb, og hvilken indsats de har modtaget siden visitationen. I interviewet indgik også borgernes forventninger til og oplevede udbytte af rehabiliteringsforløbet samt deres tro på og ønsker om uafhængighed og hjælp. Heri indgik også deres beskrivelse af, hvorvidt der er sket ændringer i deres forventninger til uafhængighed og hjælp. Endelig fokuserede interviewet på borgernes hverdagsliv og sociale deltagelse, herunder samvær med andre og interesser og på deres livssituation i øvrigt.

Der er for 14 af de 16 interviewede i eget hjem efter samtykke fra den interviewede indhentet oplysninger om kommunens afgørelse om hjælp og hjælp til selvhjælp. Der blev gennemført et gruppeinterview af personale, som arbejder i de distrikter, hvor de interviewede borgere er bosiddende. I interviewet deltog tre social- og sundhedshjælpere, som i Roskilde Kommune benævnes ”spydspidser”, og som skal stå for hjemmetræningen, en

Oversigt over interviewede

	Kvinder	Mænd
Nyvisiteret		
65-70 år	2	-
71-79 år	2	3
80+ år	3	1
Revisiteret		
65-70 år	-	2
71-79 år	1	-
80+ år	3	-
I alt	11	6

ergoterapeut, en sygeplejerske og en visitator. Gruppen blev interviewet om fremgangsmåden i arbejdet med hjælp til selvhjælp, støtte til og motivation af borgerne samt oplevet udbytte og udfordringer ved at arbejde med hjælp til selvhjælp.

De interviewede

I de 16 interview indgår fire enlige mænd, 10 enlige kvinder og to ægtepar, og de var i alderen 68-85 år. De interviewedes fordeling på køn og alder er vist i ovenstående oversigt.

Tre af de enlige og kvinden i det ene ægtepar var i alderen 65-70 år. Fire af de enlige og mændene i de to ægtepar var i alderen 75-79 år, og endelig var syv af de enlige i alderen 80-85 år. De 11 af de interviewede var nyvisiteret til hjælp/hjælp til selvhjælp, mens seks var blevet revisiteret og havde altså modtaget hjælp i forvejen. I 12 ud af 15 tilfælde var pludselig opstået sygdom, uheld eller en operation, baggrunden for visitationen eller revisitationen, mens tre af de interviewede havde været ude for en fremadskridende sygdom og/eller svækkelse af funktionsevnen. I et enkelt tilfælde har det forløb, der har ligget forud for en revisitation, ikke kunnet beskrives ud fra interviewet.

Der blev interviewet tre borgere i plejebolig, hvor borgerne bliver tilbudt et forløb med hjælp til selvhjælp i daglige funktioner. De interviewede er tre kvinder på henholdsvis 66, 86 og 86 år, som var flyttet ind i plejeboligen inden for det seneste år.

Alle navne, som er anvendt i fremstillingen, er opdigtede.

3.3 Hjælp til selvhjælp i Roskilde Kommune

Hjælp til selvhjælp i Roskilde Kommune er beskrevet som en tidsbegrænset målrettet indsats, der har til formål, at borgeren kan genvinde, udvikle og/eller fastholde højest mulige funktions- og aktivitetsniveau. I en informationspjece til borgerne tilbydes borgerne hjemmetræning, der beskrives som en målrettet indsats, hvor der gives støtte til helt eller delvist igen selv at kunne klare sine daglige gøremål. Hjemmetræning tilbydes i en afgrænset periode (som hovedregel tre måneder).

Når der i de efterfølgende afsnit beskrives, at borgere visiteres til hjælp til selvhjælp, betyder det, at der er opgaver, borgerne skal træne og/eller støttes til selv at klare helt eller delvist.

Fremgangsmåden ved hjemmetræning er beskrevet på følgende måde (Roskilde Kommune: Vejledende retningslinjer):

- En sagsbehandler (visitator) vurderer borgerens behov og bevilger hjemmetræning.
- Hjemmeterapeut og hjemmetræner besøger borgeren og sammen med borgeren lægges en træningsplan i en aftalt periode.
- Hjemmetræneren kommer i hjemmet og hjælper med hjemmetræning,
- Hjemmeterapeuten kommer efter den aftalte periode og evaluerer forløbet og aftaler eventuelt yderligere fremtidige ydelser.

Gennem interview er det blevet oplyst, at hjemmetræning bevilges i henhold til Servicelovens § 86, og at hjemmeterapeut i alle kommunens hjemmeplejedistrikter er en ergoterapeut. I hvert distrikt er endvidere udpeget et antal social- og sundhedshjælpere (spydspidser), som skal stå for hjemmetræningen hos dem, der er henvist. Ergoterapeut og social- og sundhedshjælpere udgør et team, som jævnligt mødes for at udveksle erfaringer og drøfte fremgangsmåder i forhold til borgerne. I praksis er det dog ikke altid muligt at knytte en social- og sundhedshjælper til en borger, som er visiteret til hjemmetræning, og indsatsen må så udføres af en eller flere blandt det øvrige personale. Alle medarbejdere er undervist i at arbejde efter hjælp til selvhjælp. I det distrikt, hvor undersøgelsen er gennemført, aflægger ergoterapeuten som regel det første besøg alene for at ikke at få for mange ind over. Efterfølgende er hun med hjælperen, når borgeren får de ydelser, det handler om. Når det handler om rengøring, aflægger ergoterapeuten imidlertid som regel besøg alene, fordi der ellers kan gå lang tid, inden et besøg kan aflægges sammen med en social- og sundhedshjælper, når der ydes rengøring hver 14. dag. I nogle tilfælde aflægger ergoterapeuten også besøg hos borgeren i løbet af hjemmetræningsperioden. I kommunens egen evaluering (Roskilde Kommune 2012) nævnes, at hjælp til selvhjælp ikke er relevant for borgere uden træningspotentiale, terminal syge, borgere med svære misbrugsproblemer, borgere med demens eller med svær hukommelsessvækkelse, og borgere der af postoperativ årsag har forbud mod at udføre hjemmehjælpsydelserne selv.

Plejeboligerne i Roskilde Kommune er ikke omfattet af det politisk vedtagne princip om hjælp til selvhjælp, men enkelte centre arbejder på eget initiativ med en rehabiliterende indsats. Det gælder bl.a. Sct. Jørgensbjerg, hvor der er ansat en ergoterapeut til opgaven, og hvor borgere er interviewet til denne undersøgelse. Der er overordnet følgende trin i indsatsen, som vedrører alle nyindflyttede:

- Terapeuten følger borgeren med kontaktpersonen i plejesituationer i de første par dage.

- Der udarbejdes handlingsplan og plejen overgår til kontaktperson.
- Ergoterapeut følger ved ugentlige møder op på, hvordan det går.
- Hen ad vejen justeres indsatsen. Det kan være at borgeren bliver mere selvhjulpent, og man skal ned-sætte hjælpens omfang. Og ellers er der fokus på, at borgerne kan være med til aktiviteter som gymnastik, siddende dans, banko og sang, som foregår hver dag.

Ergoterapeuten anvender test til at følge udviklingen i borgernes funktionsevne.

3.4 Visitationssamtalen

Som nævnt i afsnit 3.1 kan de professionelles adfærd ved visitationen have indflydelse på borgernes motivation til at indgå i et rehabiliteringsforløb. I dette afsnit, som bygger på observation af fem visitationssamtaler (jf. afsnit 3.2) og interview af 16 ældre borgere, som er visiteret til hjælp til selvhjælp i hjemmeplejen, bliver forløbet af visitationssamtalen og borgernes oplevelse af visitationssamtalen belyst.

Visitationen af hjælp til borgerne foregår enten ved, at en visitator fra kommunen kommer på besøg i borgerens hjem, eller hvis borgeren har været indlagt, deltager en kommunal medarbejder i et planmøde på sygehuset eller på rehabiliteringscentret inden udskrivelsen.

I de fem observerede visitationssamtaler forklarer visitator borgeren, at hjælpen ydes efter et princip om hjælp til selvhjælp. Derudover synes den generelle fremgangsmåde at være, at det systematisk gennemgås med borgeren, hvad han/hun selv kan klare, og hvad der er brug for hjælp til i den øjeblikkelige situation. Der er altså stor opmærksomhed på, at borgeren er kompenseret for sin (midlertidige) funktionsnedsættelse. Det skal så efterfølgende afklares gennem besøg af ergoterapeut og eventuelt efter et træningsforløb, hvad borgeren selv kan klare.

Visitator bruger over for borgerne to slags begrundel-

ser for hjælp til selvhjælp: Princippet er besluttet af politikerne i Roskilde Kommune, og princippet er til borgerens bedste. Visitator indleder typisk samtalen med at forklare, at hjælp til selvhjælp er et princip, som er besluttet af politikerne i Roskilde Kommune, og at hjælpen derfor skal gives efter dette princip.

Visitator fortæller, at politikerne i Roskilde Kommune har besluttet, at der i kommunen ydes hjælp til selvhjælp, fordi der skal tænkes fremadrettet. Så mange som muligt af dem, der kan, skal selv kunne komme til at klare enten hele opgaven eller dele af den. Hjælp til selvhjælp skal bidrage til, at man selv bliver holdt i gang så længe som muligt og bliver herre i eget hus – selv har magten over, hvornår man står op, tager tøj på. Desuden bliver der i løbet af de næste 15 år flere ældre, uden at der bliver flere hænder. Der er altså to niveauer i det. (Observation af visitationssamtale)

Formidling af den politiske beslutning kan ses som en afstemning af borgernes forventninger. I eksemplet ovenfor introduceres samtidig argumentet om, at det er bedst for borgeren selv at kunne udføre så meget som muligt. Det indgår også i det næste eksempel, at visitator peger på, at det er en fordel for borgeren at kunne være uafhængig af hjælp fra andre og dermed selv bestemme sin egen dagsrytme.

Visitator siger, at hun tænker på at bevilge hjælpen, så der kommer nogen hver dag, men en ergoterapeut vil så komme med ud nogle gange og afprøve sammen med Jette, hvordan det går med selv at vaske sig. Visitator siger, at hun tænker, at Jette kan rigtig meget selv. Når Jette selv kan gå i bad om morgenen, så kan hun måske også komme til selv at vaske sig. Visitator siger, at det er rigtig vigtigt at holde sig ren, ellers kan der opstå problemer.

Hun spørger, hvad Jette siger til det. *Det tror jeg, at jeg vil,* siger Jette.

Visitator siger, at fordelene ved selv at gøre det er, at så bestemmer Jette selv, hvornår hun står op og starter dagen. (Observation af visitationssamtale)

Ovenstående eksempel illustrerer også en praksis, hvor tildelt hjælp, og hvad borgeren selv kan eller skal træne sig til at klare, afstemmes med borgeren. Dette synes uproblematisk i hovedparten af de observerede visitationssamtaler, idet borgeren på forhånd er indstillet på at kunne (komme til at) klare så meget som muligt selv. Der er dog et eksempel på, at det ikke lykkes for visitator at komme overens med borgeren om, at vedkommende selv skal overtage en opgave, der hidtil er givet hjælp til.

I forhold til selv at gå i bad påpeger visitator, at det giver Ellen mulighed for helt selv at bestemme, hvornår hun har lyst til det og hvor ofte. Dette affejes dog af Ellen, der siger, at hun bare kan bede hjælperne om det, når hun gerne vil i bad.

I forhold til selv at lave frokost er Ellen meget vægelsindet. Visitator spørger først åbent, om Ellen selv kan lave frokost. Ellen svarer, at det kan hun godt, hvis hun bliver sulten. Da visitator forklarer Ellen, at: Det man selv kan, det skal man gøre. Så hvis du selv kan smøre frokost, så er det det, du skal gøre, så ændrer Ellen sin holdning til, hvad hun selv kan. Hun siger: Nej, de kan bare blive ved med at komme og smøre den. Visitator stiller sig uforstående overfor det, Ellen siger, og beder om hun ikke vil forklare sig. Ellen spørger, hvorfor hjælperne ikke skal have lov at smøre hendes mad? Da visitator igen spørger, om hun selv kan smøre maden, svarer Ellen klart nej, fordi hun ikke mener, at hun kan stå op i så lang tid. Visitator kommer med forslag om at smøre maden siddende ved spisebordet. Ellen vil ikke sidde ned og arbejde. Visitator spørger igen, om hun ikke kunne være med på at smøre maden ved spisebordet. *Nej!* Svarer Ellen. Visitator siger igen: *Hvis du selv kan, så skal du gøre det.* Ellen siger, at hun ikke kan. Visitator henviser til, at Ellen lige har sagt, at hun godt kan. Ellen forklarer så, at det kun er indimellem, hun selv kan. 10 minutter senere i samtalen efter drøftelse af forskellige andre emner, bringer Ellen igen frokostemnet på bordet. Hun fortæller, hvordan hun er ved at være træt af pålægsmadder. Derfor får hun sine børn til at købe spareribs, som

de fryser ned i mindre stykker, som hun tager op og tilbereder, hvorefter hun spiser dem med en rugbrødsfad. Visitator undlader at kommentere på, at Ellen igen kommer til at fortælle, at hun godt selv kan lave frokost.

Borgeren har modtaget hjælp i længere tid, og baggrunden for samtalen er, at Ellens hjemmehjælper har fortalt visitator, at de mener Ellen kan mere, end hun giver udtryk for. I et senere interview giver Ellen udtryk for, at hun ikke kendte baggrunden for visitationssamtalen, og hun syntes ikke selv, at der var sket ændringer i hendes helbred. Det kan være en forklaring på den manglende forståelse for, at formålet med hjælpen ændres. Eksemplet illustrerer også, at borgere, der allerede er visiteret til bestemte former for hjælp, kan have vanskeligt ved at forholde sig til, at hjælpen reduceres.

Det er gennemgående visitator, der har teten i samtalerne. Visitator spørger til borgerens situation og funktionsevne i forhold til forskellige opgaver. På baggrund af borgerens svar (eller efter et træningsophold personalets observationer under opholdet) fremsætter visitator forslag til hjælp eller borgerens egen indsats, som borgeren kan tage stilling til.

Borgernes oplevelse af visitationssamtalen

Dette afsnit belyser borgernes vurdering og opfattelse af visitationssamtalen i forhold til deres motivation for et hjælp til selvhjælpsforløb. Afsnittet er hovedsageligt baseret på interview med borgerne.

For flere af de interviewede borgere står visitationssamtalen ikke umiddelbart klart i erindringen og forekommer ikke at have gjort stort indtryk på dem, hverken til positiv eller negativ side. Et par af borgerne har slet ingen erindring om at have haft en samtale omkring deres behov for hjælp, mens nogen efter nærmere eftertanke husker at have haft besøg af en visitator fra kommunen. Her giver de udtryk for, at de følte, at der i samtalen blev lyttet til deres behov, og at der var en god dialog mellem dem selv og visitatoren. Men som flere af borgerne påpeger, har de haft besøg af eller talt med så mange forskellige mennesker, efter deres funktionsned-

sættelse er indtruffet, at de har svært ved at skelne den ene fra den anden. Som en 84-årig kvinde (Bente) påpeger: *Der kommer jo så mange med så mange mærkelige navne.*

For nogle borgere står visitationssamtalen klart i erindrungen, men heller ikke hos disse borgere forekommer samtalen at have haft en stor indvirkning på deres motivation for et hjælp til selvhjælpsforløb. Flere nævner blot, at visitatoren gjorde sit arbejde og spurgte ind til deres behov for hjælp. I denne forbindelse er der et par af de nyvisiterede borgere, der påpeger, at det kan være vanskeligt at vide, hvad man reelt har brug for hjælp til. En mand på 75 år (Søren) nævner i forbindelse med sin oplevelse af visitationssamtalen, at han ikke kender systemet, og han siger: *Jamen jeg kan hverken sige fra eller til, for jeg ved ikke, hvad man kan få, og hvor man skal have behovet for at få det.* Også ægtefællen til en 78-årig mand, der har været indlagt på grund af en blodprop, bringer dette op. Hun siger: *Man ved egentlig ikke, hvad behovet er. Det er jo ikke noget, man har prøvet før, så man står på helt bar bund. Hvor meget kan han, hvad kan han ikke, hvordan fungerer vores hjem i den situation. Vi kan bare lytte og tage i mod og så opdage hen ad vejen.*

I sådanne situationer bliver den hjælp, der gives i første omgang, betinget af det, der tilbydes fra visitatorens side og det behov hos borgerne, som visitatoren selv får øje på. Dette billede gør sig også gældende i de observationer, der er foretaget af visitationssamtalerne. Her er det visitatoren, der tager teten i forhold til at spørge ind til borgerens håndtering af forskellige hverdagsituationer, og afdækker, ud fra en dialog om dette, borgerens behov for hjælp. I den forbindelse skal det nævnes, at nogle borgeres hjælp er iværksat på baggrund af den årlige forebyggelsessamtale med borgere over 75 år. Der er dog ikke noget, der tyder på, at disse borgere har gjort sig flere tanker om det, de gerne vil have hjælp til. Et ægtepar bliver her adspurgt, om de havde tænkt på at søge hjælp inden forebyggelsessamtalen:

Hans: Nej, det har jeg faktisk ikke. Jeg har spekuleret på det, men jeg regnede ikke med, at vi kunne

få noget hjælp. Så derfor gjorde vi det ikke, før hun [forebyggelseskonsulenten] kom.

Ester: Vi havde heller ikke regnet med at få noget nu her, men det fik vi altså.

Der kan dog også nævnes et eksempel, hvor en hjælpeforanstaltning forekommer at være udsprunget af pårørendes ytre bekymring om, at deres mor ikke huskede at tage sin medicin. Til visitationssamtalen, hvor børnene også deltog, blev det derfor aftalt, at en hjemmehjælper skulle give deres mor medicin hver dag, så hun ikke glemmer det. Her giver borgeren udtryk for at være meget positiv omkring visitatorens lydhørhed og forståelse.

Flere borgere har oplevelsen af at have fået bevilliget den hjælp, de har brug for ved visitationssamtalen. En nyvisiteret mand på 81 år (Knud) siger i denne forbindelse: *Jeg kunne få lige det, jeg ville have.* En anden nyvisiteret mand (Søren) mener dog, at det kan være lige meget, hvad han selv synes er rimeligt at få hjælp til: *Det er jo ligegyldigt, hvad jeg synes, for det har ingen praksisbetydning.* Samtidig synes han ikke at være utilfreds med den hjælp, han har fået. Han har blot en bevidsthed om, at kommunen ikke har uanede økonomiske ressourcer, så i sidste ende handler det ikke så meget om, hvad han gerne vil have, men mere om hvad der er mulighed for at tilbyde ham.

En enkelt af de interviewede borgere (Inger på 81 år) nævner, at hun ikke kunne få bevilliget det, som hun ønskede, idet hun ikke kunne få flere genoptræningstimer efter at være kommet hjem fra rehabiliteringscenter. En anden borger (Bente på 84 år), der ved hjælpens begyndelse havde fået bevilliget natlige besøg med hjælp til at komme på toilettet, er ked af, at disse besøg er ophørt, og at hun ikke ved hvorfor. Derudover er der i et par tilfælde, ifølge borgerne sket det, at hjælpen ikke er blevet igangsat, umiddelbart efter den er blevet bevilget. Rigmor på 82 år havde fået bevilget rengøring hver 14. dag, men har efter en måned endnu ikke haft rengøringshjælp og ved ikke, hvornår den kommer. Inger på 81 år, der har været indlagt, nævner samme problematik og siger:

Det fungerede bare ikke, da jeg kom hjem. Der blev ikke gjort rent, og der blev ikke sendt nogen ud og snakke med mig, som de havde lovet. Jeg måtte ringe og rykke, og det kunne de ikke forstå. Vi sender nogen ud, hu hej vilde dyr. Næste gang 14 dage efter kom der heller ikke nogen. Der måtte jeg også ringe og rykke.

I nogle tilfælde har der således været en uoverensstemmelse mellem borgerens opfattelse af den hjælp, der var aftalt, og så den hjælp der umiddelbart blev givet i praksis.

3.5 Medarbejdernes vurdering af borgernes motivation

Dette afsnit belyser medarbejdernes opfattelse af borgernes motivation og indsatsen for at motivere borgerne til hjælp til selvhjælp. Der er imidlertid blandt medarbejderne forskellige udlægninger af, hvad der forstås ved hjælp til selvhjælp. En udlægning er, at borgerne selv skal gøre de ting, de kan.

Jeg forstår det på den måde, at så længe man selv kan gøre nogle ting og klare sig selv, så skal man gøre det. (Social- og sundhedshjælper)

Men for mig er hjælp til selvhjælp helt klart det med, at vi skal støtte vores borgere til at genvinde noget, de har kunnet tidligere, hvis de har haft et kortvarigt funktionstab. (Visitor)

Disse forskellige udlægninger af hjælp til selvhjælp er også beskrevet i en tidligere undersøgelse. (Hansen, Eskelinen & Dahl 2011).

I interviewet med medarbejderne indgik bl.a., hvordan de oplever borgernes motivation til hjælp til selvhjælp. Medarbejderne gav da også udtryk for, at der er mange, som gerne vil kunne klare sig selv mest muligt. Eksempler med borgere, som ikke udviser motivation, fyldte imidlertid meget i interviewet, hvilket bl.a. kan skyldes,

at især disse borgere er en udfordring for medarbejderne. Eksemplerne skal derfor ikke tages til udtryk for det typiske.

Medarbejderne giver udtryk for, at de møder borgere, som ikke er motiveret for selv at udføre opgaver, fordi de ikke indser udbyttet af selv at udføre opgaverne.

Vi kan jo godt se, at de godt kan, men de er ikke motiveret for det. Det er jo ikke okay ikke at gide. Sådan er der også mange, der har det, at de er dovne. Nu har de gjort, hvad de skulle. De kan ikke se, at man faktisk dør af ikke at holde sig selv i gang. Sådan ser de det ikke. De ser, at nu har de knoklet for deres liv. Nu har de fortjent at få, og så skal man ikke noget. Det går de jo i stå af. De kan ikke se den der med, at det er altså også vigtigt, at du holder dig selv i gang. Jeg kan jo ikke holde andre i gang, det er jo dem selv. Men de ser det ikke. (Social- og sundhedshjælper)

I nogle tilfælde oplever social- og sundhedshjælperne endvidere, at borgerne er bange for, at hjælpen skal blive taget fra dem.

Det er tungt i starten, men det bliver nemmere, fordi mange borgere ikke er motiveret selv. De er bange for, at der bliver taget noget fra dem. I starten bruger du mange ressourcer på at fortælle, at det ikke er det, som det går ud på. Alle bliver jo glade, når man selv kan løse en opgave. Det gør de også jo. Men de kan ikke se det, når man kommer og siger, at de skal være med i hjælp til selvhjælp, for så går de mere op i: Går de så fra mig, når jeg kan selv? (Social- og sundhedshjælper)

Medarbejderne forsøger angiveligt at forklare borgerne, de kommer hos, hvad konsekvenserne kan være af at få hjælp i stedet for at klare opgaverne selv.

Vi er nødt til at sige, at konsekvensen er, at til sidst kan du ikke gå. Så kan de også blive bange. Nogle skal skræmmes og for nogle kan man sige det på en pæn måde, for at de forstår hvad meningen er med

det. Det er jo ikke for sjov, at man skal deltage så vidt muligt. (Social- og sundhedshjælper)

Medarbejderne giver endvidere udtryk for, at der er borgere, som, fordi de har nået en vis alder, mener, at så har de ret til at få hjælp fx til at blive vasket på ryggen. Det kan handle både om magelighed, og en opfattelse af, at når de er bevilget hjemmehjælp, så er det for at udføre en række opgaver for dem.

Som du siger, så er der nogle, der kan reagere ret negativt på det, men jeg møder med jævne mellemrum argumentet, jeg har jo betalt skat i x antal år, og nu er jeg berettiget til hjemmehjælp. Hvor jeg prøver at tegne billedet den anden vej: Jo jo, men man kan kun få hjælp, så længe man ikke selv kan. Jeg vil godt være med til at hjælpe dig til at kunne komme til at kunne det igen. Selv bestemme hvornår du vil gå i bad, hvornår du vil have mad, hvornår du vil gå på toilettet. Der er heldigvis rigtig mange, som synes, at det er rart at kunne det. (Visitorator)

Visitorator oplever jf. også Roskilde Kommunes evaluering (Roskilde Kommune 2012), at der er forskel mellem ”nye” borgere og borgere, der i forvejen får hjælp, når det handler om at være motiveret til selv at kunne (komme til at) udføre opgaver.

Der hvor jeg faktisk – hvis jeg skal kigge på det sidste halvandet til to år – der hvor den store forskel er, det er, hvor længe har de haft hjemmehjælp i forvejen. Hvor vante er de til at blive serviceret på et eller andet niveau? Så er det selvfølgelig afhængig af, hvem er det, jeg sidder overfor, men de nye borgere, vi får ind, der er det ikke svært at komme igennem med det her, slet ikke. (Visitorator)

Det er medarbejdernes opfattelse, at den personlige pleje nok er vigtigst for de fleste.

Der er nok flere, der kan se pointen i at blive selvhjulpne i forhold til personlig pleje og bad, for det er en meget privat sag, og det er rart at kunne

selv. Hvorimod rengøring, er der måske mange, der synes det er rart, at der er andre, der kommer og overtager. Men de fleste kan også godt lide at holde deres eget hjem – især kvinderne. Det bliver jo ikke gjort på deres måde, når en hjælper kommer. Det bliver gjort på hjælpers måde, og hvad kommunen nu kan tilbyde den givne borger. (Ergoterapeut)

Det kan også være et spørgsmål om, at hvis man får hjælp hver dag, så er man bundet af at skulle være til rådighed, og det kan være rart at slippe for.

... men nogle af dem, der har meget få ydelser, hvor det for eksempel handler om støttestrømper. De bliver for det meste nemt selvhjulpne, for det handler ofte om, at de skal have det rigtige hjælpemiddel. De kan godt se ideen i, at de ikke længere behøver sidde og vente på, at der kommer en hjælper mellem kl. 8 og kl. 11 om morgenen og mellem kl. 18 og kl. 22 om aftenen. At de faktisk kan blive mere frie ved at gøre det selv. (Ergoterapeut)

Medarbejderne oplever også, at de kan stå i et dilemma i forhold til, hvor stærkt de skal opfordre en borger til selv at klare en opgave. Hvis konsekvensen er, at borgeren bliver så udmattet, at vedkommende ikke kan klare andre ting, så er det et spørgsmål, hvad godt man så gør for borgeren.

Jeg har for nylig været ude hos en borger, som jeg har lavet en vurdering på i forhold til rengøring. Jeg kan i og for sig godt se, at hun i princippet godt kan. Men det fratager hende alt andet. Det tager så meget på hendes kræfter, at når hun har støvsuget sin lejlighed, så kan hun faktisk ikke mere i flere dage, og det er ikke okay. Det er ikke sådan, vi som ergoterapeuter ser på det. Der skal være plads til at have et meningsfuldt liv ved siden af, og så meningsfuldt er det ikke at støvsuge for de fleste. Vi vil også gerne have, at den ældre er social og kommer ud af huset og ikke bliver låst derinde, men faktisk har det overskud og energi til også at gøre nogle andre ting. (Ergoterapeut)

Da hjælp til selvhjælp er et fast princip i Roskilde Kommune, er det et krav, at borgeren medvirker til at afklare, hvad borgeren selv kan, og hvad der fortsat skal ydes hjælp til. Visitator fortæller, at hun gør meget for at undgå at komme i en situation, hvor borgeren siger nej, og hun har endnu ikke oplevet, at det er sket. En af ergoterapeuterne har været ude for et tilfælde, hvor borgeren ikke har villet samarbejde og derfor er endt med at få afslag på hjælp. Det betragtes af medarbejderne som et vigtigt princip – også i forhold til borgernes motivation – at borgerne ikke har mulighed for at sige nej til at modtage hjælp og støtte med det formål helt eller delvist igen selv at kunne klare sine daglige gøremål. Medarbejderne indser, at borgernes motivation også er et spørgsmål om, hvordan de selv som fagpersoner griber situationen an, og hvordan princippet om hjælp til selvhjælp bliver præsenteret.

Men meget af motivationen handler også om, hvordan man præsenterer det (hjælp til selvhjælp). Hvordan får man fortalt, hvad det handler om, og hvordan får man gjort det til noget positivt. Det er meget måden, man kommunikerer med den person, man sidder overfor. Og måden at stikke fingeren i jorden. Hvordan er det her hjem? Skal jeg sige tingene meget konkret, eller er det her, jeg skal gå lidt bagom og komme en anden vej ind. (Ergoterapeut)

Social- og sundhedshjælpernes motivering af borgere

Social- og sundhedshjælperne, som skal give hjemmetræning, har ikke modtaget undervisning i at motivere borgerne, men de mødes med ergoterapeuten, hvor de sparrer med hinanden i forhold til de udfordringer, de kommer ud for hos borgerne. Medarbejdernes motivering af borgerne kan være påvirket af, i hvilken udstrækning medarbejderne oplever, at de selv har et udbytte af at skulle arbejde efter et princip om hjælp til selvhjælp. Udbyttet kan fx være, at medarbejderne oplever, at borgerne bliver glade ved, at de selv bliver bedre til at klare forskellige ting. Det kan endvidere være en faglig tilfredsstillelse at kunne bidrage til, at borgerne bliver selvhjulpne. Det bliver dog også nævnt, at det er en ulempe ved ordningen, at der er en risiko for, at medar-

bejdere bliver afskediget, hvis der er mange borgere, der kan klare flere opgaver selv.

Borgere i plejebolig

Som nævnt i afsnit 3.3 får nye borgere i et af kommunens centre med plejeboliger tilbudt et forløb, hvor en ergoterapeut observerer deres funktionsevne, og hvor de har mulighed for med støtte fra ergoterapeuten og det øvrige personale at træne deres evne til at udføre aftalte funktioner. Formålet er ikke at gøre borgerne selvhjulpne, men at de bliver bedre på nogle felter. Der er dog et eksempel på en kvinde, som fik forbedret sin funktionsevne, så hun faktisk ville have været i stand til at klare sig i sin gamle lejlighed. Hun kunne imidlertid ikke overskue at skulle flytte igen.

Ergoterapeuten bruger en test til at afdække nye borgers funktionsevne (bl.a. AMPS, Assessment of Motor and Process Skills) og til at måle udvikling i funktionsevne. Testen bruges til en samtale med borgeren om, hvorvidt der fx er noget han/hun savner i sin hverdag. Ofte kan borgeren ikke pege på noget i første omgang, men i nogle tilfælde sætter det tanker i gang hos borgeren, som efter nogen tid så nævner noget, som vedkommende gerne vil blive bedre til. Strategien er, at borgerne selv sætter målene. Ergoterapeuten kan imidlertid hjælpe dem på vej ved at pege på felter, hvor de har problemer, men hvor hun ser muligheder. Men borgerne skal selv erkende et behov og have et ønske om at forbedre sig.

Der er ifølge ergoterapeuten forskel på borgernes motivation ved indflytningen i plejeboligen. Nogle er lidt deprimerede efter at have måttet opgive deres tidligere bolig og har mistet motivationen til at klare så meget som muligt selv. Andre blomstrer op efter at være kommet ind i et miljø med personale og dermed med mere tryk. Nogle har været vant til at få meget hjælp fra hjemmeplejen, inden de flyttede ind. De kan have svært ved at være aktive igen. Andre vil rigtig gerne selv, men har i nogle tilfælde svært ved at sige fra over for personalets hjælp. Det er frivilligt at indgå i forløb med hjælp til selvhjælp, men de fleste vil gerne, og det handler i mange tilfælde om små ting som fx at børste tænder selv og at vaske sig i ansigtet. I øvrigt vil borgerne gerne

fx selv kunne klare påklædning og gå i bad eventuelt bare overvåget af personalet. Der er endvidere et eksempel på en kvinde, hvor personalet bringer morgenmaden, men hvor kvinden selv laver sin morgenkaffe.

Ansættelse af ergoterapeuten betød nedlæggelse af en social- og sundhedshjælperstilling, og personalet havde ifølge ergoterapeuten i starten lidt svært ved at se formålet med ergoterapeutens indsats. Der er stadig forskel på, hvor meget fokus de enkelte medarbejdere har på hjælp til selvhjælp. Som et eksempel på en udvikling af den daglige praksis nævnte ergoterapeuten, at borgere, som får mad fra en madvogn, der bliver kørt rundt, nu selv skal lægge pålæg på deres brød.

Endelig har det ifølge ergoterapeuten stor betydning for personalets adfærd over for borgerne, om de er presset af tiden. Når der er travlt, overtager personalet opgaverne fra borgerne, mens når der er god tid, er der mere fokus på, at borgerne klarer opgaver selv. En fordel for personalet ved princippet kan være, at de på længere sigt får bedre tid til at være sammen med borgerne fx over en kop kaffe eller at gå tur med borgerne. Ergoterapeuten vurderer, at det endvidere vil være en fordel for personalet, hvis man så vidt muligt kan bevare borgernes funktionsevne, så de ikke får brug for mere og mere hjælp i forhold til indflytningen.

3.6 Borgernes oplevelse af hjælp til selvhjælp

I dette afsnit belyses borgernes opfattelse af hjælp til selvhjælpsforløbet og indholdet i indsatsen i relation til ergoterapeutens (hjemmetrænerens) rolle. Endvidere beskrives borgernes oplevede ændringer i deres funktionsevne, siden de blev henvist til hjælp til selvhjælp. Den praksis, som beskrives i det efterfølgende, er altså den, som vores interviewpersoner har oplevet.

Borgernes oplevelse af indsatsen

Det typiske forløb i hjælp til selvhjælpsindsatsen er, at borgerne under visitationssamtalen bliver oplyst, at

de efterfølgende vil blive kontaktet af en ergoterapeut for en nærmere aftale om et tidspunkt for ergoterapeutens besøg. Kort efter visitationssamtalen kommer ergoterapeuten ud i borgerens hjem første gang. Her tager ergoterapeuten en samtale med borgeren om, hvad han/hun kan, og ikke kan, eller ergoterapeuten observerer borgerens håndtering af forskellige huslige eller personlige gøremål. Derefter aftaler borgeren og ergoterapeuten i fællesskab den videre hjælp og eventuelt flere besøg. Det kan eksempelvis være aftaler om hjælpemidler, som ergoterapeuten skal skaffe, eller aftaler om, hvad borgeren selv skal gøre i hjemmet. De interviewede borgere har haft besøg af ergoterapeuten 1-5 gange inden interviewtidspunktet.

Ergoterapeutens rolle kan opdeles i to forskellige funktioner. Rollen kan dels anses som en udvidet visitation, der retter hjælpen ind og tilpasser den til den enkeltes formåen og behov, dels som en rådgivende funktion, hvor ergoterapeuten mere direkte giver anvisninger og vejleder borgeren i specifikke problemstillinger i deres hverdag.

Som en form for udvidet visitation kan ergoterapeuten gennem sine besøg hos borgerne nærmere undersøge borgerens potentiale for hjælp til selvhjælp. I de fleste tilfælde nævner borgerne, at de ved ergoterapeutens besøg blev observeret i forhold til, hvordan de klarede forskellige huslige gøremål, eksempelvis støvsugning eller skift af sengetøj. På baggrund af disse observationer har ergoterapeuten vurderet, hvad borgerne helt eller delvist kan klare selv, og hvad de skal have kompenserende hjælp til. Således kan ergoterapeuten eftertjekke, om den rigtige hjælp er givet. Nogle borgere nævner også, at de blot har talt med ergoterapeuten om, hvad de har besvær med og ikke har skullet vise noget.

Et eksempel på ergoterapeutens rådgivende funktion er hendes samspil med Ingrid på 83 år, som er nyvisiteret, og som påpeger, at det har været lærerigt at få ergoterapeutens anvisninger og fif til, hvordan hun lettere kan klare rengøringen. På tilsvarende måde fortæller Anne på 85 år, som er revisiteret, at hun og ergoterapeuten

har aftalt sammen at træne i at gå ned og tage bussen med rollatoren, så Anne kan blive mere tryk ved at gøre det selv.

De interviewede borgere har alle været bekendt med, at ergoterapeutens besøg er begrundet i, at de er visiteret til hjælp til selvhjælp, og at ergoterapeuten har en anden funktion end hjemmehjælperne. Borgerne kan dog have forskellige opfattelser af betydningen af samtalerne og ergoterapeutens indsats. Jens på 70 år fortæller følgende om forløbet med ergoterapeuten:

Hun har set på det der badehistorie. Hvordan muligheden er. Vi har snakket om mange forskellige ting, hvor hun sætter i gang med de hjælpemidler, hun mener. Når de er sat op, så kommer hun og ser hvordan... Hun har også set, hvordan jeg kommer ud af sengen og ting og sager. Vurdering af, hvad jeg kan gøre og selvfølgelig også noget med det tempo, der er i billedet.

I andre tilfælde virker det mere som om borgerne sidestiller ergoterapeuten med hjemmehjælperne, som da Rigmor på 82 år svarer på, hvad hun har talt med ergoterapeuten om: *Almindelig snak synes jeg. Jeg synes ikke sådan, der var noget specielt.* I relation til dette er der sandsynligvis også forskel på, hvor mange besøg borgeren har haft af ergoterapeuten, da Rigmor på interviewtidspunktet kun har mødt ergoterapeuten en enkelt gang.

De interviewede ser ergoterapeuten som *en mere direkte kontakt* med systemet og som en, der besidder mere beslutningskompetence end hjemmehjælperne. Ergoterapeuten vurderer også, hvilke hjælpemidler borgerne kunne have gavn af, og skaffer dem. Derfor nævner borgerne, at det typisk er ergoterapeuten, de taler med, hvis de har nogle ønsker, eller der er noget de er utilfreds med i forhold til kommunen. Eksempelvis ønsker et ægtepar sig et gelænder i begge sider af trappen i deres opgang, og her har de opfattelsen af at kunne få kommunen til at ordne dette ved at gå gennem ergoterapeuten.

I forhold til ergoterapeutens rolle som udvidet visitator nævner flere borgere muligheden for, enten at kunne sige fra over for noget hjælp, der er bevilliget, eller kunne bede om mere, hvis det bliver nødvendigt. Gennem dialogen med ergoterapeuten har de en opfattelse af en løbende revidering af hjælpen, så den tilpasses deres aktuelle behov. De har muligheden for at få sagt det, som de ikke lige fik sagt til visitationssamtalen, eller som de på daværende tidspunkt ikke var klar over ville blive et problem for dem. Det kan især komme de borgere til gavn, der har været ramt af et pludseligt sygdomstilfælde, fordi det var en uvant situation for dem. Under visitationssamtalen kan de have svært ved at vide, hvilken hjælp de har brug for, og så giver en udvidet visitation mulighed for hen ad vejen at opdage, hvad de selv kan, og hvad de ikke kan.

Ergoterapeuten mødes med borgeren ad flere omgange, og det betyder, at der kan opbygges en relation, hvor borgeren kan tale med ergoterapeuten om problemstillinger i hverdagen. Eksempelvis oplevede en nyvisiteret kvinde (Ingrid på 83 år) et problem med at styre indkøbsvognen, da hun handlede ind og vælger at drøfte denne problemstilling med ergoterapeuten, der foreslår, at hun anskaffer sig en trolley.

Der kan også være noget mere uformelt over at få besøg af en ergoterapeut, hvor man sammen laver øvelser og får en snak hen over støvsugeren, frem for at have besøg af en visitator fra kommunen, som tager notater af alt, der bliver sagt. Visitatoren opnår således kun et øjebliksbillede af borgerens funktionsevne, mens ergoterapeuten kan følge borgeren over tid. For borgeren kan det også virke mere overbevisende i forhold til at få den rette hjælp, når der har været en, der med egne øjne har set, hvad man kan og ikke kan.

De interviewede borgere er splittet i to grupper i forhold til deres opfattelse af besøgene fra ergoterapeuten. Den ene gruppe ser let meningen med besøgene fra ergoterapeuten og føler, at de har fået noget ud af disse besøg. Det er typisk i forhold til dialog omkring hjælpemidler, at have en kontaktperson til at formidle ønsker og behov videre i systemet eller råd om måder til at

udføre praktiske opgaver. Den anden og mindre gruppe borgere udtrykker enten ingen gavn af ergoterapeutens besøg eller er direkte uforstående over for disse. Flere af borgerne i denne gruppe finder det underligt at have besøg af en ergoterapeut, der har observeret dem, når de har forsøgt at udføre daglige aktiviteter, som de netop ikke kan og derfor har fået bevilliget hjælp til. Grete på 75 år, som er nyvisiteret, udtrykker det således:

Så det der med at lære mig at gøre rent og støvsuge. Jeg har jo altid gjort mit hjem rent, så det er der egentlig ingen, der kan lære mig. Det synes jeg ikke. Men måske, hun var jo fysioterapeut, hun kunne godt se, hvad jeg gjorde forkert, så sagde hun, du skal gøre sådan. Ja, det prøver jeg også på, men det er jo det, jeg ikke kan.

I relation hertil er der borgere, der giver udtryk for, at ergoterapeuten ved sit første besøg vurderede, at de hverken helt eller delvist selv kunne klare de opgaver, som de var visiteret til at skulle træne i selv at klare. Derfor er indsatsen ifølge disse borgere ændret fra hjælp til selvhjælp til kompenserende hjælp, hvorfor ergoterapeutens besøg også ophører. Den kompenserende hjælp kan betyde, at borgerne får frigivet ressourcer til at klare andre opgaver i hjemmet, hvis de tunge opgaver bliver klaret for dem.

Efter at ergoterapeuten har afklaret borgerens funktionsevne, vurderes behovet for ergoterapeutens videre rolle i hjælpen til borgeren. I nogle tilfælde vil ergoterapeuten vedblive med at besøge borgeren over en længere periode, mens der i andre tilfælde sættes ind med hjælpemidler, der gør borgeren i stand til selv at overkomme daglige gøremål. De hjælpemidler, der kan betragtes som hjælp til selvhjælp, kan være en rollator, en badebænk eller greb i badeværelset, der kan gøre borgerne mere trygge ved daglige gøremål, såsom at gå i bad eller handle. Knud på 81 år har fået et redskab til selv at tage støttestrømper af og på og er et eksempel på et tilfælde, hvor ergoterapeutens rolle i indsatsen afsluttes hurtigt i forløbet, så snart Knud har lært at bruge redskabet.

Som eksempel på et tilfælde, hvor ergoterapeutens rolle i indsatsen strækker sig over en længere periode, kan nævnes indsatsen i forhold til Peter på 78 år, der har været indlagt på grund af en blodprop. Peter blev halvsidigt lammet i venstre side efter en blodprop og har blandt andet fået hjælp til påklædning. I den forbindelse har hjælp til selvhjælp bestået i, at ergoterapeuten og Peter lavede en aftale om, at han selv skulle forsøge at klæde sig på, så godt han kunne. Denne indsats kan strække sig over en lang periode, da Peter kun langsomt bliver mere funktionsduelig i venstre side. Derfor vil ergoterapeuten løbende besøge Peter og følge udviklingen. I hverdagene skal hjemmehjælperne videreføre hjælp til selvhjælpsprincippet i forhold til indsatsen over for Peter. I den forbindelse fortæller Peter, at den aftale han lavede med ergoterapeuten om påklædning, ikke altid blev overholdt i begyndelsen, fordi hjælperne ikke havde tiden til at vente på, at han selv gjorde det. På den måde blev indsatsen mere til hjælp end til hjælp til selvhjælp, hvilket især hans kone var skuffet over. Dette ændrede sig dog, da Peter fik en fast elev tilknyttet, der havde mere tid i sit skema og dermed mere tålmodighed til at lade ham klare påklædningen selv.

Ergoterapeuten laver på denne måde individuelle aftaler med borgerne om deres egen rolle i indsatsen som en del af hjælp til selvhjælpsforløbet. En borger skal eksempelvis selv smøre frokost to gange om ugen, mens en anden borger selv skal klare noget af rengøringen på badeværelset. Hjælpen kan også være kombineret med et hjælpemiddel og rådgivning eller anvisninger. For nogen af borgerne drejer hjælp til selvhjælp sig om praktisk hjælp som fx rengøring, tøjvask og skift af sengetøj. For andre borgere handler det om personlig pleje, såsom bad, påklædning og toiletbesøg. Der er igen andre borgere, hvor hjælp til selvhjælp retter sig mod en kombination af praktisk hjælp og personlig pleje.

Ud over den indsats, der er sat i gang i hjemmet, er der flere af borgerne, der sideløbende går til træning uden for hjemmet. Dette kan forekomme på borgernes eget initiativ, såsom private gymnastik- eller fitnessstimer. Men det kan også være et led i et genoptræningsforløb efter en sygehusindlæggelse, hvor borgeren bliver

hentet i hjemmet og kørt til et genoptræningscenter et par gange om ugen. Nogle af disse borgere har opfattet af, at det især er denne form for træning, der rykker noget i forhold til at forbedre eller bevare deres funktionsevne. Ingrid på 83 år går eksempelvis til gigtgymnastik, selvom det giver hende mange smerter, men hun siger:

Jeg er bange for at holde op med det, for så tror jeg, at jeg bliver meget mere stiv.

Der er andre borgere, der supplerer kommunens tilbud med private ordninger. Som eksempelvis Jens på 70 år, der har fået bevilliget rengøring hver anden uge, men som selv betaler en privat, så han får gjort rent hver uge. Derudover får flere af borgerne hjælp fra familie og venner. Dette kan eksempelvis være hjælp til kørsel, indkøb, madlavning, rengøring og tøjvask.

Oplevet udvikling i funktionsevne

Borgernes oplevelse af udviklingen i deres funktionsevne kan siges at være en del af oplevelsen af kommunens indsats under hjælp til selvhjælp. De interviewede borgeres funktionsevne er forskellig og prognosen for spontane forbedringer og forbedringer gennem træning er forskellig. Det er endvidere forskelligt, hvor lang tid der på interviewtidspunktet er gået, siden de blev udsat for sygdom eller et fald, som nedsatte deres funktionsevne. Det er derfor naturligt, at der er forskel på, hvilken fremgang i funktionsevne borgerne har oplevet, siden de begyndte at få hjælp til selvhjælp fra kommunen og frem til interviewet. Fremgangen vil eventuelt først kunne mærkes senere.

Nogle borgere har kort tid efter fx hjemkomst fra sygehus sagt bevilget hjælp fra – ikke altid fordi deres funktionsevne nødvendigvis er blevet betydelig bedre, men fordi de har fundet ud af, at de selv kan klare tingene og ikke vil være bundet af at skulle vente på hjælp.

Anne på 85 år fik meget hjælp efter udskrivning fra sygehus, men der er en lang række ting, som hun efter 14 dage har bedt om ikke at få hjælp til, fordi hun ville selv. Hun kunne ikke holde ud at få hjælp.

Rigmor på 82 år havde egentlig fået bevilget hjælp om aftenen til at komme i nattøj og til at tage en forbindelse af benene. Hjælpen kom omkring 19-19:30, men hun ville ikke have nattøj på så tidligt, og hun kunne godt selv klare at tage forbindingen af, så det besøg er blevet aflyst.

Efter udskrivning fra sygehus fik Knud på 81 år i en periode hjælp til støttestrømper. Det stoppede, for han kunne godt selv klare det. Han havde også fået et hjælpemiddel til at tage strømperne på med, men det bruger han ikke. Han har endvidere fået en badebænk, og han får hjælp til rengøring hver 14. dag. Han angiver selv, at der ikke siden sygehusopholdet er sket nogen forandring i, hvad han selv kan klare.

Hovedparten af de interviewede borgere har fået bevilget et eller flere hjælpemidler i forbindelse med ergoterapeutens besøg. Det har hjulpet dem til selv at klare funktioner i hverdagen og dermed være mindre afhængig af hjælp udefra.

Hans på 75 år, som bor med en ægtefælle, har fået bevilget en rollator, en tang til at samle op med og en bade stol. Rollatoren har hjulpet ham, når han skal ud. Han og ægtefællen Ester regner ikke med at kunne komme til at klare mere selv. De siger, at det ikke er målet. Ester på 65 år fortæller dog, at hun selv er begyndt at kunne tage strømper på, efter at hun for snart fire år siden brækkede skulderen.

I et par tilfælde har borgerne skullet lære selv at klare støttestrømper med et hjælpemiddel. Det var dog ikke lykkedes helt endnu på interviewtidspunktet.

Interviewer: Men så får du også besøg af NN, der er ergoterapeut?

Lone: Ja. Hun har været her to gange og skal pådutte mig det der stativ, så jeg selv kan tage strømper på, for at kommunen kan spare penge. Sådan er det.

Interviewer: Har du fået sådan et stativ?

Lone: Ja, det står derinde, og det er irriterende.

Interviewer: Du bruger det ikke?

Lone: Hun har prøvet to gange, og den ene dag var det lige før, jeg havde lungebetændelse, så jeg kunne overhovedet ikke få vejret. Jeg kunne overhovedet ikke få min fod ned i, fordi min fod var for hævet. Min aftale med NN er, at hun kommer torsdag og fredag i denne uge kl. 8, fordi så skal vi se, om foden ikke er hævet. Men som hun siger, dine fødder er jo også skæve. Det er nok derfor. Men det irriterer mig, men jeg kan ikke sige dig hvorfor. Jeg kan godt se ideen i det med, at jeg kan være selvhjulpne og alt muligt, men det kan også være, at det bliver sådan.

I det andet tilfælde har en borger ikke helt fundet teknikken til at bruge et hjælpemiddel til selv at klare støttestrømperne og har ikke selv prøvet det. *Jeg tror godt, jeg selv kunne, men så tænker jeg, nå, så lad det køre. Det er jo også rart at få besøg. Men det skal jeg selvfølgelig ikke benytte mig af.* (Else på 82 år)

Flere af de interviewede har oplevet en eller anden forbedring i deres funktionsevne, men det er gennemgående, at de, der oplever fremgang, ikke forbinder det med hjælp til selvhjælp. Nogle går til genoptræning og oplever, at de har gavn af dette.

Jens på 70 år går til genoptræning to gange om ugen, efter at han fik en blodprop. Efter udskrivning fra sygehus kunne han kun gå indendørs med rollator. Den behøver han ikke længere indendørs.

Kirsten på 76 år har ved interviewet ikke været hjemme så længe. Ergoterapeuten har været på besøg, men hun har endnu ikke kunnet vurdere, hvad Kirsten eventuelt selv ville kunne klare. Hun går til genoptræning på et center og træner lidt ved at gå rundt derhjemme. Hun har endvidere en håndtræner for at få styrken tilbage i hænderne. Hun synes selv, at hun kan bevæge sit ben bedre, og at hele venstre side er blevet bedre, efter at hun er begyndt på genoptræning.

Ingrid på 83 år lider af Parkinsonisme, som er fremadskridende, og derfor kan hun ikke forvente forbedringer i funktionsevnen. Ingrid synes, at det har været godt med ergoterapeuten, som hun synes, har lært hende nogle ting for at klare praktiske opgaver. Hun går til fysioterapi for at få massage og for at træne. Ingrid går endvidere til noget specialgymnastik. Hun kan ikke mærke, at det hjælper og får lidt ondt af det, men hun er bange for, at musklerne bliver mere stive, hvis hun holder op.

I nogle tilfælde kan borgeren ikke selv mærke fremgangen, mens andre har observeret det.

Peter på 78 år går til genoptræning, og han kan nu gå med stok og rollator. Det kunne han ikke i begyndelsen. En hjemmehjælper træner Peter i at klare de daglige personlige fornødenheder – nogle gange sammen med ergoterapeut. Han bliver presset til at klare tingene selv, og det er OK for ham. Peter synes ikke, at han kan mærke fremskridt. Hustruen er imidlertid ikke enig. Hun synes, at der er sket noget, og at der er mange ting, han selv kan.

Bente, som er 84 år, sidder i kørestol og kan kun med besvær bevæge sig rundt med rollator. Hun træner selv benene derhjemme, og personalet siger, at de kan se, at det går fremad. Hun kan ikke helt selv mærke det.

Stort set alle har altså oplevet én eller anden forbedring med hensyn til, hvad de kan klare i hverdagen. Materialet giver imidlertid ikke grundlag for at konkludere, i hvilken udstrækning fremgangen skyldes hjælp til selvhjælp. I nogle tilfælde er større selvhjulpenshed et resultat af et hjælpemiddel, mens andre går til genoptræning, som kan have styrket deres funktionsevne. Spontane forbedringer ville dog uden tvivl under alle omstændigheder forekomme blandt borgere, som har været igennem akut sygdom eller en operation.

3.7 Ældre borgeres holdninger til hjælp og uafhængighed

I dette afsnit beskrives ældre borgeres holdninger til at modtage hjælp og klare sig selv. Det handler både om ældre borgeres generelle holdninger til, i hvilken situation man har ret til hjælp fra kommunen, og om i hvilket omfang og på hvilken måde ældre borgere forsøger at klare sig selv og være uafhængige af offentlig hjælp. Endvidere er borgerne blevet spurgt om, hvorvidt der er noget, som de mener, der er særligt vigtigt at klare selv. Endelig er borgerne blevet spurgt, om de vil foretrække hjælp fra familie frem for hjælp fra kommune.

Som beskrevet ovenfor, er borgerne i forskellige situationer, når de bliver visiteret henholdsvis revisiteret til hjælp til selvhjælp. Hovedparten af de interviewede borgere (2/3) er nye modtagere, mens de øvrige er revisiteret på grund af, at de har haft et sygdomstilfælde eller at de har gennemgået en operation og har været indlagt en periode. Sidstnævnte borgere er typisk visiteret til mere hjælp efter hjemkomsten, men det forventes, at de på sigt delvis kan genvinde deres tidligere funktionsevne. Endvidere er der i vores materiale ganske stor variation med hensyn til, hvad borgere, som er visiteret til hjælp til selvhjælp, får hjælp til, og hvad hjælp til selvhjælp består af.

Alle borgere blev interviewet, efter at de var blevet visiteret til hjælp til selvhjælp (ved en visitationssamtale i hjemmet eller på et planmøde på sygehus eller genoptræningscenter), og efter de havde haft besøg af ergoterapeuten, som havde observeret, hvordan borgerne klarer de forskellige huslige gøremål og personlige fornødenheder. Borgerne var således på interviewtidspunktet generelt bekendt med, at kommunen har særligt fokus på hjælp til selvhjælp, idet de havde skullet forholde sig til dette både ved visitationen og i forbindelse med ergoterapeutens hjemmebesøg.

Borgerne beskriver, hvordan det er en ny situation at have behov for hjælp til gøremål, som de tidligere altid selv havde klaret. Det forudsætter en omstilling at

acceptere, at man er nødt til at modtage hjælp – især for ældre kvinder. I vores materiale er nogle mænd, der hævder, at de klarer det hele selv uden anden hjælp end hjælp til rengøring. De fleste lægger megen vægt på selv at klare personlige fornødenheder, mens det ikke på samme måde opleves som grænseoverskridende at få hjælp til praktiske opgaver som rengøring. Rengøring er også som oftest sværest at overkomme på grund af svækket helbred, og det er således lettest at acceptere denne form for hjælp. Der er således tydelig forskel på, hvad man som ældre borger helst selv vil klare.

Beskrivelsen bygger på interview med seksten hjemmeboende borgere på 65 år eller derover og tre borgere, der for nyligt er flyttet ind i en plejebolig.

At udsætte tidspunktet for hjælp

Alle de interviewede borgere vurderer – direkte adspurgt – at de har været vant til at klare tingene selv, og at de ikke har været nemme at slå ud. Udgangspunktet har ikke været at bede om hjælp – nogle nævner, at situationen for deres vedkommende snarest har været omvendt, således at de har hjulpet andre. Nogle har inden de henvendte sig til kommunen fået hjælp fra venner, naboer eller familien (fx til havearbejde, snerydning, storskrald eller til større indkøb), eller de har fundet andre løsninger, som har gjort det muligt at udsætte tidspunktet for at bede om hjemmehjælp (fx selv skaffet hjælpemidler, tilsluttet sig til en indkøbsordning mv.). For tre af de ti nyvisiterede borgere er hjælpen blevet igangsat efter et forebyggende hjemmebesøg. Disse borgere beretter, hvordan de havde behov allerede tidligere, men de forsøgte at udsætte tidspunktet, hvor de bad om hjælp (jf. de to eksempler nedenfor).

Ægteparret Hans og Ester på henholdsvis 75 og 65 år havde spekuleret på at bede om hjælp allerede tidligere, men gjorde det ikke, fordi de ikke regnede med, at de kunne få hjælp. De havde heller ikke regnet med at få, da forebyggelseskonsulenten var på besøg.

Grete havde forsøgt at klare sig selv, indtil hun som 75-årig fik besøg af forebyggelseskonsulent.

Hun siger, at hun på denne måde prøvede at træne ryggen, som hun har haft problemer med i mange år (bl.a. kommet på førtidspension). Hun vil også fremover selv klare lettere ting, hvilket blev aftalt ved ergoterapeutens besøg. Dermed blev den visiterede hjælp reduceret til at omfatte rengøring og skift af sengetøj. Derfor mener Grete selv, at hun kun modtager den hjælp, som hun allermost trænger til.

Flere borgere, som lider af kronisk sygdom (såsom KOL, parkinsonisme eller spinalstenose), beskriver, hvordan de har forsøgt at passe deres helbred på bedst mulig måde, så situationen ikke bliver forværret. Nogle går på eget initiativ til speciel gymnastik eller fysioterapi fx for at træne rygmusklerne eller afhjælpe stivhed i musklerne relateret til parkinsonisme. Andre har opholdt sig sydpå i vintermånederne fx på grund af KOL. Flere borgere beskriver også, at de tilpasser sig omstændighederne og er tilfreds med mindre – fx at de ikke stiller de store krav til mad og er parat til at få den udefra, hvis det skal være.

De borgere i en plejebolig, som er blevet interviewet, beskriver, hvordan de har forsøgt at klare sig i eget hjem længst muligt. De er flyttet ind i en plejebolig, da helbredet ikke længere slog til, og det blev utrygt at bo alene. I flere tilfælde har familien taget det endelige initiativ til at søge om en plejebolig.

Egen indsats

Ud over at beskrive, hvordan de har gjort sit for at være uafhængige af hjælp, beskriver borgerne, hvad de selv klarer i dagligdagen, samtidig med at de modtager hjælp. Det handler om at udføre de forskellige gøremål, man har været vant til selv at klare, eller om at deltage i sociale aktiviteter uden for hjemmet. De fleste nævner især huslige opgaver i hjemmet som madlavning, rede seng, tøjvask osv. og eventuelt indkøb og lettere havearbejde. Flere borgere beskriver, hvordan det er naturligt at foretage sig sådanne gøremål, idet de er vant til at gøre tingene selv. Flere beskriver, at det er svært at give slip, selv om det er blevet besværligt. Således fortæller Inger på 81 år, at hun laver flere ting selv, selv om hun

bliver fysisk træt og skal tage det i små portioner, men at det ikke er mere, end hun kan holde det ud. Rigmor på 81 år beskriver, at man ofte først bagefter mærker, om man har gjort noget, som man egentlig ikke skulle have gjort, fordi det har været for anstrengende.

Kirsten på 76 år ønsker at udføre flere ting selv, selv om det tager længere tid: hun klarer tøjvask, madlavning og skift af sengetøj. Hun har været vant til at ordne det hele selv og er ikke meget for at bede om hjælp. *Det er ikke spor rart at have andre til at hjælpe sig. Man føler, man er afhængig af andre.* Som det at klare sig selv giver en tilfredshed og tryghed: *Jeg kan godt sætte mig i deres sted, dem som ikke kan noget selv. Det synes jeg ikke var rart.* Man kan acceptere hjælpen en periode, men helst ikke hver dag – ikke før man er så handicappet, at man ikke selv kan.

Ingrid på 83 år har klaret sig selv og med venners hjælp til de større ting (slå græs, ordne storskrald) indtil det sidste. Hun kører bil og planlægger at skaffe en trolley for at kunne klare indkøb. Hun har fået hjælpemidler til badeværelset (badebænk og måtte) for selv at klare badningen. Og hun går til fysioterapi og gymnastik, for at musklerne ikke skal blive stive – selv om hun får mere ondt. Hun vil være ked af ikke selv at kunne klare personlig hygiejne. Derimod stiller hun ikke store krav til mad, og hun kunne tænke sig at få den udefra, hvis det skal være. Hun mener ikke, at hun har været god til at bede om hjælp – men når man ikke længere kan klare de tunge ting (rengøring), så kan man tillade sig at bede om hjælp.

Som eksemplet ovenfor viser, giver borgerne udtryk for, at de er parat til at investere for selv at kunne klare forskellige opgaver (fx købe en trolleyvogn for selv at klare indkøb). I flere tilfælde er der tale om at opretholde hverdagen intakt og eventuelt have social kontakt. Ergoterapeuten, som revurderer behovet af den visiterede hjælp, har gjort dette spørgsmål mere aktuelt. Borgerne forsøger at fortsætte deres liv i de omgivelser, hvor de hører til: bortset fra de tre borgere i plejebolig,

som er blevet interviewet, bor de interviewede borgere i almindelig bolig: nogle i lejlighed, andre i eget hus.

Borgere i plejebolig, som alle har betydelige funktionsbegrænsninger, giver ligeledes udtryk for, at de gerne ville klare det hele selv. Forskelligt fra de hjemmeboende synes disse borgeres egen indsats at være mere begrænset: initiativet til at træne med henblik på selv at kunne klare flere ting i deres hverdag kommer typisk fra ergoterapeuten. Det skal bemærkes, at de interviewede borgere efter flere år med kompenserende hjælp skulle træne til eventuelt at genoptage nogle aktiviteter som fx at børste tænder på trods af lammelse i dominant hånd.

Begrundelser for ønsket om uafhængighed

De interviewede borgere giver forskellige begrundelser for, hvorfor de helst vil klare mest muligt selv, selv om de er i den situation, at de har behov for hjælp. For det første synes det at være en slags selvfølgelighed, idet de har været vant til at klare deres dagligdag uden hjælp udefra. Flere oplever det som tilfredsstillende at gøre tingene selv: at det er rart, selv om det kan være besværligt. For det andet beskriver borgerne, at de på denne måde gerne vil holde sig i gang. Det at tage sig af forskellige gøremål kan betragtes som en slags træning, som borgerne selv administrerer, og som giver mening i deres hverdag.

For det tredje nævner flere, at de gerne vil være fri for mange besøg i løbet af en dag. Dette synes at indeholde flere ting. Nogle siger, at de gerne selv vil bestemme deres dagsrytme, dvs. hvornår de står op, går i bad og går i seng. Andre giver som forklaring, at de ikke bryder sig om mange besøg, idet de bedst trives i eget selskab. Knud på 81 år konstaterer: *Jeg må være lidt menneskesky,* og Anne på 85 år beskriver: *Jeg har aldrig været særlig udadvendt; jeg har altid kunnet underholde mig selv.* Og Grete på 75 år konstaterer: *Jeg vil jo helst heller ikke have så mange ind.* Søren på 75 år siger, at han næsten skal ligge ned, før han vil bede om hjælp og giver tre forskellige begrundelser:

For det første vil Søren gerne udføre noget af det, han gjorde, før han blev syg (rede seng og skifte

sengetøj). Han har jo skullet opgive nogle ting af helbredsmæssige årsager (passe have, gå til fitness). Hvad skal han ellers bruge kræfterne til? Det er med til at holde ham i gang. For det andet vil han helst være fri – kunne gå, når det passer ham – i stedet for at skulle vente på, at der skal komme nogen fra kommunen. For det tredje vil han ikke være en omkostning for samfundet. Han skal ikke 'malke kommunekassen'.

Borgere i plejebolig, som er blevet interviewet, giver udtryk for, at det er tilfredsstillende at gøre tingene selv, selv om man er delvis afhængig af hjælp. Det kan handle om personlig hygiejne, af- og påklædning og at kunne bevæge sig uden behov for personhjælp.

Ret til hjælp

Den generelle holdning hos de interviewede borgere er, at det at modtage hjælp må være afhængig af helbredet (at man har et handicap) og ikke være aldersbestemt. Det ligger i kortene, at man ikke beder om hjælp, før man er nået det punkt, at man ikke selv kan klare sig uden hjælp. I den forbindelse henviser flere borgere til, at de er af 'den gamle skole', og at de derfor sætter en ære i at klare mest muligt selv.

Der er flere tilfælde, hvor borgerne direkte eller indirekte berører spørgsmålet, om de har fortjent at modtage hjælp. Det kan tænkes, at kommunens fokus på hjælp til selvhjælp – og især kontakten med ergoterapeuten, hvor behovet for den visiterede hjælp genvurderes – har gjort dette spørgsmål mere aktuelt end tidligere. Enkelte borgere nævner, at de ikke er blevet præsenteret for, hvad der i det hele taget er mulighed for at få hjælp til, dvs. for kriterierne for at bevilge hjemmehjælp. Nogle af de interviewede nævner, at det er svært at definere, hvornår det er rimeligt at få hjælp. Jens på 70 år, som lider af KOL, beskriver, hvordan hans helbred svinger mellem gode og dårlige dage, og hvordan han føler sig noget utryk, hvis behovet for hjælp vurderes på et tidspunkt, hvor han har det bedst. Han kan ikke selv 'se nogen slutdato': *Jeg kan ikke sige, at fra den dato kan jeg bare. Det siger mit sygdoms-CV.* Bente på 84 år har oplevet personalets (motiverende) spørgsmål i forbindelse

med lancering af hjælp til selvhjælp som en mistænkeliggørelse af, om hun reelt har behov for hjælp. Hun er blevet revisiteret til mere hjælp i forbindelse med en rygoperation med den forventning, at hun efterhånden kan genvinde sin mobilitet og klare sig med mindre hjælp. Hjælp til natlige toiletbesøg, som hun var blevet visiteret til, er blevet taget fra hende, selv om hun ikke kan gå på toilet ved egen hjælp. I stedet er hun henvist til at bruge ble om natten. I denne situation oplever hun, at hendes behov ikke bliver respekteret, og at hun ikke får den hjælp, hun har behov for:

Hun beskriver, at hun ikke er glad for at være afhængig af hjælp: *Jeg er ikke glad for det. Det er meget langt fra. Jeg føler, at det er sådan et pres. Det synes jeg, det er. Som om de tænker, nu skal du det, og nu skal du det. Kan du dog ikke det, og kan du dog ikke det. Kan du ikke blive trænet til det. Jeg skal jo helt op, så de kan blive fri for at betale de hjemmehjælpere.* Samtidig beskriver hun, at hjælperne er meget søde, og at hun har et godt forhold til dem. Hun beskriver endvidere, at hun oplever hjælpen 'som noget almisse' – som om hun ikke var berettiget til hjælp, fordi hun ikke selv betaler for den, og fordi der hele tiden bliver spurgt, hvad hun selv kan. *Især når jeg sidder selv og tænker over det, så kan jeg blive så melankolsk, så jeg ved ikke hvad.*

Uddraget ovenfor illustrerer også den ambivalens, som flere borgere oplever, når de modtager hjælp. Nogle beskriver, hvordan de er nødt til at acceptere og affinde sig med at modtage hjælp; som om de står i en form for varig taknemmelighedsgæld. Denne følelse kan eventuelt forstærkes af, at hjælp til selvhjælp synes at stille nye krav om at være ansvarlig og aktiv, hvilket skulle føre til, at ældre borgere får mindre behov for hjælp.

Nogle borgere, som i forbindelse med sygdom eller operation er midlertidigt visiteret til mere hjælp, opnår spontan bedring efter hjemkomst fra sygehuset, og ønsker selv at trække hjælpen ned (fx Anne, som har gennemgået en hofteoperation). Andre borgere befinder sig i den situation, at der af forskellige grunde ikke er udsigt

til, at de helbredsmæssigt får det betydeligt bedre (fx Bente på 84 år efter rygoperation og Jens på 70 år med KOL), men de oplever et forventningspres. Dette er også ofte tilfældet med borgere, som i flere år har modtaget hjælp. Initiativer til at aftrappe bevilget hjælp kan møde modstand og være demotiverende. Hvis man kan miste hjælpen, hvis man bliver 'passende god', jf. eksemplet nedenfor (rationalet, at hvis den ældre kvinde gør flere ting selv, så får hun færre og færre besøg, og til sidst måske ingen).

Ellen giver udtryk for, at hun er med på at gøre (lidt) mere selv, bare de ikke tager hjælpen fra hende. I visitationssamtalen er det blevet aftalt, at hun gør lidt mere selv – det er dog ikke ret meget mere, og i praksis måske nærmest intet, idet hun forhandler med hjemmehjælperne, når de er på besøg. Hun henviser til, at man har ret til hjælp, når man er syg og dårlig – og oppe i årene, og knoklet fra barnsben. Hun har efter eget udsagn altid været vant til at klare tingene selv.

I eksemplet nævner borgeren ud over helbredet både alderen og det, at hun som borger har bidraget til samfundet, som begrundelser for ret til at modtage hjælp. Også andre borgere mener, at de har gjort sig fortjent til hjælp, når helbredet skranter, idet de har betalt skat, og at de derfor ikke skylder noget til nogen.

Flere borgere får også hjælp fra børn, anden familie eller venner, men den offentlige hjælp udgør hovedparten af den hjælp, borgerne får. Med en enkelt undtagelse giver de interviewede borgere udtryk for, at de foretrækker offentlig hjemmehjælp i stedet for, at det er familie mv., som skal hjælpe dem. De vil ikke belaste deres børn. De oplever, at børnene ikke har ressourcer og tid i deres travle hverdag. Borgerne giver også tydeligt udtryk for, at børnene skal have lov til at leve deres eget liv. Den hjælp, som borgerne eventuelt modtager fra familie, handler om andre ting end hjemmehjælp, og erstatter ikke offentlig hjælp. Borgerne i plejebolig, som er blevet interviewet, har samme holdninger som de hjemmeboende ældre borgere. Disse resultater er i overensstemmelse med tidligere forskning, som har vist, at ældre

foretrækker hjælp fra det offentlige til huslige opgaver og personlig pleje i stedet for hjælp fra familie (Lewinter 1999; Colmorten m.fl. 2003).

3.8 Forventninger til udbytte

Som beskrevet i afsnit 3.3 og 3.6 handler hjælp til selvhjælp i Roskilde Kommune hovedsageligt om, at borgerne via anvisninger fra og opfølgning af en ergoterapeut i samspil med social- og sundhedshjælpere understøttes i selv at klare flere opgaver – opgaver, som man tidligere bevilligede hjælp til. Ud over anvisninger er det andet virkemiddel at tilbyde forskellige hjælpemidler, som kompenserer for funktionstab. Hjælp til selvhjælp omfatter i denne kommune ikke særskilt fysisk træning, som tilfældet har været i nogle tidligere forsøg (bl.a. Eskelinen 2001; Juncher m.fl. 2002). Tanken er at udførelse af daglige gøremål i sig selv er træning.

Ses målsætningerne for hjælp til selvhjælpsindsatsen fra systemets perspektiv, er de interviewede borgere ikke blevet visiteret til hjælp til selvhjælp med den forventning, at alle kan blive helt uafhængige af hjælp. Generelt er målsætningerne for hjælp til selvhjælp i hvert individuelle tilfælde først blevet sat i visitationssamtalen og efterfølgende præciseret og fastlagt ved ergoterapeutens hjemmebesøg. I dette afsnit beskrives, hvilke forventninger de berørte borgere selv har til indsatsen og deres egen funktionsevne.

De borgere, som var blevet visiteret til hjælp til selvhjælp, er meget forskellige med hensyn til, hvordan deres liv har været – hvad de har foretaget sig – inden de blev syge og/eller svækkede. Dette sammen med deres helbredstilstand og funktionsevne forventes at være af betydning for de forventninger, som de har til udbyttet af hjælp til selvhjælpsindsatsen. Interviewene blev gennemført på et tidspunkt, hvor borgerne havde haft besøg af ergoterapeuten, og hvor de eventuelt allerede havde fået justeret den bevilgede hjælp, fordi de kunne klare flere og flere ting selv. Dette gjaldt flere nyvisiterede, som havde genoptaget flere gøremål i og med, at de efter hjemkomst fra sygehus og eventuelt ophold på et

rehabiliteringscenter havde fået det (spontant) bedre. De nyvisiterede borgere havde som regel fået bevilget relativt intensiv hjælp umiddelbart efter indlæggelsen med den forventning, at hjælpen på sigt kunne trappes ned. Flere af disse beskrev, hvordan de prøvede sig frem i forhold til, hvad de selv kunne, således at de eventuelt kunne overtage gøremål, som de i første omgang fik hjælp til. For eksempel havde Anne på 85 år, som havde været indlagt og opereret efter at have brækket sin hofte, allerede fået trappet hjælpen ned, således at hun ikke længere behøvede hjælp til personlig pleje om morgenen.

Borgernes forventninger til, hvilken funktionsevne de kan opnå, skal således ses i relation til deres tidligere aktivitetsniveau og i relation til deres helbred og den aktuelle funktionsnedsættelse. Fælles for de interviewede borgere synes at være, at de har svært ved at vurdere, hvad de selv vil kunne udføre, mens de stadigvæk er påvirket af sygdomstilfældet eller er svækkede og oplever, at det går ned ad bakke med helbredet. Generelt synes de interviewede borgere forventningsniveau at afspejle deres tidligere livsførelse og aktivitetsniveau. For nogle borgere består det ønskelige i at kunne udføre de gøremål i hjemmet, som de hidtil har udført og at kunne komme udendørs og fx at foretage mindre indkøb. For andre består det ønskelige i også at kunne genoptage de udadvendte aktiviteter og deltage i de sociale sammenhænge, som førhen har været en væsentlig del af deres hverdag. Når betydningen af hjælp til selvhjælpsindsatsen vurderes, skal udbyttet således også ses i relation til disse forskelle mellem borgerne.

Gangfunktion og motorik

Generelt vil de interviewede borgere gerne opnå en mere sikker og stabil gangfunktion, bedre balance og blive bedre til at styre bevægelser af arme og hænder. Dette er et centralt ønske både blandt borgere, som er meget afhængige af hjælp til personlig pleje, og blandt borgere, som har delvis selvstændig gangfunktion ved hjælp af en rollator. Peter på 78 år, som har haft blodprop i hjernen, ville gerne komme til selv at tage tøj på og kunne klare at gå i bad. Bente på 84 år ville gerne blive mere sikker i sin gangfunktion efter en større rygope-

ration, så hun ikke behøvede hjælp til toiletbesøg. Begge giver udtryk for, at tiden, og at de selv træner, givetvis vil hjælpe, selv om de har svært ved selv at mærke egentligt fremskridt i dagligdagen.

Blandt de borgere, som har (opnået) delvis selvstændighed, men begrænset gangfunktion, er ønsket at blive mere sikker ved at gå. Det vil betyde, at de vil forbedre deres funktionsevne og dermed kunne klare flere gøremål i hjemmet, og at de kunne komme udendørs, som i dette eksempel:

For ægteparret Hans og Ester på henholdsvis 75 og 65 år, hvor begge er meget usikre på benene, handler hjælp til selvhjælp om, at de får hjælpemidler (rollator), som gør, at de kan blive ved med at klare de ting, som de hidtil har udført: at købe ind i butikken i nabolaget, lave mad og vaske tøj i egen vaskemaskine. De regner ikke med, og de ser heller ikke behov for at kunne udføre flere ting. De er meget glade for deres hjem, men fordi trappen kan blive et problem, har de tænkt sig at søge om en stuelejlighed.

Eksemplet ovenfor illustrerer, hvordan det at kunne opretholde sin gangfunktion betyder, at borgerne kan fortsætte deres hidtidige selvstændige livsførelse længst muligt. Der er flere eksempler på, at borgerne lægger megen vægt på at kunne bevæge sig i hjemmet og nærmiljøet på trods af funktionsbegrænsninger og generel svækkelse. Flere borgere nævner småindkøb som noget, de meget gerne vil kunne klare selv. At købe ind selv er af betydning i sig selv, men der er også sidegevinster forbundet med det, som borgerne nævner i interviewene: at få motion og frisk luft og komme i kontakt med andre:

Jens på 70 år nævner som et ønske, at han igen vil kunne foretage småindkøb i den nærliggende butik ved hjælp af sin rollator og samtidig gå en lille tur. Det er den målsætning, som han har, efter der er sket fremskridt 'i små bidder': Han er nået dertil, at han selv kan komme til sin postkasse og tømme den, uden at bruge rollatoren. Han siger, at

	Liv koncentrerer sig om hjemmet/nærmiljøet	Liv med udadvendte aktiviteter
Pludselig sygdomstilfælde eller operation	Bente, 84 år (rygoperation) Rigmor, 81 år (fald) Else, 82 år (fald, hjerneblødning, nedsat lungefunktion) Peter, 78 år (blodprop i hjernen) Jens, 70 år (hjerteroperation)	Anne, 85 år (fald, hofteoperation) Inger, 81 år (hjerteroperation; hofteoperation) Kirsten, 76 år (blodprop i hjernen) Lone, 68 år (faldulykke) Søren, 75 år (blodprop i hjertet) Knud, 81 år (fald)
Gradvis svækkelse	Ellen, 79 år (sammenfald i ryg og gigt) Grete, 75 år (spinalstenose) Hans & Ester, 75 og 65 år (svækket gangfunktion)	Ingrid (parkinsonisme)

På grund af upræcise oplysninger har Bent, 68 år ikke kunnet placeres i oversigten.

han ikke vil kunne gå længere strækninger af helbredsmæssige grunde (KOL og balanceproblemer), men vil meget gerne klare små gåture.

Endvidere, hvis borgerne har mulighed for selv at gå på indkøb, giver det dem eventuelt mod på selv at fortsætte med at forberede egne måltider. Dette synes ud over ovennævnte forhold at være drivkraften til at opnå bedre gangfunktion hos nogle af de ældre kvinder.

Der er en gruppe borgere, som har været meget udadvendte og mobile, og som gerne vil fortsætte med at deltage i de aktiviteter, som de har gjort før sygdomstilfældet. Det handler om aktiviteter, som er meget afhængige af, at motorikken bliver bedre. Samtidig er det også aktiviteter, som vil opretholde og styrke borgernes funktionsevne, som eksemplet nedenfor illustrerer:

Kirsten på 76 år havde klaret det hele selv bortset fra tungere havearbejde, men efter en blodprop i hjernen er hun blevet mere usikker på sin gangfunktion, balance og at styre sin venstre side. Hendes ønske er at kunne komme tilbage til sin tidligere funktionsevne: *Jeg vil selvfølgelig gerne virke, som jeg gjorde førhen.* Samtidig har sygdomstilfældet gjort, at hun er blevet mere usikker: *Det sidder jo lidt i en, hvis man nu falder.* I øjeblikket foretager hun sig forskellige gøremål i hjemmet. Hun får hjemmehjælp, men kun til tungere rengøring. På sigt vil hun gerne igen kunne genoptage nogle af de aktiviteter, som hun tidligere har haft, nemlig at gå stavgang, gå til gymnastik, klare mest muligt i sin have og handle selv samt, hvis muligt, cykle igen.

På tilsvarende måde er gangfunktion og sikkerhed i motorikken vigtigt for Anne på 85 år, som bor to kilometer fra den nærmeste købmand. Hun vil gerne lære at tage bussen, så hun igen kan komme til at handle selv.

Hun vil også fremover være med i en læsekreds, som hun tidligere har været meget glad for at deltage i, men det foregår i Roskilde og forudsætter, at hun er i stand til at benytte offentlig transport.

De interviewede borgere i plejebolig lægger vægt på at kunne bevare eller styrke deres bevægelighed og motorik i arme og hænder – to af de tre ældre – med det formål at kunne komme til at opleve noget uden for plejeboligerne som fx at være med til at købe ind eller deltage i ture eller rejser.

At have mulighed for at fortsætte sin tidligere livsførelse

De interviewede borgere har som beskrevet ovenfor forskellige forventninger til, hvad de gerne vil ud over at kunne bevæge sig uden hjælp. I store træk kan borgerne deles op i fire grupper i forhold til, om de har oplevet et akut sygdomstilfælde og i forhold til, hvordan deres livsstil har været:

Se tabel ovenfor.

Borgere, som ikke har oplevet et sygdomstilfælde, men gradvis svækkelse, forventer typisk at kunne bevare deres eksisterende funktionsevne nogenlunde sådan, som forventningerne hos et ældre ægtepar blev beskrevet i afsnittet ovenfor. Disse borgere har allerede tidligere typisk trappet aktiviteter ned på grund af svækket helbred (fx vandreture eller fitness). Eksemplet nedenfor illustrerer to forhold, som borgere, hvis helbred gradvist er blevet svækket, nævner. Det ene er, at relevant hjælp så som hjælp til fx tungere rengøring kan have en sidegevinst: Borgerne får (frigjort) ressourcer til andet, som er vigtigt for dem, og som opretholder deres samlede funktionsevne (diskuteret i tidligere undersøgelse som et udtryk for at fremme hjælp til selvhjælp, jf. Hansen, Eskelinen & Dahl 2011). Det andet er, at borgerne eventuelt kan blive boende længere tid i eget hjem, end det

ellers ville være muligt. Den ældre kvinde i eksemplet nedenfor (Grete på 75 år) har bedt om hjælp på grund af rygproblemer. Hun er allerede for mange år siden kommet på førtidspension på grund af dårlig ryg. Hun går desuden på eget initiativ til speciel rygtræning, som hun måske ikke ville have kræfter til, hvis hun ikke havde mulighed for at få hjælp til tungere rengøring.

Grete har fået bevilget hjælp til støvsugning og gulvvask på badeværelset og forventer at klare alt andet et stykke tid, fordi hun får hjælp til de opgaver, som er blevet uoverkommelige for hende. Hun siger: *Så har jeg overskud til at lave noget af det andet.* Hun vil gerne have, at hendes hjem fremstår pænt, men i den seneste tid har hun ikke haft kræfter til selv at klare det. *Den hjælp, jeg har fået nu, er jeg glad for. Så håber jeg, at jeg kan få overskud til noget af det andet, som jeg ikke har haft overskud til før. Jeg vil gerne ordne mit køleskab og komfur, og der skal ryddes op alle vegne. Det har jeg virkelig forsømt. Men det håber jeg nu, at jeg kan få lidt overskud til.* Hun vil holde sig i gang for at kunne blive boende i sin lejlighed, som har været hendes hjem i de seneste 30 år.

En af de interviewede borgere (Ingrid, 83 år) ønsker sig at kunne genoptage nogle udadvendte aktiviteter som seniorkor og arrangementer i en kulturforening. Forudsætningen herfor er imidlertid, at hun fortsat kan gøre det sammen med sin bror og svigerinde, som bl.a. sørger for kørsel.

De borgere, som *har haft et sygdomstilfælde eller en tydelig helbredsmæssig tilbagegang*, kan placeres i to kategorier (jf. skemaet ovenfor): Nogle har levet et forholdsvis stille liv i eller tæt på deres hjem, mens andre har haft forholdsvis mange udadvendte aktiviteter. Borgernes ønsker om bedring fokuserer for den førstnævnte gruppe hovedsageligt på selv at kunne klare forskellige gøremål i eget hjem og hvis muligt komme lidt udendørs i egen have eller gå en lille tur. Det er det liv, de har været vant til at føre (jf. eksemplet Jens i afsnittet *Gangfunktion og motorik*). I den anden gruppe vil borgerne allerhelst generhverve deres mobilitet

og funktionsevne i en sådan grad, at de igen vil kunne deltage i forskellige aktiviteter såsom stavgang og gymnastik ud over at foretage sig mest muligt i hjemmet i forhold til hus og have (jf. eksemplet Kirsten i afsnittet *Gangfunktion og motorik*). Nogle borgere i denne kategori beskriver, at det sociale liv har meget stor betydning for dem, og at de vil få det psykisk bedre, hvis de igen kunne deltage. Inger på 81 år siger:

Jo bedre jeg føler mig tilpas, og jo større netværk jeg får, jo bedre vil jeg også have det, og det vil også gøre, at jeg ikke behøver så meget hjælp, fordi jeg bliver mere sikker igen på mig selv.

I dette tilfælde handler det ikke om dagcenteraktiviteter, men interessebetonede aktiviteter som foredrag, læsekreds eller rejser.

For to af de tre interviewede i plejebolig (begge 86 år) har livet i de senere år af helbredsmæssige grunde indskrænket sig til hjemmet. De ønsker primært at kunne deltage i det daglige liv og aktiviteter i plejeboligerne samt deltage i begivenheder i familien. Den ene vil desuden en gang i mellem stadigvæk gerne rejse sammen med familien. Hun har været vant til at rejse sammen med sin afdøde mand. Den tredje af de interviewede, som er 66 år og lider svært af KOL, vil gerne klare mest muligt selv. Hun træner i selv at klare badning og i at styrke sine ben med det formål at bibeholde mest muligt af sin funktionsevne.

Realistisk forventningsniveau

Borgerne giver i interviewene udtryk for, hvordan de allerhelst vil være ligesom før – dvs. på det tidspunkt, hvor de havde det godt. På den anden side beskriver de, hvordan de skal se realiteterne i øjnene og være tilfreds med det, som de trods alt selv kan. Rigmor på 81 år, som efter et fald er i den situation, at hun ikke længere kan klare lettere havearbejde, siger: *Det skal helst være ligesom før; man vil jo gerne selv være nogenlunde, som man plejer. Men det kommer jeg ikke til, ikke helt. Hvis man bare kan gøre lidt, så ville det være rart nok.*

Flere borgere beskriver i interviewene, at de er nødt til

at omstille sig således, at de for eksempel ikke længere stiller så store krav til sig selv, som de har gjort tidligere. Det har været et emne, som nogle har talt om med ergoterapeuten, som så har rådgivet om, hvordan man eventuelt kunne klare forskellige daglige gøremål noget lettere. Ingrid på 83 år siger: *Jeg er jo af den gamle skole. Men det kan jeg godt se, det bliver jeg nødt til at tage lidt lettere på.* Rigmor på 82 år beskriver, at hun tidligere har brugt tid til rengøring og tøjsyning samt til at stryge og vaske. Det gør hun stadigvæk, men ikke så tit som tidligere: *Nu snyder man lidt med strygejernet. Man tager noget på, der ikke skal stryges. Det med at stå op er ikke så godt.* De ældre borgere oplever således, at de er nødt til at tilpasse sig deres helbredsmæssige situation (og sænke deres forventninger).

Flere borgere er inde på de psykiske aspekter relateret til svækket helbred og funktionsevne. De beskriver, at de ikke kan forvente, at helbredet på sigt bliver bedre. Omvendt kan det forventes, at det går den modsatte vej med alderen, især hvis man allerede har oplevet flere sygdomsperioder og har mere eller mindre varige funktionsbegrænsninger. Anne på 85 år, som har brækket sin hofte, vil gerne kunne lære at tage bussen, men hun er usikker på, hvordan det kommer til at gå denne gang, selv om det for nogle år tidligere lykkedes for hende at træne sig til en bedre gangfunktion:

For det er også noget psykisk, ikke. Jeg er bange for... altså, man føler sig jo mest tryk i sit hjem. Det er klart. Lige så snart man går uden for døren, så er man ude i det offentlige rum. Så er det større krav, der stilles til en.

Flere af de interviewede giver udtryk for, at det er svært at vide, hvor meget de kan generhverve af deres funktionsevne. Inger på 81 år har fået det bedre efter en hofteoperation, og målet er, at hun efterhånden selv klarer flere ting, og at hjælpen dermed kan trappes ned. Hun siger imidlertid: *Jeg har også været lidt tilbageholdende, for jeg har været usikker på, hvordan mit helbred ville forløbe, og om jeg vil kunne klare det.* På tilsvarende måde giver Jens på 70 år udtryk for, at han helst så, at hjemmehjælpen kom jævnlige: *Bare sikkerheden, at*

der er en, der kommer forbi. Det betyder i sig selv også meget. Det er nok mere den psykologiske faktor, der er inde i billedet. Han forventer selv at kunne klare de daglige personlige fornødenheder og med mindre hjælp, således at han eventuelt ikke behøver at få besøg hver dag. Men det giver ham tryghed at have kontakt med hjemmehjælpen.

De interviewede borgere i plejebolig giver i høj grad udtryk for, at de føler sig mere trygge og tilpas ved at bo i en plejebolig, end det til sidst var at bo hjemme. Det lyder, som om de har fået mere energi og mod til at vedligeholde deres funktionsevne i deres nye miljø, dog under den forudsætning, at de kan få støtte fra en ergoterapeut.

Hjælpemidler og forventninger

Foran er beskrevet, hvordan en betydelig del af hjælp til selvhjælpsindsatsen har været at vurdere, om borgere kunne have gavn af forskellige hjælpemidler, så de i højere grad blev uafhængige af hjælpen (jf. afsnit 3.6). De interviewede borgere har forskelligt syn på hjælpemidlerne. De fleste oplever, at hjælpemidlerne – især rollator – gør dem mere mobile og selvstændige. Som beskrevet, kan de eventuelt igen klare småindkøb i nabolaget (ægteparret Hans og Ester), og de får samtidig motion. For flere borgere i vores materiale bidrager hjælpemidlerne til, at de kan klare flere ting selv og eventuelt bevare en selvstændig livsførelse, blot de får hjælp til tungere rengøring.

Nogle borgere oplever dog situationen, hvor de bliver tilbudt flere forskellige hjælpemidler, som ambivalent. De har svært ved at forholde sig til hjælpemidlerne, selv om de kan se visse fordele ved dem:

Else på 82 år er ikke meget for at få hjælpemidler som fx en rollator, men det – siger hun selv – bliver hun nødt til at acceptere for at kunne købe ind selv. Hun har ikke øvet sig i at tage støttestrømper på, selv om hun mener at kunne gøre det. Hun trækker det ud, idet 'det er jo også rart at få besøg', selv om hun samtidig giver udtryk for, at det skal hun ikke benytte sig af. Ud over rollator og støtte-

strømper nævner hun også et tredje hjælpemiddel: en tang til at samle ting op fra gulvet med.

Som det fremgår af uddraget ovenfor, kan det at blive udstyret med forskellige hjælpemidler opleves som voldsomt og forudsætter en omstilling til en ny situation. Eksemplet illustrerer desuden, hvordan en negativ holdning til hjælpemidler kan være relateret til, at hjælpemidlerne opleves som erstatning for personlig hjælp og kontakt. Der er endvidere borgere, som gerne vil klare sig længst muligt uden hjælpemidler, som Kirsten på 76 år, der efter en blodprop i hjernen har gangbesvær. Hun siger til spørgsmålet, om der har været tale om at bruge en rollator: Nej, det vil jeg helst ikke. Jeg tror, man skal passe på, hvis man vænner sig til sådan noget, så kan man måske ikke gå uden den.

Køn, alder og forventninger til udbytte

I dette afsnit ses på, om køn og alder synes at spille en rolle for, hvilke forventninger de interviewede i egen bolig har til udbyttet af hjælp til selvhjælp, og dermed hvad der er vigtige mål i indsatsen for at støtte og motivere borgerne til at klare flere ting selv. Det skal fremhæves, at der er tale om et casestudie, som ikke kan sige noget generelt om sammenhæng mellem køn, alder og forventninger til udbyttet. Casene bruges imidlertid til at afdække, om der er et mønster i forventninger til udbyttet hos mænd og kvinder samt i tre forskellige aldersgrupper.

Køn

Det er gennemgående for *mændene*, at de siger, at de gerne igen vil kunne det, de kunne før, de blev ramt af sygdom (fx blodprop). Det drejer sig først og fremmest om den personlige pleje. *Fx har Jens på 70 år, som får hjælp hver dag til personlig pleje, en forventning om, at han på sigt kan klare sig med mindre hjælp, hvilket vil sige uden besøg hver dag.*

Det kan endvidere dreje sig om en aktivitet uden for hjemmet, havearbejde eller praktiske opgaver i husholdningen. *Fx fortæller Søren på 75 år, at han også selv vil klare at rede seng og skifte sengetøj, selv om han må bruge lang tid til det. For det har han altid gjort selv.*

Kvinderne har det på samme måde som mændene. De gerne vil være i stand at klare de gøremål eller aktiviteter, som de klarede før, de blev ramt af sygdom eller svækkelse. *Det skal være lige som før... Man vil jo gerne selv være nogenlunde, som man plejer.* Der kan være tale om en interesse, de har dyrket, eller praktiske opgaver i husholdningen.

Grete på 75 år havde bl.a. fået bevilget hjælp til at tørre støv af og ordne badeværelse, men hun havde sagt til ergoterapeuten, at det vil hun gerne selv klare. Hun vil gerne have, at hendes hjem fremstår pænt, lige som det har gjort tidligere. Hun er glad for den hjælp, hun får, fordi det kan give hende overskud til noget af det andet, som hun ikke har haft overskud til før. Hun vil fx gerne ordne sit køleskab og komfur.

Andre ønsker afspejler også tidligere aktiviteter i husholdningen. *For eksempel kunne Ellen på 79 år godt tænke sig at pudse sit kobbetøj og at komme i gang med at bage igen.* Andre har på grund af deres sygdom mere beskedne mål. *For eksempel håber Bente på 84 år, at hun vil få det bedre, og at hun vil kunne stå på sine ben.*

65-74 årige

Tre personer i alderen 65-74 år er blevet interviewet. Desuden var ægtefællen til én af de interviewede i den aldersgruppe. To af de interviewede har tidligere haft en aktiv og udadvendt tilværelse med deltagelse i forskellige former for aktivitet. Lone på 68 år, som har været ramt af en blodprop, har en forventning om igen at blive så mobil, at hun vil kunne genoptage sine tidligere aktiviteter. Bent på 68 år, som havde vanskeligt ved at beskrive sit helbredsproblem, giver ikke udtryk for en forventning om at tage nogle af sine tidligere aktiviteter op igen. Jens på 70 år, der efter fald fik brud på lændehvirvel og blev udsat for en blodprop, beskriver ikke sin tidligere tilværelse som speciel aktiv, og han udtrykker heller ikke et ønske om at komme i gang med aktiviteter. Helbredet i form af balanceproblemer og KOL sætter begrænsninger, som betyder, at han koncentrerer sig om at få tiden til at gå i hjemmet.

75-79 årige

Seks af de interviewede var i alderen 75-79 år. To af dem har, før de blev ramt af en blodprop, deltaget i en eller flere former for aktivitet sammen med andre uden for hjemmet. De har begge en forventning om at generhverve en funktionsevne, så de kan genoptage deres tidligere aktiviteter. Der er endvidere et ægtepar, som deltager i en del aktiviteter i lokalområdet, men som ellers bruger den meste tid i hjemmet. Manden har gigt, som ikke kan forventes at blive bedre, og de har ikke noget ønske om at øge deres aktivitetsniveau. Et andet ægtepar deltager i enkelte aktiviteter i nærmiljøet, men bruger ellers meget tid i hjemmet og ser en del til deres børn. Manden har brugt en del tid i haven, og det vil han gerne kunne igen, men ellers har de ikke noget ønske om at komme mere ud.

Endelig er der to kvinder, som begge har dårlig ryg sammen med andre helbredsproblemer. De kan ikke forvente væsentlige forbedringer i deres funktionsevne. I det daglige ser de ikke så mange mennesker mere. Den ene har tidligere deltaget i forskellige aktiviteter, mens den anden siger, at hun tidligere var sammen med andre mennesker, men at mange af dem er døde nu. Ingen af dem udtrykker ønske om at komme mere ud til aktiviteter.

80-85 årige

Syv i alderen 80-85 år er blevet interviewet. De fire af dem var, før de blev ramt af et helbredsproblem, involveret i en eller flere aktiviteter uden for hjemmet. To af dem er på interviewtidspunktet stadig aktive uden for hjemmet. Knud på 81 år kører bil og hjælper til, hvor han kan. Han kommer ikke i foreninger, og det har han aldrig gjort. Ingrid på 83 synger i kor og kommer en gang om ugen i en kulturforening med spisning og underholdning. Hun er tidligere gået meget op i håndarbejde, men det gør hun ikke mere, lige som hun ikke længere kan klare så meget i haven. To borgere bruger på interviewtidspunktet tiden i hjemmet, men håber på at kunne genoptage en tidligere aktivitet. Anne på 85 år læser meget og er medlem af en læsegruppe, som diskuterer litteratur en gang om måneden. På grund af brækket hofte deltager hun ikke pt., men forventer at komme til

det igen. Rigmor på 82 år bruger ligeledes meget tid i hjemmet på praktiske opgaver og på at se fjernsyn. Hun har tidligere spillet musik i et lille orkester, og det håber hun at kunne komme til igen.

De tre øvrige bruger på interviewtidspunktet ligeledes det meste af tiden på aktiviteter i hjemmet, og de nævner ikke en aktivitet uden for hjemmet, som de har deltaget i, før de blev ramt af sygdom. Inger på 81 år siger dog, at hun tidligere har rejst meget, men det anser hun ikke for muligt igen. De bruger typisk meget tid på at læse eller se fjernsyn, og omfanget af sociale kontakter ud over med børn er begrænsede. De har alle et ønske om at komme mere ud til en eller anden form for aktivitet.

Opsamling på køn og alder

Beskrivelserne giver ikke indtryk af, at ønsket om at genoptage tidligere aktiviteter eller i det hele taget at komme ud til aktiviteter sammen med andre er særligt karakteristisk for kvinder i forhold til mænd eller for yngre frem for ældre, der har brug for hjælp. Det er snarere helbredet, der sætter begrænsninger, og forventningen til fremgang eller ikke, som spiller ind på ønskerne. Endvidere er ønsker til indhold i tilværelsen i den nuværende situation eller i den nærmeste fremtid i vid udstrækning bestemt af det liv, de har levet, og de gøremål, de har udført, eller de aktiviteter, de har deltaget i før.

3.9 Opsamling og perspektivering

Dette kapitel om borgernes motivation for rehabilitering har bygget på observation af visitationsamtaler samt interview med 19 borgere og med syv medarbejdere i Roskilde Kommune. Interviewene er gennemført i vinteren 2012/2013. 16 af de ældre boede i egen bolig, mens tre boede i en plejebolig. Det må forventes, at der ved rekrutteringen af borgere til interview er sket en vis selektion. Borgere, som ikke har ønsket at deltage, har muligvis haft færre ressourcer end dem, der er blevet

interviewet. Endvidere kan det tænkes, at borgere, hvor samarbejdet med kommunens medarbejdere ikke har været velfungerende, har været mere tilbøjelige til at takke nej til at blive interviewet. Der kan derfor være aspekter af borgernes motivation, som ikke er blevet afdækket. De fleste af de borgere, som er blevet interviewet, var nyvisiterede til hjemmepleje. De fleste af dem og også de fleste af de revisiterede havde været ude for et akut sygdomstilfælde, et uheld eller havde gennemgået en operation.

I Roskilde Kommune, hvor undersøgelsen er gennemført, er vedtaget det princip, at borgere, som henvender sig om praktisk hjælp eller personlig pleje, tilbydes hjælp til selvhjælp (hjemmetræning), hvor der gives støtte til, at borgerne helt eller delvist igen selv vil kunne klare deres daglige gøremål. Kommunen har udarbejdet pjece til borgerne for at informere om principperne i hjælp til selvhjælp. I korte træk består indsatsen i, at en visitator under et hjemmebesøg vurderer borgernes potentiale for at optræne færdigheder i daglige aktiviteter. Visitationen bliver fulgt op af et eller flere besøg af en ergoterapeut. Kommunen har udpeget et antal resourcepersoner blandt social- og sundhedshjælperne, som danner et team sammen med ergoterapeuten, og som sammen med borgeren skal følge op på de initiativer, som ergoterapeuten har iværksat fx ved at støtte en borger i at træne udførelsen af et dagligt gøremål. Det har dog i praksis vist sig, at det ikke systematisk har været muligt at knytte en resourceperson til en borger, som er visiteret til et hjælp til selvhjælpsforløb, og opfølgningen er derfor også blevet udført af andre social- og sundhedshjælperne.

Opsamlingen i det følgende er struktureret efter de fem analysespørgsmål, som er formuleret i afsnit 3.2.

Den visiterende samtale og den efterfølgende indsats *Visitationssamtalen*

Visitationssamtalen er vigtigt element for det videre forløb, da borgerne her må informeres om princippet om hjælp til selvhjælp. I de observerede visitationssamtaler introduceres borgerne da også typisk til princippet, og visitator argumenterer for, at det er bedst for borgeren

selv at kunne udføre så meget som muligt, fordi man dermed kan være uafhængig af hjælp fra andre og selv bestemme sin dagrytme. Formålet med hjælpen introduceres altså ved visitationen, jf. Glendinning m.fl. (2010). Visitationssamtalen handler imidlertid ikke kun om, hvad borgeren eventuelt vil kunne komme til at klare selv. Den har også haft til formål at afdække, hvad borgeren har brug for hjælp til her og nu og at kompensere herfor. Kompensation for en reduktion i den aktuelle funktionsevne har skullet bidrage til at skabe tryghed hos borgeren og danne udgangspunkt for en indsats for at udvikle borgerens selvhjælpenhed. Trygheden ved at kunne få den fornødne hjælp kan bidrage til, at borgeren er motiveret for at indgå i et forløb med at styrke deres selvhjælpenhed. Borgerne orienteres under visitationssamtalen også om, at politikerne i kommunen har besluttet, at der skal ydes hjælp efter et princip om hjælp til selvhjælp.

Princippet om hjælp til selvhjælp er som regel uproblematisk i de tilfælde, hvor borgere har været udsat for en akut sygdom og selv er indstillet på at kunne genvinde færdigheder, som sygdommen har sat tilbage. Der er således i disse tilfælde en fælles forståelse mellem visitator og borger om, hvad formålet med hjælpen fra kommunen er, og hvordan borgeren skal søge at styrke sine færdigheder. Princippet er vanskeligere at introducere, hvis borgeren ikke har forståelse for, hvorfor princippet bliver bragt på banen. Det er typisk borgere, som har modtaget hjælp i en længere periode, og hvis de ikke selv har oplevet, at der er sket ændringer i deres situation, kan de have vanskeligt ved at forstå, at der nu er noget, som de skal klare selv.

Visitationssamtalen står ikke klart i erindringen hos borgerne, og det er dermed heller ikke altid klart for dem, hvad der er aftalt under visitationssamtalen. Der kan derfor sættes spørgsmålstegn ved visitationssamtalens betydning for at motivere borgerne til at træne i at klare flere gøremål selv. Det gælder især i forhold til borgere, som har været udsat for akut sygdom eller et uheld. De interviewede borgere var på interviewtidspunktet dog gennemgående klar over, at de fik hjælp efter et princip om hjælp til selvhjælp, men denne indsigt kan også

være kommet efterfølgende gennem besøg af ergoterapeut eller fra kommunens pjece om princippet.

Borgerne giver gennemgående udtryk for, at der under visitationssamtalen blev taget hensyn til deres behov. Flere har imidlertid ved visitationssamtalen haft vanskeligt ved selv at formulere deres behov, fordi de har stået i en ny situation med følger af akut sygdom. De har derfor haft svært ved at bedømme, hvad de kan klare og hvad de ikke kan klare. Derudover har borgerne i mødet med kommunens visitator ikke indsigt i, hvad mulighederne for hjælp er. Det er gennemgående, at visitator og borger i fælleskab finder frem til behovet for hjælp, jf. Olaison (2009), men visitator har teten i visitationssamtalen, og borgerne tager stilling til visitators forslag.

Indsatsen

Ergoterapeutens besøg efter visitationssamtalen fungerer i de fleste tilfælde som en form for udvidet visitation, idet ergoterapeuten på grundlag af samtaler med borgeren og observation af borgerens udførelse af konkrete opgaver får et grundigere indtryk end visitator af, hvad borgeren aktuelt kan klare, og hvad der er mulighed for, at borgeren kan komme til at klare. Særligt når borgeren har været ude for et akut tilfælde, kan det have betydning, at der, når ergoterapeuten kommer på besøg, har været en periode, hvor borgeren har opholdt sig i hjemmet med en nedsat funktionsevne. Borgeren er dermed bedre i stand til at vurdere, hvad han/hun kan klare selv, og hvad ikke. Ergoterapeutens rolle består også i at give anvisninger på og vejlede borgerne til, hvordan de kan udføre personlig pleje eller praktiske opgaver, og ergoterapeuten aftaler med borgerne, hvad de skal øve sig i at udføre selv. Det var udbredt blandt de interviewede, at de var blevet tildelt et hjælpemiddel. I nogle tilfælde er borgeren derefter selvhjulpent, mens der i andre tilfælde gives hjælp til andre opgaver, som borgeren ikke selv kan klare og heller ikke vil kunne komme til at klare selv. I andre tilfælde strækker ergoterapeutens indsats sig over en længere periode, hvor ergoterapeut (og social- og sundhedshjælper) følger udviklingen i borgerens funktionsevne. Nogle borgere kan se formålet med ergoterapeutens besøg og oplever også et udbytte af dem. Andre har haft sværere ved at se

formålet med besøgene og oplever ikke, at de har fået noget ud af dem, fx fordi de ikke kan udføre de funktioner, som ergoterapeuten gerne ville have dem til. Det er i den forbindelse værd at fremhæve, at rehabilitering af færdigheder i daglige aktiviteter ikke alene beror på ergoterapeutens indsats. Flere af de interviewede har forsøgt selv at vedligeholde eller at forbedre deres funktionsevne. Ud over at træne i at udføre daglige opgaver har nogle fx selv taget initiativ til at gå til en form for fysisk (genop)træning.

Borgernes udbytte

De interviewede borgeres helbredsmæssige udgangspunkt i forhold til at opnå en forbedring i deres funktionsevne er forskellig. Nogle har haft en fremadskridende funktionsnedsættelse som følge af en kronisk sygdom fx parkinsonisme eller rygsmerter, hvor der ikke kan forventes væsentlige forbedringer. De fleste af de interviewede har været udsat for akut sygdom, et uheld eller en operation. Heriblandt vil nogle kunne forvente stort set at genvinde sin tidligere funktionsevne, mens andre må indstille sig på, at der fremover vil være begrænsninger i deres fysiske udfoldelsesmuligheder. Det er derfor naturligt, at det også er forskelligt, hvilken fremgang de ældre har oplevet, siden de begyndte at få hjælp til selvhjælp.

Borgere, som er visiteret til hjælp efter fx akut sygdom, finder i nogle tilfælde hurtigt ud af, at der er dele af hjælpen, de kan undvære og siger den derfor fra. Andre bliver hjulpet til at klare opgaver med et hjælpemiddel, og nogle er i gang med at lære at bruge et hjælpemiddel til at tage støttestrømper på. Borgere, som har været igennem et akut sygdomsforløb, har oplevet en forbedring i deres funktionsevne, men knytter det ikke selv direkte til kommunens indsats. I mange tilfælde vil de da også med tiden spontant opnå en forbedring i deres funktionsevne. Det kan derfor være svært at skelne, hvad der ville være kommet af sig selv, og hvad der skyldes træning i udførelse af daglige aktiviteter. I nogle tilfælde registrerer borgerne ikke selv en fremgang, som andre kan observere.

Borgere, som har været udsat for en gradvis svækkelse af deres funktionsevne, oplever ikke fremgang i deres

funktionsevne, men nogle har haft gavn af et hjælpemiddel eller teknikker til nemmere at overkomme praktiske opgaver i hjemmet. Det er endvidere i interviewene blevet nævnt, at den hjælp, man får fra kommune fx til praktiske opgaver, giver overskud til selv at klare andre ting, som har betydning for deres livskvalitet.

Borgernes holdninger til hjælp og uafhængighed

For de borgere, som søger kommunen om hjælp, er det en ny situation at have behov for hjælp til opgaver, som de tidligere selv har klaret, og borgere med en fremadskridende funktionsnedsættelse har i flere tilfælde udskudt tidspunktet, hvor de søgte om hjælp fra kommunen. De fleste lægger meget vægt på selv at klare den personlige hygiejne, mens det ikke er så grænseoverskridende at få hjælp til praktiske opgaver, som også kan være sværere selv at klare. Det er et generelt billede, at de interviewede borgere bestræber sig på at udføre de gøremål, de har været vant til: Det opfattes både som en selvfølgelighed og en tilfredsstillende at klare opgaverne selv. De interviewede borgere giver endvidere udtryk for, at det bidrager til at holde dem i gang, men de slipper også for de mange besøg fra hjemmeplejen, og de kan selv bestemme deres dagsrytme. Man vil altså gerne kunne klare sig selv, og det er en gennemgående opfattelse, at man uanset alder først har ret til hjælp fra kommunen, når helbredsproblemer bevirker, at man ikke længere selv kan klare et gøremål.

Personalet nævner imidlertid eksempler på borgere, som ikke er indstillet på at modtage hjælp til selvhjælp og på selv at udføre så meget som muligt for at holde sig i gang. Der nævnes eksempler på borgere, som forventer, at kommunen yder dem hjælp, eller som er bange for, at hjælpen bliver taget fra dem. Personalets eksempler på borgernes holdninger til at klare mest muligt selv står således delvist i modsætning til udsagn fra interviewene med borgere. Forklaringen kan være, at medarbejderne kan være tilbøjelige til under et interview at tænke på de borgere, som giver dem flest udfordringer, men disse eksempler er ikke nødvendigvis de typiske. En forklaring på modsætningen kan endvidere være, at 'besværlige borgere' har takket nej til at blive interviewet.

Det kan selvfølgelig ikke udelukkes, at ønsket om hjælp i nogle tilfælde er udtryk for magelighed, men i de fleste tilfælde anses det som sandsynligt, at der er andre forklaringer, når borgere er skeptiske over for at skulle klare en opgave selv.

Borgerne har et ønske om at være mest muligt uafhængig af hjælp, men samtidig vil man gerne kunne stole på at kunne få den fornødne hjælp til de opgaver, som man ikke selv kan klare. Det handler om at kunne føle sig tryk ved ikke at komme i bekneb med at udføre en vigtig opgave i hverdagen eller ligefrem blive bragt i en situation, man betragter som uværdig. Som nævnt tidligere står de fleste borgere i en ny situation, når de er kommet i kontakt med kommunen. De har været udsat for en svækkelse og et funktionstab, som gør dem usikre i forhold til, hvad de selv vil være i stand til at klare. Det er så en tryghed, at der, fx når de skal i bad, i det mindste er en hos dem, hvis de skulle miste balancen. Det kan opleves som uværdigt, hvis man bliver bragt i en ubehjælpelig situation, fordi man ikke kan klare en opgave. Også andre studier peger på, at tryghed er et vigtigt element ved rehabilitering og forskellige former for hjælp (Petersson, Lilja & Borell 2012), og at tryghed bl.a. beror på, at der er nogen, man kan stole på yder hjælp, hvis man får brug for det.

Udførelsen af en praktisk opgave kan endvidere hos nogle tage så meget af deres kræfter, at de ikke kan overkomme andre ting.

I andre tilfælde handler det om borgere, som i længere tid har modtaget hjælp, som kan have vænnet sig til kontakten med social- og sundhedshjælperne og i nogle tilfælde ligefrem betragter dem som en slags venner. Det vil derfor være et tab at miste denne kontakt.

Princippet om hjælp til selvhjælp indebærer, at borgerne selv skal forsøge at klare opgaverne. Det kan af borgerne opfattes som manglende lydhørhed over for deres egen vurdering af behov for hjælp. Som nævnt ovenfor udsætter flere ifølge vores observationer tidspunktet, hvor de må søge om hjælp, så længe som muligt. Når de så er kommet til det punkt, hvor de har erkendt med sig

selv, at de ikke kan klare sig længere, kan det opfattes som manglende respekt for deres vurdering at blive stillet over for kravet om at prøve at klare opgaverne selv. Borgernes reaktion i sådanne situationer kan også ses i et perspektiv om gensidighed i ydelser. Udveksling af gaver og tjenester mellem to parter er et væsentligt led i den sociale struktur. Gensidighed i denne udveksling (reciprocitet) bidrager til at skabe balance i en relation mellem mennesker, og undersøgelser har vist, at ældre lægger vægt på gensidighed i relationen mellem dem og familie, venner og hjemmehjælper (fx Lewinter 2002). Man vil gerne kunne yde noget til gengæld for den hjælp, man modtager. Når nogle ældre borgere argumenterer med, at de, fordi de har betalt skat igennem det meste af livet, har ret til hjælp, kan det tages som udtryk for en forventning om gensidighed i forhold til den offentlige sektor. Ældre borgere har gennem livet bidraget til samfundet, og så kunne det forventes, at samfundet betaler tilbage ved at yde hjælp, når de oplever at have brug for det. Ældre borgeres forventninger kan også knyttes til den uskrevne sociale kontrakt i velfærdsstaten, hvor den erhvervsaktive generation betaler for forsørgelsen af børn/unge og ældre (fx Petersen 2012).

Ældre borgeres forventninger til hjælp fra det offentlige vil imidlertid i høj grad afspejle de informationer, de har om, hvad kommunen faktisk yder hjælp til. Det gav sig udslag i en undersøgelse af ældres holdninger til, hvad det offentlige bør yde hjælp til (Colmorten m.fl. 2003). Således vil princippet om hjælp til selvhjælp formodentlig også med tiden indlejres i borgernes (og deres pårørendes) forventninger til hjælp fra kommunen.

Borgernes forventninger til udbytte og til en aktiv tilværelse

Ældre borgeres forventninger til, hvad de kan komme til at klare selv bl.a. på baggrund af kommunens indsats, afspejler deres tidligere livsførelse og aktivitetsniveau og deres bedømmelse af helbredet. De lægger således vægt på at bevare kontinuiteten i deres tilværelse (fx Atchley 1993) under hensyntagen til de begrænsninger, som deres helbred måtte sætte. Borgerne fremhæver gøremål i hjemmet, som de har været vant til at udføre

selv, og at blive i stand til at komme udendørs, så de fx selv kan handle. Mobilitet og gangfunktion er i det hele taget vigtigt for borgere, der er visiteret til hjælp til selvhjælp, og gangfunktionen er da også afgørende for selv at kunne klare en række opgaver og opretholde en selvstændig livsførelse. Mobiliteten bliver i nogle tilfælde forbedret ved hjælp af fx en rollator, mens andre på forskellig måde søger at træne deres gangfunktion til at klare sig uden rollator enten indendørs eller udendørs.

Også blandt borgere i plejebolig kan forventninger til udbytte af et rehabiliteringsforløb handle om at kunne forbedre gangfunktionen, så de bliver mere mobile og får en større aktionsradius. Derudover er målet typisk at forbedre funktionsevnen for at kunne klare en større del af påklædning eller den personlige hygiejne selv. Begge dele kan bidrage til at forbedre deres selvrespekt og livskvalitet.

Der er borgere, som har været meget udadvendte og mobile, og som gerne vil fortsætte med at deltage i de aktiviteter, som de deltog i før deres sygdomstilfælde. Det drejer sig især om borgere, som har været udsat for akut sygdom, uheld eller en operation, og som har en forventning om at genvinde (noget af) af deres funktionsevne. Det vil betyde meget for deres velbefindende at kunne genoptage tidligere aktiviteter. Nogle erkender dog, at det næppe er realistisk at tro, at de vil kunne klare alt igen lige som før. Borgere, som har været udsat for en gradvis svækkelse af funktionsevnen, har typisk allerede trappet deres aktivitetsniveau ned. Forventningerne til udbyttet af en rehabiliterende aktivitet og dermed de mål, som borgerne sætter sig, jf. afsnit 3.1, afhænger altså af, om borgerne har været ude for en akut begivenhed eller en gradvis reduktion i deres funktionsniveau. Tilpasning af forventninger til aktivitet til en reduceret funktionsevne kan ses som en del af strategien til at mestre sygdom og svækkelse (fx Daatland & Solem 2000), når der ikke er udsigt til, at funktionsevnen kan forbedres væsentligt (passiv mestring). Strategien er også benævnt en homeostaseproces, hvor det handler om at skabe en indre balance, der bidrager til at optimere trivsel og livskvalitet (Daatland & Solem 2000; Ojala 1989).

Hjælp til selvhjælp i Roskilde Kommune og de fleste kommuners hverdagsrehabilitering er fokuseret på, at rehabilitere borgere til praktiske opgaver i husholdningen og til selv at klare den personlige hygiejne. Derimod er der ikke så meget fokus på rehabilitering i forhold til at borgerne bliver mere mobile udendørs og i lokalsamfundet og i forhold til deltagelse i forskellige former for social aktivitet. Borgere, som har haft udadvendte aktiviteter, er meget optaget af at kunne genoptage disse, men disse mål er i mange tilfælde ikke sammenfaldende med kommunens tilbud, som ofte er rettet mod rehabilitering til gøremål i eller omkring hjemmet.

I afsnit 3.1 blev nævnt en antagelse om, at faktorer i omgivelserne har indflydelse på, i hvilken udstrækning borgerne ville være motiveret til at indgå i et rehabiliteringsforløb. Undersøgelsen har ikke kunnet bekræfte denne antagelse. Der er borgere, som har haft nok i deres eget selskab, og der er borgere, som har sat pris på kontakten med andre mennesker. Der er endvidere borgere, som har været koncentreret om at udføre aktiviteter i hjemmet, og der er borgere, som har deltaget i aktiviteter i lokalsamfundet. Undersøgelsen har imidlertid ikke fundet, at denne forskellighed har haft indflydelse på ønsket om at være selvhjulpne i daglige aktiviteter. Det kan tilskrives, at de opgaver, som hverdagsrehabilitering typisk sigter mod, er så grundlæggende for de fleste, at der under alle omstændigheder vil være en motivation til at træne i at kunne udføre dem. Omfanget og arten af udadvendte aktiviteter kan imidlertid have indflydelse på ambitionsniveauet i forhold til at forbedre evnen til at komme omkring i lokalsamfundet på egen hånd.

Indsats for at styrke borgernes motivation

I kortlægningen af kommunernes redskaber (Rasmussen & Kjellberg 2013) til bl.a. at motivere borgere med nedsat funktionsevne, som søger om hjælp efter Serviceloven til rehabilitering, har mange kommuner nævnt Den motiverende samtale. Der er endvidere kommuner, som har nævnt forskellige test af funktionsevne som et redskab. Spørgsmålet er, hvordan disse redskaber matcher vores observationer af borgernes motivation. En stor andel af borgerne, som henvises til rehabilite-

ring til hverdagens aktiviteter, er, som tidligere nævnt, på forhånd motiveret til at blive rehabiliteret til at klare mest muligt selv. Her er altså ikke brug for en større motiverende indsats. I nogle tilfælde kan det imidlertid være et spørgsmål om, at en oplevet fremgang i funktionsevne kan bidrage til, at borgeren opretholder gejsten under forløbet. Nogle kan ikke mærke en fremgang, som andre ser, og her kan det være et godt middel, som nogle kommuner bruger, at anvende test af funktionsevnen, som kan registrere en fremgang, og som dermed over for borgeren kan dokumentere fremgangen.

Den motiverende samtale er udviklet til brug på sundhedsområdet til at støtte borgere til at ændre livsstil i en sundere retning (Rollnick, Miller & Butler 2009). Det er imidlertid ikke det typiske, at borgere, som indgår i et forløb til rehabilitering af hverdagsaktiviteter, skal ændre livsstil. Et rehabiliteringsforløb handler derimod langt overvejende om at generhverve nogle færdigheder for at kunne opretholde en livsstil, som en (midlertidig) funktionsnedsættelse har sat begrænsninger for. I den motiverende samtale indgår imidlertid også, at der skal tages udgangspunkt i borgernes egne holdninger, overvejelser og præference, og at man skal anerkende borgerens ret til selvbestemmelse. Denne tilgang er væsentlig i forhold til, at borgerne oplever, at de mødes med respekt for deres egen bedømmelse af deres formåen og dermed for borgernes forståelse for at medvirke i et kommunalt rehabiliteringsforløb. Der vil naturligvis også være borgere, som ser deres svækkede tilstand som en naturlig konsekvens af at blive gammel, og som derfor ikke tror, at deres funktionsevne kan forbedres. I disse tilfælde er det et vigtigt element, som indgår i den motiverende samtale, at støtte borgerne til at erkende, at de kan have udbytte af at træne i hverdagens aktiviteter.

Personalets forståelse for fordelene ved princippet om hjælp til selvhjælp kan både påvirke deres indsats over for og deres forventninger til borgerne. Dermed vil de også kunne påvirke borgernes motivation til at indgå i et rehabiliteringsforløb samt borgernes udbytte af forløbet. I vores case var personalet, som indgik i de rehabiliterende team, specielt udvalgte og må anta-

ges på forhånd at have forståelse for det gavnlige i princippet om hjælp til selvhjælp. Som kortlægningen af kommunernes hverdagsrehabilitering har vist, har kommunerne iværksat forskellige initiativer, som skal fremme medarbejdernes kompetencer og forståelse for en rehabiliterende indsats over for ældre borgere. Dette gengives ikke her, og der henvises i stedet til kortlægningsrapporten (Kjellberg m.fl. 2013a).

Litteratur

Atchley, R.C. (1993): Continuity Theory and the Evolution of Activity in Later Adulthood. I: J.R. Kelly: *Activity and Ageing*. Newbury Park: Sage. Newbury Park.

Bandura, A. (1994): Self-efficacy. I: V.S. Ramachandran (ed.): *Encyclopedia of Human Behaviour*. Vol. 4, 71-81. New York: Academic Press.

Baumgarten, M. & E. Ellström (2012): Industriebeters deltagende i arbejdspladsler. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, (14)1, 9-24.

Clark, D.O. & F. Nothwehr (1999): Exercise Self-Efficacy and Its Correlates Among Socioeconomically 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: Fakkbokforlaget.

Eskelinen, L. (2001): Træning i hjemmet. *Gerontologi og Samfund*, 17(1):7-10.

Eskelinen, L. & E. Boll Hansen (2010): Træning af geriatriske patienter på tværs af sektorer. *Gerontologi*, 26(1):12-15.

Glendinning, C., K. Jones, K. Baxter, P. Rabbie, L.A. Curtis, A. Wilde, H. Arksey & J.E. Forder (2010): *Home Care Reablement Services: Investigating the longer-term impacts (prospective longitudinal study)*. (Working Paper No. DHR 2438). York: Social Policy Research Unit.

Hansen, E.B., L. Eskelinen & H.M. Dahl (2011): *Hjælp til selvhjælp eller service i hjemmeplejen Hvordan er praksis, og er der en virkning?* København: AKF.

Hansen, E.B., L. Eskelinen & V.T. Christensen (2008): *Genoptræning i kommunale træningscentre - dokumentation af effekterne*. København, FOKUS.

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

Hansen E.B & G. Siganos (2009): *Ældre danskernes og indvandreres brug af pleje- og omsorgsydelser* (AKF Working paper). København: AKF.

Holstein, B.E. (1998): *Sociologiske aldringsmodeller. I: H. Kirk & M. Schroll (red.): Viden om aldring - veje til handling*. København: Munksgaard.

Juncher, A.E., N. Hansen, K.S.-L. Jørgensen, B. Frølund & L.M. Jørgensen (2002): Funktionstræning til svækkede ældre i eget hjem. En tværfaglig og tværsektoriel model. *Ugeskrift for Læger*, 164(20):2623-7.

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

Kjellberg J. & R. Ibsen (2013): *Kommunerapport. Omkostninger til alkoholoverforbrug*. København: Sundhedsstyrelsen.

Kjellberg, J. & R. Ibsen (2010): *Økonomisk evaluering af Længst Muligt i eget Liv i Fredericia Kommune*. København: Dansk Sundhedsinstitut.

Kjellberg, J. & R. Ibsen (2012): *Træning som hjælp. Økonomicvaluering*. København: KORA. Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning.

Kjellberg, P.K., J. Kjellberg, L.E. Navne & R. Ibsen (2013b): *Trænende Hjemmehjælp i Fredericia Kommune. Organisations- og økonomievaluering*. København: KORA. Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning.

Larsson, K. M. Thorslund & I. Kåreholt (2006): Are public care and services for older people targeted according to need? Applying the Behavioural Model on longitudinal data of a Swedish urban older population. *European Journal of Ageing*, 3(1):22-33.

Lauritzen, H.H., R.N. Brünner, P. Thomsen & M. Wüst (2012): *Ældres ressourcer og behov. Status og udvikling på baggrund af Ældredatabasen*. København: SFI. Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Lewinter, M. (1999): *Spreading the Burden of Gratitude – Elderly Between Family and State*. (Ph.d.-afhandling). København: Københavns Universitet.

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.

Monrad, M. (2010): Ældres oplevelse af at modtage hjælp. *Dansk Sociologi*, 21(4):9-24.

Ojala, T. (1989): *Livskvalitet i ålderdommen. En social-gerontologisk studie av sambanden mellem resurser, arenor, livsstil och inre livskvalitet i ett homeostaseteoretiskt perspektiv*. Åbo: Folkpensionsanstaltens publikationer.

Olaison, A. (2009): *Negotiating Needs. Processing Older Persons as Home Care Recipients in Gerontological Social Work Practices*. Norrköping: NISAL.

Petersen, J.H. (2012): Generationer og økonomi. Om Skaffere og Ældrebyrde og fordelingen af samfundsmæssige ressourcer mellem forskellige generationer. *Gerontologi*, 28(2):7-9.

Petersson, I., M. Lilja & L. Borell (2012): To feel safe in everyday life at home – a study of older adults after home modifications. *Ageing & Society*, 32(5):791-811.

Puggaard, L. (2010): *Ældretræning – i et MTV perspektiv*. Odense: Servicestyrelsen.

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.

Rasmussen, S.R. & P.K. Kjellberg (2013): *Redskaber ved rehabilitering på ældreområdet. En beskrivelse af kommunernes erfaringer og analyse af anvendeligheden*. Odense: Socialstyrelsen.

Rollnick S., R. Miller & C.C. Butler (2009): *Motivationssamtalen i sundhedssektoren*. København: Hans Reitzels Forlag.

Rosdahl, G. (Udateret): *Introduktion til Den Motiverende Samtale*. Implement Consulting Group. <http://www.denmotiverendesamtale.dk/Downloads/Introduktion%20til%20Den%20Motiverende%20Samtale.pdf> (Downloadet den 14. 3.2012).

Roskilde Kommune (2012): *Evaluering af indsatsen Hjælp til Selvhjælp i Roskilde Kommune*. Upubliceret notat af 6. juni 2012.

Shepherd, G., J. Boardman & M. Slade (2008). *Recovery – fra begreb til virkelighed*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.

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.

Thomasen, L.S. (2009): En god alderdom? *Gerontologi*, 25(4):12-15.

Varde Kommune (2011): *Statistik og tendenser for Hverdagsrehabilitering i Frit valg*. Upubliceret notat af 8.2.2011.

Ældrekommissionen (1980): *Aldersforandringer – ældrepolitikens forudsætninger*. 1. del-rapport. København: Ældrekommissionen.



Socialstyrelsen
Edisonsvej 18, 1.
5000 Odense C
Tlf: 72 42 37 00
www.socialstyrelsen.dk

