

Tine Rostgaard og Lea Graff

Med hænderne i lommen

- Borger og medarbejders samspil og samarbejde i rehabilitering



Med hænderne i lommen – Borger og medarbejders samspil og samarbejde i rehabilitering

Publikationen kan hentes på www.kora.dk

© KORA og forfatterne, 2016

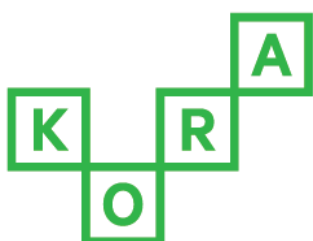
Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA
ISBN: 978-87-7488-888-8
Projekt: 11117

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

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



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

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 4445 5500

Forord

Siden 1. januar 2015 er det blevet lovpligtigt for kommunerne at tilbyde rehabiliteringsforløb til ældre borgere, der søger om hjemmehjælp. Jævnfør Serviceloven er rehabiliteringsforløb tidsafgrænsede, tværfaglige og målorienterede forløb, der tilbydes borgerne for at hjælpe dem til større selvhjulpethed i de givne hverdagsaktiviteter. Indførelsen af rehabilitering har betydet en ny kultur og måde at organisere hjælp til ældre borgere.

Rapporten er udført på opdrag af Fremfærd Ældre, som er et område under partssamarbejdet Fremfærd. Fremfærd har fokus på udvikling af de kommunale kerneopgaver. Det fælles mål er at skabe effektive arbejdspladser, hvor opgaverne løses i et tæt samspil med borgerne, og hvor medarbejdere trives. Fremfærd er organiseret i fem områder, der iværksætter udviklingsarbejde inden for alle dele af den kommunale velfærd.

Fremfærd Ældre har ønsket at undersøge, hvad introduktionen af rehabilitering betyder for arbejdspraksis i mødet med borger og i samarbejdet mellem faggrupperne. I undersøgelsen deltager Middelfart Kommune og Svendborg Kommune, og vi vil fra KORA gerne sige en stor tak til de mange borgere, medarbejdere og ledere, der velvilligt har stillet op til interview og observation af praksis. Navne på deltagerne i interview og observationer er ændret, mens faglige titler og funktioner er bibeholdt. Citaterne i rapporten er udelukkende udtryk for de enkelte interviewpersoners holdninger og perspektiver.

Vi vil også gerne takke postdoc Jette Thuesen, Videntcenter for Rehabilitering og Palliation (REHPA), SDU, og adm. direktør Helene Hoffmann, Type2Dialog, for konstruktive kommentarer til rapporten.

Tine Rostgaard og Lea Graff
September 2016

Indhold

Resumé	9
1 Indledning	12
1.1 Undersøgelsens formål.....	14
2 Analysemodel og teoriramme.....	15
2.1 Indledning	15
2.2 SIMREB	15
2.3 Opsamling.....	18
3 Metode og datagrundlag.....	19
3.1 Indledning	19
3.2 Kobling mellem teoretisk ramme og metode	19
3.3 Udvælgelse af deltagerkommuner.....	20
3.4 Empiri	20
3.4.1 Litteratur.....	20
3.4.2 Interview	20
3.4.3 Observationsstudier	22
3.5 Karakteristika informanter.....	24
3.5.1 Kommunernes udvælgelse af interviewpersoner.....	24
3.5.2 Borgere.....	24
3.5.3 Medarbejdere.....	25
3.5.4 Ledere	26
3.6 Opsamling.....	26
4 Organisering.....	27
4.1 Indledning	27
4.2 Hjemmehjælp og rehabiliteringsforløb i de to kommuner	27
4.3 Middelfart Kommune	28
4.3.1 Baggrund	28
4.3.2 Organisering	29
4.3.3 Visitation og forløb	30
4.3.4 Mødefora.....	30
4.4 Svendborg Kommune	31
4.4.1 Baggrund	31
4.4.2 Organisering	32
4.4.3 Visitation og forløb i Svendborg Kommune	33
4.4.4 Mødefora.....	34
4.5 Udfordringer ved organiseringen i kommunerne.....	35
4.6 Opsamling.....	36
5 Det paradigmatisk grundlag for rehabilitering	37
5.1 Indledning	37

5.2	Rehabilitering i lovgivningen	37
5.3	Rehabiliteringsbegrebet og dets sigte	38
5.4	Aldringsparadigme	38
5.5	Alders- og socialpolitiske spor	39
5.6	Kvalitetsmarkører i den gode pleje	39
5.7	Et nyt styringsregime	40
5.8	Opsamling.....	42
6	Problemforståelse i rehabiliteringspraksissen	43
6.1	Afhængigheds- og servicekultur	43
6.2	Aktiv aldring.....	44
6.3	Livskvalitetsfokus.....	44
6.4	Socialt fokus	45
6.5	Borgerinddragelse	45
6.6	De 'tunge' vs. de 'lette' og lidt 'lækre' borgere.....	46
6.7	Selvhjulpnehed i rengøring vs. personlig pleje.....	46
6.8	Kønnet indsats?	46
6.9	Aldersautomatik.....	47
6.10	Krav på hjælp.....	48
6.11	Selvbillede og de pokkers hjælpemidler.....	49
6.12	Målgruppe.....	49
6.13	At arbejde med og opnå resultater	51
6.14	Økonomisk orientering	51
6.15	Opsamling.....	53
7	Faglighed på tværs.....	55
7.1	Indledning	55
7.2	Kursus i rehabilitering.....	55
7.3	Behov for stærk faglig profil hos alle faggrupper.....	56
7.4	Faglige forskelle på tværs af rehabilitering og almindelig hjemmehjælp	57
7.5	Er rehabilitering udtryk for en faglig eller personlig tilgang?	58
7.6	At blive fagligt udfordret	59
7.7	Terapeutisk orientering	60
7.8	Helhedsorientering som faglig tilgang.....	61
7.9	Den sociale dimension	62
7.10	Trykke på de rigtige knapper og skubbe på.....	62
7.11	Innovativ og løsningsorienteret.....	63
7.12	Den afventende tilgang – hænderne i lommen.....	64
7.13	Omsorgsgenet	65
7.14	Tid nok?	66
7.15	Forsinke eller glemme hjælpen.....	67
7.16	Samarbejde	69
7.17	Sælge opgaven.....	69
7.18	Præsentere borger	70
7.19	Opsamling.....	71

8	Fælles mål	73
8.1	Indledning	73
8.2	Anvendelse af mål i rehabiliteringsindsatsen	73
8.3	Fælles om borgermålet	74
8.3.1	Vurdere potentialet for rehabilitering	74
8.3.2	Udskrivningskoordinator laver funktionsevnevurdering	75
8.3.3	Videreformidling af formål om selvhjulpenhed	75
8.3.4	Langsom identifikation af borgers mål	76
8.3.5	Realitetsforhandling og forventningsafstemning	78
8.3.6	Selvhjulpenhed – det underforståede mål	78
8.3.7	Funktions- eller målopnåelse	80
8.3.8	Borgers eget mål	80
8.3.9	Borgerens mål som motivation	81
8.3.10	Delmål	82
8.3.11	Fleksibilitet	83
8.4	Eksempler på borgerforløb	85
8.5	Fælles mål mellem medarbejdere	87
8.5.1	Behov for fælles fodslag	87
8.5.2	Alliance hjemmetrænere og terapeuter	87
8.5.3	Fælles mål med kompenserende hjemmehjælp	88
8.5.4	Fra rehabilitering til almindelig hjemmehjælp: Verner's eksempel	88
8.5.5	Rehabilitering på tværs af vagtplan og kursusaktiviteter	90
8.5.6	Automatik og (vel høje) ambitioner i forhold til rehabiliteringspotentiale	90
8.5.7	Ydelseskataloget hæmmer	91
8.5.8	Fælles måleredskaber	92
8.5.9	Fordel ved at mødes	93
8.6	Opsamling	93
9	Roller og relationer i rehabiliteringspraksis	95
9.1	Indledning	95
9.2	Mellem fag- og funktionsgrupper i rehabilitering	95
9.2.1	Terapeuter som konsulent eller sparringspartner	95
9.2.2	Visitators lydhørhed over for terapeut	97
9.2.3	Terapeuter som visitators forlængede arm	97
9.2.4	Sygeplejerskens rolle	98
9.2.5	Roller og relationer på det tværfaglige koordinerende møde	98
9.3	Nye lederroller	98
9.3.1	Ledere som mæglere i det tværfaglige samarbejde	99
9.3.2	Behov for gode relationer lederne imellem	100
9.3.3	Stærk mødeledelse	100
9.4	Roller, relationer og status hos de udførende medarbejdere	101
9.4.1	Forskellige forventninger i forhold til specialiserede og integrerede team?	101
9.5	Statusforskelle?	102

9.6	Relationen mellem borger og medarbejder i rehabiliteringsforløbet.....	103
9.6.1	Borgernes syn på relationerne.....	103
9.6.2	Borgerens følelse af at have indflydelse og selvbestemmelse	104
9.6.3	Kalde en skovl for en skovl	104
9.6.4	Noget for noget i relationen	105
9.6.5	Relationen som hindring	105
9.6.6	Er relationen anderledes når man arbejder rehabiliterende?.....	106
9.6.7	Ene borger, mange medarbejdere	107
9.7	Roller og relationer i forhold til frivillige, netværk og pårørende	107
9.7.1	Rehabilitering og ensomhed	108
9.7.2	Borgeren som frivillig	109
9.8	Roller og relationer i forhold til netværk og pårørende	109
9.8.1	Nye perspektiver?.....	109
9.8.2	Udfordrede relationer til pårørende	110
9.8.3	Forventningsafstemning	110
9.8.4	Visitator som bussemand og leder som bagstopper	111
9.8.5	Inddrage pårørende i rehabilitering	111
9.8.6	Omsorg for pårørende	112
9.8.7	Pårørende inde over rengøring	112
9.9	Opsamling.....	113
10	Opsamling og diskussion	115
	Litteratur	121
Bilag 1	Eksempler på interviewguides	124
	Spørgeguide: 1. interview med borgere i rehabiliteringsforløb	124
	Spørgeguide: Individuelle medarbejderinterview.....	126

Resumé

Med lovændringen af 1. januar 2015 skal alle kommuner tilbyde rehabilitering til ældre borgere, der vurderes at have potentiale for at blive selvhjulpne i deres hverdagsaktiviteter. Indsatsen er kortvarig, intensiv, målorienteret, helhedsorienteret og bygger på tværfagligt samarbejde. Lovændringen betyder dermed også en ændring i den måde, hvorpå man tænker og organiserer hjælpen til svage ældre. Der fordres et samarbejde på tværs af forskellige faggrupper, såsom terapeuter, sygeplejersker, visitatorer, social- og sundhedshjælpere og -assistenter, og indsatsen skal i langt højere grad end tidligere bygge på borgerens egne ønsker og mål.

Formålet med denne undersøgelse har været at sætte fokus på de konsekvenser, som den nye model for samspil og samarbejde har for medarbejdere og borgere, i mødet og relationen mellem medarbejder og borger, samt for arbejdspraksis og samarbejde faggrupperne i ældreplejen imellem. Undersøgelsen er baseret på interview og observationer i Middelfart og Svendborg Kommuner.

Undersøgelsen viser, at der med indførelsen af rehabilitering er skabt nye faglige forståelser og virkemidler. Der er kommet stort fokus på at etablere fælles mål medarbejdere og borgere imellem. Både borgere og medarbejdere indgår i nye og på mange måder mere ligeværdige samarbejdsrelationer.

Overordnede konklusioner fra rapporten:

- **Fælles forståelse** – Det er i de to kommuner lykkedes at opnå en fælles forståelse blandt de adspurgte medarbejdere om fordelene ved at arbejde rehabiliterende. Ideen om rehabilitering er dermed blevet mere institutionaliseret, end det tidligere var tilfældet med hjælp-til-selvhelp tankegangen. Om den fælles forståelse strækker sig til at inkludere medarbejderne, der arbejder med kompenserende hjemmehjælp, er dog i mindre grad sikkert.
- **Nyt tværfagligt fællesskab** – Især terapeuterne og de udførende SOSU-medarbejdere har fundet hinanden i et fagligt udbytterigt fællesskab. Her trækker SOSU-medarbejderne på de faglige redskaber, som terapeuterne kan byde ind med.
- **Faglig udveksling institutionaliseret** – Der er med rehabilitering kommet mere fokus på at sikre tværfaglige mødefora til løbende faglig udveksling og læring. I den daglige udførelse af rehabilitering trækker de udførende medarbejdere på fælles udviklede faglige greb, men benytter i høj grad også hver deres personlige tilgang.
- **Større tillid til udførende medarbejdere** – Medarbejderne, der arbejder rehabiliterende, har i det daglige større indflydelse og fleksibilitet i deres planlægning af arbejdet, end hvad der ellers tidligere har kendetegnet denne sektor. At have for lidt tid til at udføre sit arbejde er til forskel fra tidligere heller ikke nogen dominerende problemstilling.
- **Rehabilitering til alle** – Kommunerne arbejder med, at alle borgere i princippet har potentiale for rehabilitering og selvhjulpnehed. Det inkluderer i dag også terminalt syge borgere og borgere med fx kognitive vanskeligheder. Borgere, der i mindre grad er motiverede for rehabilitering, kommer derfor nemt til at udgøre et problem.
- **Fælles mål borger og medarbejdere?** – Målet om selvhjulpnehed tolkes ikke altid ens af borger og medarbejder, ikke mindst i forhold til rengøring. Det kommer ofte til at handle om fysisk selvhjulpnehed, og den rehabiliterende tilgang har derfor i nogle tilfælde svært ved at rumme behov som ensomhed og utryghed.

- **Borgerinddragelse i fokus** – Medarbejderne er opmærksomme på at skulle inddrage borgeren, men det er ikke altid klart, hvordan man gør dette på den bedste måde. Målfastsættelse og planlægning af den konkrete indsats foregår dog i høj grad i samspil med borgeren og som en mere langstrakt proces end tidligere.
- **Borgers (rets-)stilling diffus** – Dette betyder dog også, at det ofte for borgerne er uklart, hvad der gives af indsats, i hvor lang tid, og hvordan indsatsen hænger sammen med borgerens egne mål. Borgerne er i mindre grad end tidligere skriftligt orienteret om indsatsen.

Undersøgelsen har taget udgangspunkt i de bagvedliggende paradigmer, der præger den måde, hvorpå man tænker om problemer og mulige løsningsmodeller, og som har indflydelse på udformningen af den konkrete praksis for rehabilitering for den enkelte borger. Her tænkes især på den brede forståelse af rehabilitering som en indsats, der har som mål at bistå borgeren i at opnå et selvstændigt og meningsfuldt liv gennem forbedring eller vedligeholdelse af funktionsevnen. Værdimæssigt trækker rehabiliteringstilgangen på et aldersparadigme om aktiv aldring og på et aldrings- og socialpolitisk spor, der baserer sig på aktivering. Ligeledes tages der i tilgangen udgangspunkt i en kvalitetsmarkør om facilitering, som fordrer, at den gode hjælp bistår borgeren i hjælp-til-selvhelp. Og endelig er der overensstemmelse mellem rehabilitering og nye tanker om styring og ledelse, der i samme grad opfordrer til borgerinddragelse, opgør med silo-tænkning, samproduktion og større tillid til medarbejdere og borgere.

Med udgangspunkt i disse paradigmer og politiske spor bliver rehabilitering en naturlig del af forståelsen af det sociale problem – og ikke mindst, hvad den rigtige problemløsning består af. Rehabilitering trækker på hjælp-til-selvhelps-princippet, men har fået langt bredere tilslutning og organisatorisk opbakning: Den rehabiliterende tilgang tænkes at understøtte bl.a. aktiv aldring ved at undgå afhængighed af hjælp og ved at understøtte borgerens fortsatte engagement og udvikling. Rehabilitering lægger op til, at borgeren inddrages i langt højere grad, bl.a. ved at tage udgangspunkt i borgerens forståelse af livskvalitet.

Men den rehabiliterende tilgang har også nogle implicite svagheder og udfordringer i de problemer og løsningsmodeller, der identificeres. Ligeledes opstår der i det daglige ofte dilemmaer, hvilket understreger betydningen af en organisering og en faglighed, der understøtter medarbejderens håndtering af dilemmaer i hverdagens praksis. Eksempelvis forudsætningen af, at borgeren altid er interesseret i at blive selvhjulp, og ikke mindst i forhold til selv at kunne udføre rengøring. Det bliver dermed i nogen grad borgeres indstilling til at blive rehabiliteret, som udgør problemet, og ikke deres funktionsevne, og om de kan komme til at kunne udføre de daglige aktiviteter. Med udgangspunktet, at alle kan komme i betragtning til rehabilitering, ser man også bort fra borgerens ofte anvendte indvendinger om, at både alder og skatteindbetalinger kvalificerer en til at modtage almindelig hjemmehjælp. Endelig formes opfattelsen af rehabilitering som problemløsning også af en gennemgående større forståelse – også blandt medarbejderne – for de økonomiske udfordringer, som kommunerne står over for.

Der gives i interviewene udtryk for, at tværfaglighed fordrer større forståelse for andre faglige tilgange, men også en stærk monofaglighed. Videreuddannelsen i rehabilitering har for de udførende medarbejdere – hjemmetrænerne – været kortvarig, og udvikling af en mere tværfaglig praksis baserer sig derfor især på de daglige (tværfaglige) udvekslinger mellem medarbejderne. Medarbejderne trækker derfor i høj grad også på deres personlige tilgang til rehabilitering, herunder de faglige greb, som kan anvendes i dagligdagen til at motivere borgeren. Der synes at være en stor opfindsomhed i forhold til at have identificeret måder at 'skubbe på', udskyde og 'glemme' at udføre hjælpen, eller som flere omtaler det, at arbejde 'med hænderne i lommen', så borgeren bliver motiveret til selv at udføre opgaven.

Jævnfør lederne i de to kommuner har hjemmetrænerne generelt udvist stor omstillingsparathed, mens det har været sværere for sygeplejerskerne at omstille sig og indgå i det tværfaglige samarbejde – hvilket til dels også skyldes, at de rent organisatorisk fastholdes i deres traditionelle kerneopgaver og dermed i mindre grad har mulighed for at indgå i den tværfaglige opgaveløsning.

Især det faglige samarbejde mellem terapeuter og hjemmetrænere synes at fungere upåklageligt, og hjemmetrænerne benytter gerne de anviste terapeutisk-faglige teknikker og redskaber. Her er der dermed opstået en ny alliance. Derimod synes der i mindre grad at være et fælles fokus på at opretholde borgerens nyvundne selvhjulpethed, hvis denne overgår til den almindelige kompenserende hjemmehjælp. Hjemmetrænerne efterspørger også fælles fodslag med visitatorer, der opfattes som vel ambitiøse på borgerens vegne. De tværfaglige mødefora giver mulighed for at vende forskelle i faglige synspunkter, og dette møderum synes generelt at have skabt et mere uformelt forhold mellem faggrupperne.

Fælles mål mellem borger og medarbejder er ligeledes et væsentligt udgangspunkt for samarbejdet, som konkretiseres i udviklingen af borgermål, som skal være udgangspunkt for indsatsen. Det er dog ofte diffust for borgerne, hvordan målet er fremkommet, og hvad det konkret indeholder ud over generel selvhjulpethed på et givet funktionsområde. Borgermålet benyttes ikke altid i det daglige som motivationsfaktor.

I forhold til roller og relationer optræder terapeuterne ofte som 'sparringspartnere' for hjemmetrænerne, og samarbejdet omkring at finde fælles løsningsmodeller efterspørgeres af begge parter. Terapeuterne har også rollen som visitators forlængede arm i forhold til visitation ved opstart og afslutning af rehabiliteringsforløbene. Medarbejdere i den almindelige hjemmepleje tænkes i højere grad end hjemmetrænerne at være drevet af omsorgsgenet og behovet for at 'nusse' om borgeren. De rehabiliterende medarbejdere fremhæves gerne af ledelsen; i Svendborg konkretiseres det ved at give dem gule uniformer fremfor blå. Derudover synes hjemmetrænerne at have mere favorable arbejdsvilkår end deres kollegaer i den almindelige kompenserende hjemmehjælp, i og med at de har større indflydelse på planlægningen af deres arbejdsdag og har mere tid til rådighed.

Borgerens relation til medarbejderne er trods fokus på borgerinddragelse præget af, at man skal affinde sig med at blive rehabiliteret. Og trods opbakningen til borgerinddragelse er det som medarbejder en svær sag at praktisere, ikke mindst fordi det ikke organisatorisk er blevet operationaliseret, hvordan man skal bære sig ad. Igen må man derfor anvende personlige tilgange.

Der er ofte en meget direkte og kontant omgangstone mellem medarbejder og borger, når førstnævnte skal motivere sidstnævnte, i hvert fald i den måde medarbejderen gengiver det i interviewet. Dette kan muligvis skabe en mere uformel relation, men kan også kollideres med opfattelser af værdighed og respekt for borgeren. Der er måske derfor også en opmærksomhed fra medarbejdernes side på, at reciprocitet i det relationelle er yderst vigtigt, og man oplever som medarbejder derved en tættere relation til borgeren.

Lederen har fået en ny rolle som stærk mødeleder og fortaler for rehabilitering over for medarbejdere og især kritiske borgere og pårørende. Endelig skaber rehabilitering en ny måde at inddrage pårørende og frivillige på, nok også parallelt med, at et sådant skifte generelt finder sted i samfundet. Og borgeren selv opfordres gerne til at yde en frivillig indsats.

1 Indledning

Rehabilitering er i de seneste år blevet taget i brug i den kommunale ældrepleje med henblik på at sikre, at ældre borgere kan opnå den størst mulige grad af selvhjulpnehed, og for at fremtidssikre den danske ældrepleje. Bag indførelsen af rehabilitering i ældreplejen ligger blandt andet forventningen om, at en effektiv rehabiliteringsindsats på sigt kan mindske kommunernes udgifter til ældrepleje, fordi de ældres behov for hjælp og støtte reduceres. Og ligeledes, at de ældres livskvalitet kan forøges, fordi de i højere grad bliver selvhjulpne.

Kommunerne har i de seneste årtier – og især siden 2007 med Fredericia Kommune som foregangskommune og inspirator – på forskellig måde arbejdet med rehabiliterende tilgange generelt i ældreplejen og helt konkret i hjemmeplejen efter lovændringen 1. januar 2015, hvorefter det blev lovpligtigt at tilbyde rehabiliteringsforløb efter § 83 a i Serviceloven i hjemmeplejen. En model for rehabiliteringsforløb er blevet udviklet af Socialstyrelsen, og denne model afprøves og evalueres i øjeblikket under ledelse af Sundhedsstyrelsen. En tidligere kortlægning af kommunernes praksis har dog vist, at der er mange måder at organisere rehabilitering på i kommunerne (Kjellberg m.fl., 2013).

For kommunerne og de berørte medarbejdere og borgere har indførelsen af rehabilitering betydet både kulturændringer og et brud med velkendte måder at arbejde og organisere hjemmeplejen på (Kjellberg m.fl., 2013). For medarbejderne i ældreplejen betyder dette blandt andet nye praksisformer, hvor de skal arbejde rehabiliterende i højere grad end kompenserende på tværs af faggrupper såsom terapeuter, sygeplejersker, visitatorer samt social og sundhedshjælper og -assistenter. Også for borgerne foranlediger rehabiliteringen forandring, både i mødet med ældreplejens medarbejdere og i selve udformningen af og målet med indsatsen.

Indførelsen af rehabilitering i ældreplejen har også medført et skærpet fokus på, om en tværfaglig og helhedsorienteret rehabiliteringsindsats bevirker en ændring i den ældres selvhjulpnehed, samt på det økonomiske potentiale for kommunerne.

Foreløbige evalueringer indikerer, at rehabilitering kan medvirke til, at borgeren får mindre behov for hjemmehjælp, hvilket udgør et besparende element for kommunerne (Kjellberg og Ibsen, 2012; Kjellberg m.fl., 2011) og muligvis også medvirker til at sikre den ældre større livskvalitet. Et nyligt påbegyndt KORA-effektstudie vil inden for en kortere årrække kunne give mere præcist svar på, om rehabilitering netop bevirker en ændring i borgeren i funktionsevne, helbred, livskvalitet og ensomhed, og dermed i borgerens behov for hjemmehjælp og andre sociale indsatser.¹

Med omstillingen til den rehabiliterende indsats er der dog også stort behov for at have fokus på betydningen af de samarbejds- og samspilsmekanismer, der i daglig praksis skal sikre en succesfuld rehabiliteringsindsats. De enkelte undersøgelser på området fremhæver, at det er en stor og krævende opgave at implementere rehabilitering. Som fx Christensen (2012) peger på, mangler der ofte en fælles dagsorden for rehabiliteringsindsatsen, både blandt de forskellige medarbejdergrupper og mellem medarbejder og borger. Ligeledes peges der i undersøgelsen på vigtigheden af at optimere kommunikation og samarbejde mellem forskellige faggrupper. Christensen m.fl. (2014) finder således divergerende forståelser af rehabilitering blandt faggrupperne i ældreplejen og kobler forskellighederne sammen med faggruppernes rolle og særegne faglighed. Albertsen m.fl. (2014) konkluderer, at især sygeplejerskerne generelt er dårligt integreret i det hverdagsrehabiliterende arbejde og har svært ved at finde deres rolle i

¹ <http://www.kora.dk/temaer-paa-tvaers/rehabilitering/>

samarbejdet med de andre grupper, herunder specielt med terapeuterne. De finder også, at der er mindre forskelle mellem ergo- og fysioterapeuters faglige tilgang til rehabilitering. De organisatoriske rammers betydning for den oplevede kvalitet af indsatsen betones ligeledes i andre undersøgelser af rehabilitering i ældreplejen (Christensen m.fl., 2014; Albertsen m.fl., 2014; Hilm, 2013), og herunder ikke mindst, hvordan den tværfaglige indsats organiseres og struktureres. Serviceloven indebærer nu, at rehabiliteringsforløb baseres på en tværfaglig udredning samt tværfaglig indsats. Tilsvarende har Socialstyrelsen, på baggrund af kortlægning af danske og internationale erfaringer og evidens på området, udviklet en model for rehabilitering, hvori der peges på fordelene ved tværfaglig udredning og indsats, og på organiseringen af tværfaglige team som et centralt element i rehabiliteringsindsatsen (Bihl-Nielsen m.fl., 2014).

Ligeledes forudsætter Socialstyrelsen i deres nye inspirationsmateriale om rehabilitering på ældreområdet, at medarbejdere og borgere i langt højere grad end før 'samspiller' i problemudredningen og udformning af rehabiliteringstilbuddet. Socialstyrelsen anbefaler således en systematisk og målrettet rehabiliteringsmodel rettet mod den ældre borgers samlede og individuelle livssituation, hvor borgeren aktivt deltager, og hvor indsatsen er målorienteret og tidsafgrænset (Bihl-Nielsen m.fl., 2014). Flere KORA-undersøgelser har da også peget på, at ældre borgere generelt lægger vægt på at være selvhjulpne og uafhængige af hjælp, og dette fungerer som en gennemgående motivationsfaktor i rehabiliteringsindsatsen (bl.a. Hansen m.fl., 2002; Kjellberg m.fl., 2011; Navne og Kjellberg, 2013; Hansen m.fl., 2013). I rapporten af Hansen m.fl. (2013) konkluderes, at ældre borgers forventninger til forløbet og dets udbytte afspejler deres tidligere livsførelse og aktivitetsniveau og deres bedømmelse af helbredet. Det kan dog for nogle borgere være svært at se formålet med rehabilitering, fx i forbindelse med besøget af ergoterapeuten, og borgeren kan opleve det som mangel på respekt for hans eller hendes vurdering af behovet for hjælp, at borgeren observeres og ikke mindst tilbydes hjælp til at (gen-)lære færdigheder i at udføre opgaver (Hansen m.fl., 2013; Kjellberg m.fl., 2013). Specielt borgere, der allerede modtager hjemmehjælp, kan opleves af udførende medarbejdere som mindre positivt indstillede på at gennemgå et rehabiliteringsforløb (Hansen m.fl., 2011). Især hvis de ikke selv oplever, at der er sket ændringer i deres situation, kan de have vanskeligt ved at forstå, at de nu selv skal klare at udføre opgaverne (Hansen m.fl., 2013). En del ældre peger også på savnet ved den daglige og tryghedsskabende kontakt, hvis hjælpen ophører efter endt rehabiliteringsforløb (Hansen m.fl., 2013).

Tidligere KORA-undersøgelser viser, at netop det tværfaglige møde er et vigtigt forum for koordination af indsatsen mellem de forskellige faggrupper, men at inddragelse af borgeren i målfastsættelse kan være vanskelig. Indsatsen bliver derfor måske ikke så meget fastlagt efter borgerens udtrykte mål men snarere på baggrund af borgerens stillingtagen til fagpersonernes forslag. Organiseringen af dialogen med borgeren synes også at kunne skabe ulige og utrygge situationer. For eksempel kan det tværfaglige visitationsmøde hos borgeren virke overvældende for borgeren (Kjellberg og Ibsen, 2012).

Opsummerende har introduktionen af rehabilitering i hjemmeplejen i Serviceloven bevirket nye forventninger til medarbejdere og borgere. Medarbejdergrupper som eksempelvis SOSU-assistenten og -hjælperen, ergo- og fysioterapeuter og sygeplejersker forventes således i højere grad at samarbejde i tværfaglige team og have en fælles dagsorden. Dette med udgangspunkt i forskelle i faggruppernes faglige viden og tilgang, og forskelle i den status, der tillægges de forskellige professioner, hvilket har betydning for den magtposition, som faggrupperne kan udtale sig og agere ud fra. Medarbejderne forventes ydermere at have et dækkende kendskab til borgerens samlede livssituation for derved bedre at kunne sammensætte en indsats, der både afspejler borgerens værdier og præferencer og tager udgangspunkt i det overordnede, politiske formål med rehabiliteringsindsatsen: at gøre borgeren mere selvhjulpne. Endelig forventes borgeren i højere grad at stille sig til rådighed for udredning af sin livsverden og at

deltage aktivt i samproduktionen af en individualiseret indsats, der bedst muligt kan sikre fortsat selvhjulpethed.

Den rehabiliterende tankegang lægger således op til en ændret praksis, hvor de forskellige faggrupper i højere grad end tidligere arbejder sammen om og med borgeren, men også at hjælpen i højere grad tager udgangspunkt i borgerens samlede livssituation og egne mål for indsatsen. Rehabilitering i hjemmeplejen forudsætter dermed nye former for samspil og nye samarbejdsrelationer mellem medarbejderne, men også mellem borgere og medarbejdere.

1.1 Undersøgelsens formål

Der er behov for at se på, hvad disse forandringer konkret betyder for borger og medarbejdere. Denne undersøgelse af samarbejde i rehabiliteringspraksissen i hjemmeplejen har derfor til formål at undersøge, hvad rehabilitering betyder for mødet mellem medarbejder og borger, samt for arbejdspraksis og samarbejde faggrupperne i mellem.

Undersøgelsen ser overordnet på, hvordan gældende paradigmer og udformningen af den kommunale organisations- og servicemodell får indflydelse på udformningen af den konkrete tværfaglige praksis for rehabilitering for den enkelte borger. Og ikke mindst hvordan denne praksis spiller ind på udformningen, samarbejdet og udbyttet af rehabiliteringsindsatsen for den enkelte borger.

Med praksis forstås både den måde, medarbejderen tager kompetencer og fagligheder i brug, og den rolle og relation, medarbejderen indgår i med i det tværfaglige samarbejde. For eksempel, hvilke opgaver medarbejderen varetager, og hvilken viden der tages i anvendelse i udførelsen af opgaverne. Endelig tænkes der med praksis også på samspillet med den ældre, og hvordan relationen til denne opbygges og udformes. Begrebet praksis vil derfor i projektet omhandle både arbejds- og relationspraksis.

Borgerens perspektiv afdækkes gennem en analyse af borgerens hverdagsliv og, hvordan dette influerer på borgerens problemforståelse, samt forventninger til relationer i og udbyttet af rehabiliteringsindsatsen.

Undersøgelsen har således fokus på både paradigme-, organisations-, medarbejder- og borgerniveau. Den er bygget op omkring et indledende litteratur- og dokumentstudie, men bæres fortrinsvis af viden baseret på kvalitative interview og observationsstudier i de to deltagende kommuner, Middelfart Kommune og Svendborg Kommune.

Rapporten er opbygget på følgende måde: I kapitel 2 præsenteres undersøgelsens analysemodel og teoretiske grundlag, efterfulgt af kapitel 3, der nærmere beskriver den valgte metode og datagrundlag. I kapitel 4 beskrives, hvordan de to kommuner, Middelfart Kommune og Svendborg Kommune, har organiseret den rehabiliterende indsats. Kapitel 5 undersøger ved hjælp af dokumenter, hvad der udgør det paradigmatisk grundlag for introduktionen af rehabilitering. I kapitel 6 ser vi ved hjælp af interview og observationer nærmere på, hvordan dette paradigmatisk grundlag former opfattelsen af sociale problemer og deres løsning i forhold til rehabilitering, inden vi i de efterfølgende kapitler også ved hjælp af den indsamlede empiri ser nærmere på henholdsvis betydningen af faglighed og tværfaglighed i rehabilitering (kapitel 7), på formuleringen af fælles mål (kapitel 8) og på skabelsen af nye roller og relationer (kapitel 9). I kapitel 10 opsummeres og diskuteres undersøgelsens resultater.

2 Analysemodel og teoriramme

2.1 Indledning

Undersøgelsens design og teoretiske ramme tager udgangspunkt i SIMREB (*Systematic Inquiry into Models for Rehabilitation*) (Høgsbro, 2010), der er en analytisk tilgang til at afdække rehabiliteringsmodeller. Tilgangen bidrager til at afdække både det professionelle perspektiv og borgerperspektivet på rehabilitering, samtidig med at de organisatoriske og relationelle forhold ved rehabiliteringsmodellen også belyses.

Et vigtigt emne i SIMREB-tilgangen er de paradigmer, der påvirker rehabiliteringsindsatsens aktører. Med paradigme tænkes overordnet på rationalitetsforståelser og erkendelsesinteresser, der guider og grænsesætter vores søgen efter erkendelse og fungerer som styringsmekanisme for bl.a. problemerkendelse, mål og værdier (Launsø og Rieper, 2011). Vi anvender i rapporten begrebet 'rehabiliteringsparadigme' til at opsummere det bagvedliggende paradigmatisk grundlag. De paradigmatisk forståelser og ideer, der påvirker rehabiliteringsindsatserne i hjemmeplejen, gennemgås nærmere i kapitel 5.

I dette kapitel beskrives SIMREB-modellen og, hvordan denne har inspireret den teoretiske forståelse bag udformningen af undersøgelsen.

2.2 SIMREB

SIMREB er baseret på institutionel etnografi, hvor fokus er på de sociale relationer, aktiviteter og samhandlinger, der former velfærdssamfundets organisationer og indsatser, og ikke mindst samspillet mellem disse og borgerne, med den intention at identificere institutionelle forhold af betydning for borgerens muligheder for personlig udvikling og udfoldelse. I perspektivet ligger en forståelse af, at aktørernes opfattelser og handlemuligheder præges af institutionelle forhold, der ikke er erkendte af borgere henholdsvis professionelle (Smith, 2005; Høgsbro, 2010).

Den institutionelle etnografi anvender blandt andet interview og observationer til at belyse samspillet mellem professionelle og borgere i de offentlige velfærdsinstitutioner, ofte med fokus på præmisser og forhold, der fastholder bestemte forståelser, forestillinger og vaner (Smith, 2005). I denne undersøgelse gælder dette fx medarbejdernes forståelse af, hvordan rehabilitering og hjemmehjælp opfattes og vanligt praktiseres, og hvordan disse opfattelser og praksisser er formet ikke kun af de organisatoriske rammer for indsatsen, men også af fx vaner ('Sådan plejer vi at gøre') og opfattelsen af, hvad der konstituerer den 'gode' og 'rigtige' hjælp i hjemmeplejen. Det samme gælder for borgerne, hvis perspektiv på deres egen situation og på den hjælp, de modtager, påvirkes af både de institutionelle rammer for indsatsen og de professionelles forståelser og praksis.

Konflikter mellem professionelles og borgernes perspektiver i velfærdsinstitutionerne er i den institutionelle etnografi ikke tegn på eventuelle kritisable forhold ved de professionelles praksis. I stedet ses konflikterne som udtryk for, at både de professionelles og borgernes perspektiv naturligt begrænses af de institutionelle forhold, herunder de førnævnte præmisser og forhold, der fastholder bestemte forståelser og vaner, samt de diskurser, som de har til rådighed. Tilgangens subjekter er derfor ikke de enkelte personer, fx medarbejderne, men derimod de diskurser, som de har til rådighed og anvender (Smith, 2005).

Den institutionelle etnografis fokus på samspillet mellem velfærdsinstitutionerne, de professionelles samt borgernes perspektiver ligger til grund for SIMREB-tilgangen til at undersøge rehabiliteringsmodeller (Høgsbro, 2010). Der indgår i SIMREB en række elementer, der er gennemgående for rehabiliteringsmodeller. SIMREB tilgangen sætter blandt andet fokus på de forskellige paradigmer og diskurser, der er styrende for vores opfattelse af, hvad der udgør et socialt problem, og hvad der er den rigtige indsats for at afhjælpe problemet. Målene for de professionelle indsatser vil således typisk tage afsæt i en bagvedliggende *sandhedsforestilling* om, hvad der udgør et specifikt socialt problem – og i dette tilfælde, hvilken hjælp en ældre borger bør modtage – som igen vil påvirke forventninger til udformning af praksis og forståelsen af, om indsatsen har været succesfuld. Tilsvarende vil borgeren have sin egen forståelse af problemerne og forventning til indsats og resultat, som er skabt ud fra dennes livserfaring og kultur, og som ligeledes vil spille ind på borgerens opfattelse af udbyttet af indsatsen. Analysen vil derfor bl.a. som analyseledende begreber have fokus på identifikation og forståelser af sociale problemer og ikke mindst, hvad der på den baggrund fremstår som problemløsninger, qua en forventning til den virkning, en indsats tænkes at ville få.

SIMREB indbefatter en model over typiske rehabiliteringsmodeller, dvs. hvad et givet rehabiliteringstilbud vil indeholde, og består af fire niveauer: det paradigmatisk grundlag, som vi for nemheds skyld samlet set betegner rehabiliteringsparadigmet (A), Praksisniveau (B), og Borgerniveau (C og D), samt tre forskellige aspekter (1-3), der dækker over de professionelle henholdsvis borgerens forståelse af og forventning til problem, løsning og virkning (Høgsbro, 2010). SIMREB sonderer dermed mellem det professionelle og borgerperspektivet på rehabiliteringsindsatsen. Vi har i undersøgelsen tilpasset selve figuren over SIMREB på den måde, at vi har tilføjet nogle relevante begreber, fx 'livskvalitet', som er et ofte anvendt begreb i argumentationen for rehabilitering i hjemmeplejen. Se figur 2.1 på næste side.

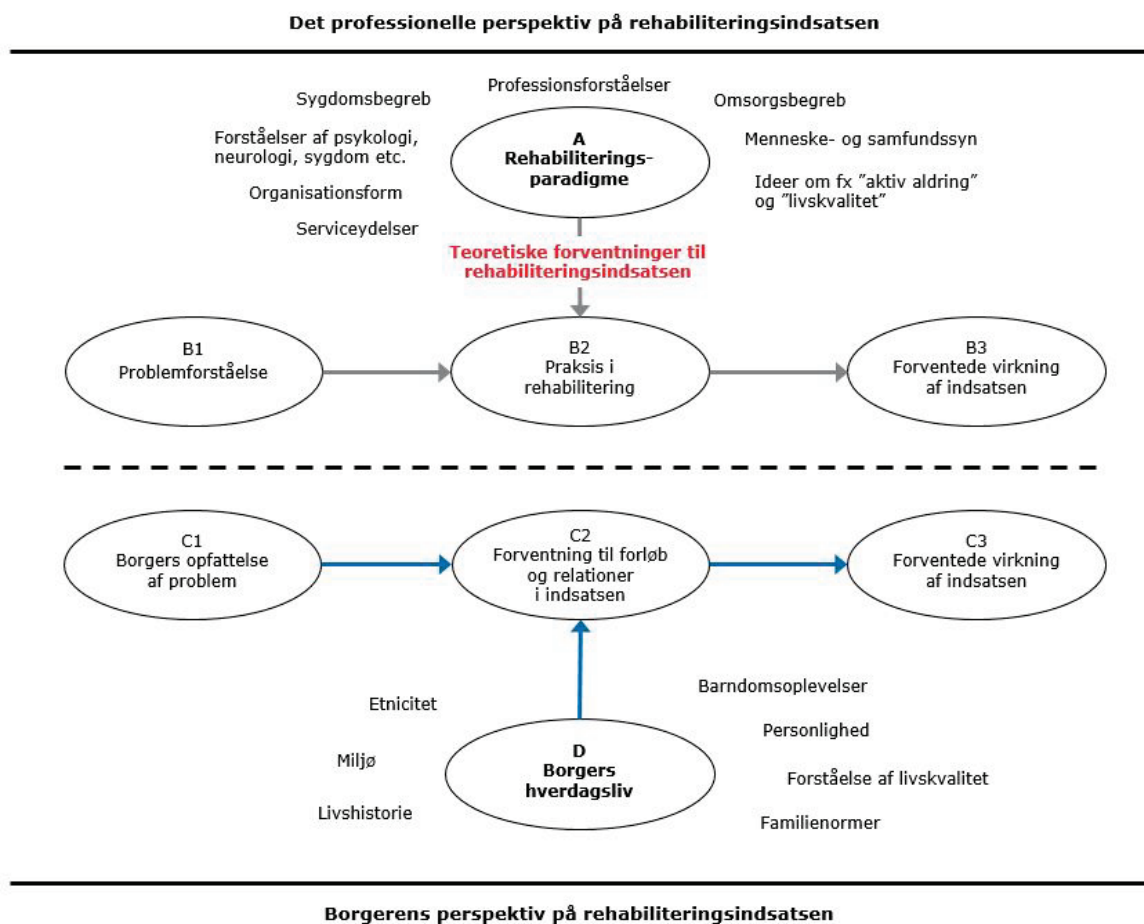
A-niveauet beskriver det paradigmatisk grundlag, der influerer på den givne rehabiliteringsmodel. Vi anvender i rapporten begrebet 'rehabiliteringsparadigme' til at opsummere det bagvedliggende paradigmatisk grundlag.

Paradigmet bygger her bl.a. på internationale diskussioner af teoretisk og praktisk viden om problemfeltet sammenholdt med etiske og politiske overvejelser, og indeholder dermed de bagvedliggende forståelser af fx sygdom, professioner, livskvalitet og menneske- og samfundsyn. Dvs., at rehabiliteringsparadigmet indeholder den anerkendte viden på feltet og dermed den viden, som de professionelle forventes at referere til (Høgsbro, 2007; 2010), og den generelle institutionalisering af rehabiliteringen. I denne undersøgelse kommer dette bl.a. til udtryk, ved at rehabiliteringspraksis i de to undersøgelseskommuner tænkes at være indlejret i et overordnet rehabiliteringsparadigme, som fx handler om fagprofessionelle teorier og antagelser om, hvad der er den rigtige indsats og de rigtige kompetencer for den givne målgruppe. Rehabiliteringsparadigmet influerer også på den valgte organisationsform, som sætter de institutionelle rammer for praksis i rehabiliteringsudførelse.

At vi vælger at opsummere det samlede paradigmatisk grundlag i begrebet 'rehabiliteringsparadigme', betyder ikke, at rehabilitering nødvendigvis forstås og praktiseres på en ensartet måde på tværs af faggrupper og fagspecialer. Det kan netop argumenteres at rehabilitering som tilgang er kendetegnet ved, at der findes flere forskellige og indimellem konfliktende paradigmer, som tilbyder forskellige måder at forstå og håndtere sygdom og svækkelse på, og som bevirker, at rehabilitering praktiseres forskelligt inden for sundheds- uddannelses-, beskæftigelses- eller, som her, ældreområdet (fx Borg og Jensen 2005; Thuesen, 2016). Men de forskellige forståelser af begrebet rehabilitering, som det beskrives i MarselisborgCentrets Hvidbog (Johansen m.fl., 2004), har til fælles at tage udgangspunkt i at opnå og vedligeholde den bedst mulige fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne for det enkelte menneske for at sikre dette et selvstændigt og meningsfuldt liv, ved hjælp af en tidsbestemt og målrettet

samarbejdsproces, der bygger på borgerens hele livssituation og beslutninger. Endelig omhandler denne rapport også rehabilitering, som det forstås og praktiseres – dog af forskellige faggrupper – på et enkelt fagområde, nemlig ældreområdet, og hvor tilgangen derfor tænkes at være mere ensartet, ikke mindst på baggrund af indførelsen af lovgivning om rehabilitering i hjemmeplejen.

Figur 2.1 Tilpasset SIMREB



Kilde: Tilpasset fra Høgsbro, 2010

B-niveauet henviser til de professionelle praksis og forståelse, som den foreskrives af A-niveauet. Et mål med anvendelsen af SIMREB er her at vurdere graden af (u)overensstemmelse mellem A-niveauets rehabiliteringsparadigme, herunder den gældende viden, nationale retningslinjer og politik, samt den konkrete rehabiliteringspraksis i forhold til B-niveauets definition af problem (B1), relevante tiltag (B2) og det forventede udfald af indsatsen (B3) (Høgsbro, 2010; Glintborg m.fl., 2016). Niveauet dækker både over den konkrete organisering af rehabiliteringsindsatsen i kommunerne, fx hvordan samarbejdet i den tværfaglige rehabiliteringsmodel konkret organiseres i kommunen, og de serviceydelser, der er knyttet til rehabiliteringsindsatsen, men også i forhold til, hvad der inden for rehabiliteringsparadigmet og kommunens konkrete organisering af indsatsen overhovedet er relevant at anskue som henholdsvis målgruppe, problem, løsning og virkning, samt de professionelle forståelse af samme.

C-niveauet reflekterer B-niveauet og indeholder således borgerens perspektiv på rehabiliteringsforløbet. C-niveauet refererer til borgerens opfattelse af problemet (C1), forventning til og erfaring med de professionelle praksis (C2) samt det forventede udfald af indsatsen (C3).

D-niveauet spejler A-niveauet ved at angive faktorer, der udgør borgerens livs- og forestillingsverden. Borgerens livsverden påvirker borgerens perspektiv på rehabiliteringsforløbet via indflydelsen fra den hverdagskultur- og forståelse, der former hans holdninger, tanker om livskvalitet osv. (Høgsbro, 2010).

2.3 Opsamling

Undersøgelsens analyse tager sin inspiration i SIMREB, der er en analytisk tilgang til at afdække modeller for rehabiliteringsindsatser, der trækker teoretisk på institutionel etnografi. SIMREB analysemodellen indeholder en række elementer, der indgår i forskellige rehabiliteringsmodeller: det gældende rehabiliteringsparadigme, der påvirker udformningen af indsatsen, praksisniveauet, hvor indsatsen udføres, borgerniveauet indeholdende borgerens forståelse af og forventninger til indsatsen, samt slutteligt de faktorer, der udgør borgerens livsverden og påvirker borgerens perspektiv.

Som analyseramme for projektet har SIMREB påvirket udformningen af den samlede undersøgelse. I forhold til indsamling og analyse af data er tilgangen eksempelvis bidragende til, at der indgår en litteraturbaseret afdækning af de gældende rehabiliteringsparadigmer. Ligeledes har SIMREB været guidende for vores empiriske afdækning af rehabiliteringspraksis og -forståelser i de to undersøgelseskommuner. Tilgangen anvendes også som teoretisk inspiration for vores analyse af sammenhængene mellem paradigme, organisering og praksis, herunder også i forhold til eksempelvis uoverensstemmelser mellem de perspektiver på hjælpen, som borgere og medarbejdere er fremkommet med i interviewene.

I det efterfølgende kapitel 3 redegør vi nærmere for, hvordan analyserammen influerer på undersøgelsens opbygning, herunder de metoder, vi har anvendt til indsamlingen af empiri.

3 Metode og datagrundlag

3.1 Indledning

Projektet er bygget op omkring et indledende litteraturstudie til afdækning primært af det bagvedliggende paradigme, sekundært af kommunernes organisering, men bæres fortrinsvis af empiri baseret på to kommunale casestudier.

Projektet tager empirisk udgangspunkt i en kvalitativ praksisundersøgelse og praksisbeskrivelse af 10 rehabiliteringsforløb i to kommuner. I dette kapitel beskriver vi metode og datagrundlag for litteratur- og organisationsstudie og casestudier nærmere.

3.2 Kobling mellem teoretisk ramme og metode

Med udgangspunkt i SIMREB-modellen har vi indledningsvist i projektet afdækket en række forhold i de to undersøgelseskommuner. Dels hvad der er de gældende faglige og professionsorienterede teorier, forståelser og værdigrundlag, der ligger bag den kommunale indsats, dels hvilken konkret organisationsform, man har valgt, og de kompetencer og fagligheder, der lægges vægt på i den kommunale rehabiliteringsmodel, og hvilke konkrete rehabiliteringsydelser man tilbyder i kommunen. I forhold til den valgte organisationsform har vi fx undersøgt, hvilke borgere, kommunen tænker, har fordel af rehabilitering og således inkluderes/ekskluderes, hvordan borgeren tænkes inddraget i processen, og hvordan indsatsen planlægges og udføres i tværfaglige team. Denne del af undersøgelsen har dermed etableret den bagvedliggende forståelse for udformning af den valgte kommunale rehabiliterings- og organisationsmodel.

Dernæst har vi undersøgt, hvordan dette overordnede paradigme medvirker til at forme medarbejdernes problemforståelse, såvel som deres praksis i form af tværfagligt samarbejde og anvendelse af faglighed og kompetencer, og endelig deres forventning til, hvordan denne praksis medvirker til et succesfuldt forløb for borgeren (Niveau B). Dette inkluderer medarbejdernes opfattelse af og erfaring i både visitationen, organiseringen af arbejdet og udførelsen af den rehabiliterende indsats. Fokus har bl.a. været på, om den kommunale organisering af arbejds- og samarbejdsprocesser medvirker til at influere på medarbejderens forestillinger om rehabiliteringsindsatsen, herunder hvad der er den rette praksis, fx i fælles identifikation af behov og indsats, vidensopsamling og vidensdeling og i tværfaglig planlægning og udformning af indsats. I denne del af undersøgelsen har vi bedt medarbejderne reflektere over, hvad der er nødvendige faglige kompetencer, og hvad der udgør og medvirker til et succesfuldt rehabiliteringsforløb.

Efter afdækning af den professionelle forestilling om og konkretisering af den rette praksis for rehabiliteringsindsatser, er fokus blevet rettet mod borgerperspektivet (Niveau C og D). Her har vi adspurgt borgerne om deres perspektiver på rehabiliteringsindsatsen, fx borgerens opfattelse af, hvad der udgør problemet (C1), borgerens forestilling om relationerne i rehabiliteringsindsatsen (C2), og borgerens forventninger til udbyttet af indsatsen (C3). Denne del af undersøgelsen har således være med til at belyse eventuelle uoverensstemmelser mellem borgerperspektivet og det professionelle perspektiv.

3.3 Udvalgelse af deltagerkommuner

Undersøgelsen er gennemført i Svendborg Kommune og Middelfart Kommune i efteråret 2015-forår 2016.

Fremfærd Ældre var ansvarlig for at finde kommuner til deltagelse i projektet ud fra en række kriterier, som blev fastlagt i samarbejde med KORA. Det primære kriterie for deltagelse i projektet var, at kommunens rehabiliteringsindsats var veletableret og velfungerende. Baggrunden for dette kriterie var dels projektets fokus på at beskrive de konkrete samarbejds- og samspilsrelationer i rehabiliteringsindsatsen, hvorfor eventuelle implementeringsudfordringer i en kommune, der først for nylig var begyndt at arbejde rehabiliterende, kunne 'forstyrre' billedet. Dels fandt vi det også hensigtsmæssigt at interviewe og observere medarbejdere, der havde arbejdet ud fra rehabiliteringsprincipper i en vis periode, da de ville have en større erfaring og viden om området. På grund af undersøgelsens fokus på tværfaglighed var et andet kriterie for udvælgelsen af projektkommuner anvendelsen af tværfaglige team i rehabiliteringsindsatsen. Det betyder ikke nødvendigvis, at samtlige borgere modtager en tværfaglig rehabiliteringsindsats, men at det skulle være en del af kommunens tilbud.

På baggrund af ovenstående kriterier tog Fremfærd Ældre kontakt til en række kommuner for at forhøre sig om deres interesse for at deltage i projektet. Efter positive tilbagemeldinger fra Middelfart og Svendborg Kommuner arrangerede KORA dernæst det videre forløb med de to kommuner.

3.4 Empiri

Undersøgelsen bygger på forskellige datakilder, herunder litteraturstudier, observationer og interview, som beskrives nedenfor:

3.4.1 Litteratur

Litteraturstudierne informerer dels undersøgelsen af det bagvedliggende paradigmatisk grundlag for rehabilitering, som det kommer til udtryk i den internationale litteratur på området, dels af kommunernes organisering af rehabiliteringsforløbene. Her har vi fx anvendt kommunale dokumenter som kvalitetsstandarder og serviceinformationer til borgerne, samt øvrige relevante organisationsdokumenter, som kommunerne har stillet til rådighed for undersøgelsen. Det skriftlige materiale vedrørende den kommunale organisering af rehabiliteringsforløbene er indsamlet i efteråret 2015.

3.4.2 Interview

I hver kommune har vi foretaget en række interview med ledere, medarbejdere og borgere. Interviewene er foretaget i perioden november 2015 – april 2016. Dataindsamlingen er foregået af to omgange henover i alt 3 dage i hver kommune. Den indledende dataindsamling foregik i november 2015, hvor vi over to dage i hver kommune foretog en række interview og observationer. I foråret 2016 interviewede vi igen de deltagende borgere samt foretog fokusgruppeinterview i hver kommune med rehabiliteringsteamet omkring én af borgerne. Interviewene har været udformet som semistrukturerede interview. Enkeltpersoninterviewene er foretaget af én forsker af gangen, mens vi så vidt muligt har været to forskere til stede under fokusgruppeinterview med mange deltagere. I interviewene får informanterne lejlighed til at beskrive deres hverdagsverden og udfolde meningen i deres oplevelser (La Cour m.fl., 2005). Alle interview er blevet optaget på diktafon og efterfølgende transskriberet med henblik på

databasebearbejdning i NVIVO. Den benyttede analysestrategi er abduktiv analyse, idet teori og empiri har informeret hinanden i forsøget på at forstå årsager og sammenhænge bag de observerede fænomener. Analysen har taget sit afsæt i teorien, der har været udgangspunkt for interviewtemaerne. Efterfølgende er data konceptualiseret ved at uddrage begreber af det partikulære og give det sproglig form. Således udvikles koder og temaer på et højere abstraktionsniveau på tværs af data (Peirce, 1955).

Kommunale ledere blev interviewet i den indledende dataindsamlingsfase. Interviewene bestod af et fokusgruppeinterview i hver kommune med et antal ledere og mellemledere. Formålet med interviewene var at opnå viden om den lokale service- og organisationsmodel samt kommunens erfaring med rehabilitering. De overordnede emner for interviewene var:

- Den kommunale organisering af rehabilitering, herunder historik og procedurer
- Aldrings- og rehabiliteringsparadigmerne bag organisering
- Faglighed og kompetencer
- Relationer og roller i rehabilitering
- Hvordan der arbejdes mod fælles mål
- Udfordringer og fordele ved organisering og praksis.

Medarbejdere i den kommunale ældreplejes rehabiliteringstilbud er blevet interviewet i fokusgruppeinterview og i enkeltpersoninterview.

Der er foretaget individuelle interview med de medarbejdere, vi har observeret under rehabiliteringsindsatsen i borgernes hjem. I ét tilfælde foregik interview med de observerede medarbejdere som et fokusgruppeinterview med tre medarbejdere. Interviewene er foretaget umiddelbart samme dag, som vi har observeret medarbejderen hos borgeren. Interviewene tog udgangspunkt i de observerede situationer og havde til formål at afdække de professionelle perspektiver på hvert rehabiliteringsforløb. De overordnede emner for interviewene var:

- Medarbejders forståelse af 'problemet', som rehabiliteringsindsatsen skal løse i den konkrete borgersag
- Medarbejders forståelse af indsatsen, herunder relationer, faglighed og fælles mål i rehabiliteringsforløbet
- Medarbejderens forventninger til virkningen af rehabiliteringsforløbet.

I hver kommune har vi foretaget to fokusgruppeinterview med medarbejderne. Det ene fokusgruppeinterview inkluderede deltagere i tværfaglige rehabiliteringsmøder, hvor medarbejderne har mulighed for at diskutere rehabiliteringsforløbene i et tværfagligt forum. Disse fokusgruppeinterview blev foretaget umiddelbart efter, at vi havde observeret det tværfaglige rehabiliteringsmøde. Fokus for interviewene var forventninger og erfaringer med rollefordeling, anvendelse af kompetencer og fagligheder, samt etablering af tværfagligt samarbejde og relationer med borgerne samt den relationelle koordinering faggrupperne imellem. De overordnede emner for disse interview var:

- Organisering og procedurer for de tværfaglige rehabiliteringsmøder, herunder også organisering og sikring af vidensdeling
- Samarbejde og relationer med fokus på faglighed og fælles mål.

Det andet fokusgruppeinterview inkluderede medarbejderne tilknyttet én bestemt borger udvalgt af KORA som 'best case' blandt de fem borgere i kommunen. Dette fokusgruppeinterview blev foretaget som led i den anden dataindsamlingsrunde og således efterfølgende borgerens

rehabiliteringsforløb. Med udgangspunkt i borgerens forløb havde fokusgruppeinterviewet til formål at afdække de mangefacetterede synspunkter om rehabilitering i et forum, hvor der indgik forskellige faglige baggrunde. De overordnede emner for interviewene var:

- Medarbejdernes perspektiver på 'problemet', som rehabiliteringsindsatsen skulle afhjælpe
- Medarbejdernes perspektiver på indsatsens indhold, organisering, samarbejde og relationer
- Medarbejdernes perspektiver på de forventede og oplevede udbytte af indsatsen.

Ud over de her nævnte fokusgruppeinterview, der blev foretaget i begge kommuner, fik vi i Svendborg Kommune også mulighed for at foretage et fokusgruppeinterview med to medarbejdere, der var blevet observeret med en borger til et visitationsmøde. Med udgangspunkt i den observerede situation var de overordnede emner for dette interview medarbejdernes perspektiv på borgerens behov for hjælp, den rette indsats og den forventede virkning af indsatsen, samt visitationspraksis, udfordringer og muligheder ved rehabilitering.

Borgerne er blevet interviewet i opstarten af deres forløb i forbindelse med, at vi har observeret dem i samspil med en medarbejder i hjemmet, samt efter deres rehabiliteringsforløb er afsluttet, typisk efter 12 uger. Interviewene havde til formål at afdække borgerens egen forståelse af det 'problem', der lå bag visitationen til et rehabiliteringsforløb, samt betydningen af borgerens hverdagsliv i forhold til forventningen til og erfaringen med relationerne til medarbejderne og udbyttet af indsatsen. Udover disse enkeltpersoninterview med de fem borgere i hver kommune har vi interviewet den borger, hvis visitationssamtale vi observerede. Denne borger blev første gang interviewet i forbindelse med visitationssamtalen og dernæst i forbindelse med den anden interviewrunde i kommunen, da hans rehabiliteringsforløb var afsluttet.

3.4.3 Observationsstudier

For at supplere indtrykkene fra interviewene med borgere og medarbejdere har vi foretaget en række observationsstudier i begge kommuner. Observationsstudierne har bidraget til afdækning af, hvordan det at arbejde rehabiliterende forløber og adskiller sig fra den mere kompenserende tilgang. Med observationsstudierne bliver det muligt at belyse de mere skjulte udfoldelser af det rehabiliterende borgerarbejde, relationer og samarbejde, både i borgerens hjem, og af fx de tværfaglige samarbejdsrelationer, som de kommer til udtryk under de tværfaglige rehabiliterings- eller visitationsmøder.

Vi har fulgt udførelsen af rehabiliteringsindsatsen for de deltagende borgere gennem observationsstudier i deres hjem, dvs. mens medarbejdere fra hjemmeplejen har besøgt den ældre. Sigtet har været at udføre en observation hos hver borger i forbindelse med det første interview af borgeren i opstarten af deres rehabiliteringsforløb. Hos en enkelt borger var det desværre ikke muligt at observere rehabiliteringsindsatsen, da hun på dagen havde fået hjælpen tidligere end sædvanligt. Vi har derfor foretaget 9 observationer af rehabiliteringsindsatsen i borgerens hjem.

Derudover har vi observeret et visitationsmøde hos en borger med henblik på at få indblik i, hvordan medarbejdere og borger i visitationssamtalen definerer henholdsvis problem, løsning og forventede virkning af rehabiliteringsforløbet, samt hvordan og hvorvidt der foregår en forhandlingsproces om definitionerne, hvordan medarbejderne arbejder med motivation og relationen til borgeren, samt det generelle samspil mellem medarbejderne og borgeren i situationen.

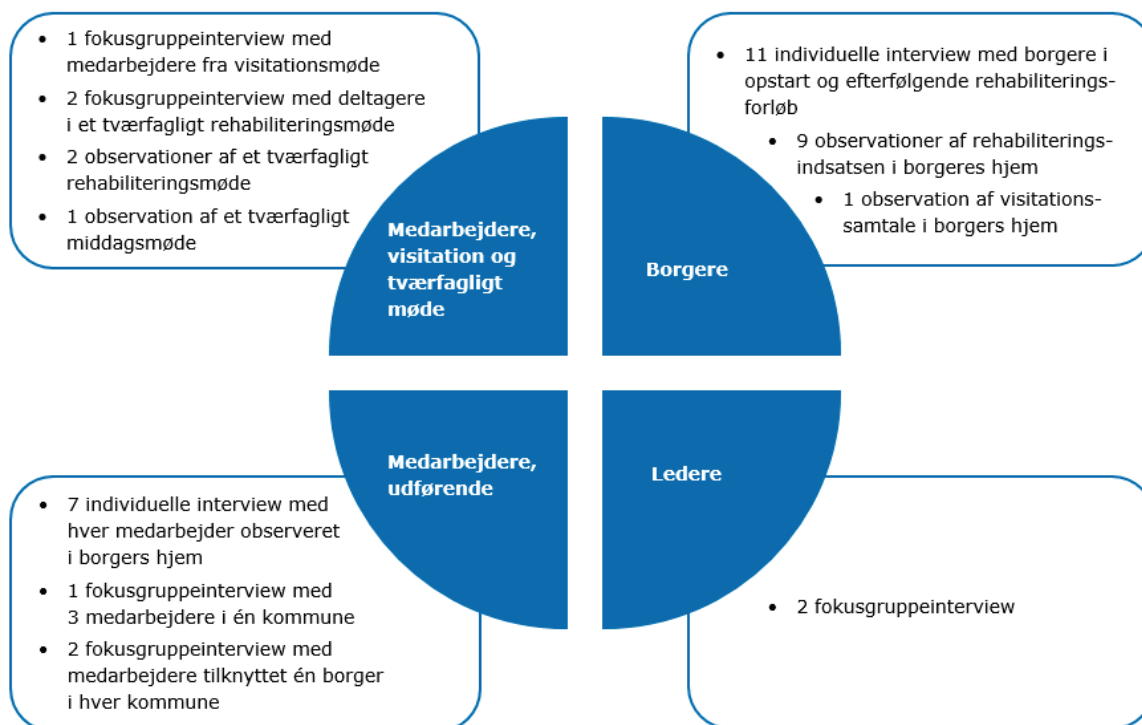
I hver kommune har vi observeret et tværfagligt rehabiliteringsmøde, hvor en række forskellige fagpersoner drøfter udvalgte borgeres rehabiliteringsforløb. Derudover har vi i én kommune

også observeret et tværfagligt møde kaldet 'middagsmøde', hvor medarbejderne rutinemæssigt og under mere uformelle rammer drøfter forskellige rehabiliteringsforløb med henblik på fælles faglig læring.

I alt er der gennemført 8 fokusgruppeinterview, 28 individuelle interview og 13 observationsstudier, se også figur 3.1. Interview og observation fordeler sig på følgende vis:

- 2 fokusgruppeinterview med ledere
- 2 fokusgruppeinterview med deltagere i et tværfagligt rehabiliteringsmøde
- 2 fokusgruppeinterview med medarbejdere tilknyttet en bestemt borger
- 1 fokusgruppeinterview med medarbejdere fra et visitationsmøde
- 1 fokusgruppeinterview med tre social- og sundhedsmedarbejdere/hjemmetrænere observeret hos borgerne
- 7 individuelle interview med social- og sundhedsmedarbejdere/hjemmetrænere fra hjemmehjælpen
- 21 individuelle interview med borgere
- 9 observationer af rehabiliteringsindsatsen i borgers hjem
- 1 observation af en visitationssamtale i borgers hjem
- 3 observationer af tværfaglige rehabiliteringsmøder.

Figur 3.1 Oversigt over interview og observationer



Tabel 3.1 Antal interview og observationer fordelt på kommuner

	Svendborg Kommune	Middelfart Kommune
Fokusgruppeinterview, ledere	1	1
Fokusgruppeinterview, tværfagligt rehabiliteringsmøde	1	1
Fokusgruppeinterview, visitationssamtale	1	-
Fokusgruppeinterview, medarbejdere tilknyttet en borger	1	1
Fokusgruppeinterview, udførende medarbejdere observeret i hjemmet	1	-
Individuelle interview, medarbejdere	2	5
Individuelle interview, borgere	11	10
Observation, tværfagligt rehabiliteringsmøde	1	1
Observation, tværfagligt middagsmøde	1	-
Observation, visitationssamtale i borgers hjem	1	-
Observation af rehabiliteringsindsats i borgers hjem	4	5

3.5 Karakteristika informanter

3.5.1 Kommunernes udvælgelse af interviewpersoner

De to kommuner bistod med at muliggøre interview med både medarbejdere og borgere. I forhold til borgerne blev kommunerne bedt om at indhente tilsagn fra 5 borgere i hver kommune om deltagelse i projektet. Kommunerne blev bedt om at skele til en række kriterier ved udvælgelsen af borgere. Dels skulle borgerne naturligvis have lyst til at deltage, dels skulle de rent kognitivt være i stand til at acceptere ikke blot interview men også at blive observeret af medarbejdere fra KORA. På grund af projektets fokus på det tværfaglige samarbejde var et andet ønske at borgene havde multiple behov, således at der indgik flere forskellige faggrupper i rehabiliteringsindsatsen, fx social- og sundhedsarbejdere, terapeuter og sygeplejersker. Derudover bad KORA projektkommunerne efterstræbe variation i forhold til, om borgerne modtog hjælp for første gang eller i forvejen modtog hjemmepleje, deres grad af funktionsnedsættelse, typen og sammensætningen af hjælp, fx om de modtog både personlig pleje og praktisk hjælp, køn og alder. Kriterierne blev i høj grad tilgodeset.

3.5.2 Borgere

De deltagende borgere var på tidspunktet for det første interview henholdsvis 51, 68, 71, 72, 75, 79, 80, 82, 85 og 87 år gamle. Kønsfordelingen på de deltagende borgere er 6 kvinder og 4 mænd. Fire af de kvindelige og en af de mandlige deltagere er samlevende. Resten bor alene.

Tabel 3.2 Alder og køn på de deltagende borgere

Alder	Kvinder	Mænd
Under 65 år	-	1
65-70 år	1	-
71-75 år	2	1
76-80 år	-	2
81-85 år	2	-
Over 86 år	1	-

3.5.3 Medarbejdere

Medarbejderne, der deltog i undersøgelsen, bestod af forskellige faggrupper, herunder social- og sundhedsmedarbejdere, visitatorer, terapeuter og sygeplejersker, men det er i overvejende grad social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter, som vi har observeret og interviewet. Dette skyldes, at en stor del af dataindsamlingen har bestået i, at vi har fulgt disse medarbejdere under deres besøg i borgerens hjem og efterfølgende interviewet dem.

De forskellige fokusgruppeinterview har i langt højere grad afspejlet den tværfaglige sammensætning af medarbejdergruppen, hvilket har muliggjort, at de forskellige faglige perspektiver i høj grad kom til udtryk.

Ved fokusgruppeinterviewet med de medarbejdere, der blev observeret under en visitations-samtale med en borger i Svendborg Kommune, indgik henholdsvis visitator, der var uddannet fysioterapeut, og rehabiliteringsterapeuten, der var uddannet ergoterapeut.

Ved fokusgruppeinterviewet med deltagerne i det tværfaglige rehabiliteringsmøde i Svendborg Kommune deltog to social- og sundhedshjælpere/hjemmetrænere, en ergoterapeut fra hjælpemiddelafdelingen, en rehabiliteringsterapeut, en sygeplejerske, en visitator samt en sektionsleder fra hjemmeplejen.

Ved fokusgruppeinterviewet med medarbejdere i forhold til et udvalgt rehabiliteringsforløb i Svendborg Kommune deltog følgende medarbejdere: sektionsleder, rehabiliteringsterapeut, hjælpemiddeltherapeut, visitator, en social- og sundhedshjælper/hjemmetræner, sektionsleder fra aftenholdet samt en sygeplejerske.

I Middelfart deltog en visitator, en sygeplejerske, en rehabiliteringsterapeut, en social- og sundhedsassistent og en social- og sundhedshjælper i fokusgruppeinterviewet med deltagere i det tværfaglige møde.

Ved fokusgruppeinterviewet med medarbejdere i forhold til et udvalgt rehabiliteringsforløb i Middelfart Kommune deltog en sygehjælper/hjemmetræner, en ergoterapeut tilknyttet hverdagsrehabiliteringen samt en social- og sundhedsassistent.

I forhold til køn indgår der kun en enkelt mandlig medarbejder i Svendborg Kommune i undersøgelsen.

De medarbejdere, som vi har observeret under rehabiliteringsindsatsen i borgerens hjem, er alle ansat i den kommunale hjemmepleje og fordeler sig på en mandlig og otte kvindelige social- og sundhedsmedarbejdere. Én af medarbejderne er observeret hos to forskellige borgere og er derfor interviewet to gange. I forhold til faggrupper er seks medarbejdere uddannede social- og sundhedshjælpere, to medarbejdere er social- og sundhedsassistenter, og en enkelt medarbejder er uddannet sygehjælper. Alle medarbejderne har deltaget i deres kommunes tilbud om efteruddannelse i rehabilitering og bærer således titler som hjemmetrænere.

Tabel 3.3 De interviewede medarbejderes¹ faglige baggrund fordelt på kommuner

Faggruppe	Svendborg Kommune	Middelfart Kommune
Social- og sundhedshjælper, hjemmetræner	4	2
Social- og sundhedsassistent, hjemmetræner	1	1
Sygehjælper, hjemmetræner	-	1
Social- og sundhedsassistent	-	1
Social- og sundhedshjælper	-	1
Sygeplejerske	1	1
Ergoterapeut	2	2
Visitorator (faggruppe ikke medtaget) ²	2	1

Noter:

- 1) De interviewede lederes faglige baggrunde er ikke medtaget.
- 2) Den ene interviewede visitorator i Svendborg Kommune er fysioterapeutuddannet

3.5.4 Ledere

I Svendborg Kommune deltog følgende personer i fokusgruppeinterviewet med ledere: myndighedschefen, sektionslederen for aftenholdet i distrikt øst, hjemmepleje- og sektionsleder for hjemmetræner vest samt hjemmepleje- og sektionsleder for hjemmetræner øst.

I Middelfart Kommune deltog følgende personer i fokusgruppeinterviewet med ledere: områdelederen for hjemmepleje og dagcentre, leder af visitoratorteam, hjælpemiddelteam, hjerne-skadekoordinatorer og velfærdsteknologi, teamleder for træningsområdet og leder af hjemmeplejesektionen.

3.6 Opsamling

Undersøgelsens empiri består af et indledende litteraturstudie til afdækning af rehabiliteringsparadigmet, men den overvejende del af det empiriske materiale er fremkommet ved hjælp af casestudier af 10 borgeres rehabiliteringsindsats i hjemmeplejen i Svendborg og Middelfart Kommuner. Casestudierne har indeholdt en række observationer af rehabiliteringsindsatsen, både i borgernes hjem, herunder en visitationssamtale, og af de tværfaglige møder, der er en vigtig del af at arbejde rehabiliterende i de to kommuner. Derudover har vi interviewet de observerede borgere og hjemmetrænerne og foretaget en række fokusgruppeinterview med de deltagende medarbejdere i de tværfaglige møder og visitationssamtalen, ligesom vi har lavet fokusgruppeinterview med en række ledere i begge kommuner.

Vi har overvejende interviewet og observeret de social- og sundhedsuddannede hjemmetrænerne, i og med at en stor del af de konkrete observationer af rehabiliteringsindsatsen har bestået i, at vi har fulgt disse faggrupper på deres besøg hos borgerne. Derudover har vi observeret to terapeuter, hvoraf den ene er visitorator, under en visitationssamtale i en borgers hjem. De øvrige faggrupper, herunder sygeplejersker, har deltaget som led i deres tilstedeværelse ved forskellige fokusgruppeinterview og observationer af de tværfaglige møder.

4 Organisering

4.1 Indledning

Der er, som tidligere nævnt, stor variation imellem kommunernes organisering af rehabilitering i ældreplejen. For eksempel identificerede KORA i en kortlægning for Socialstyrelsen, inden indførelsen af § 83a i Serviceloven, 95 forskellige modeller for (hverdags)rehabiliteringsforløb fordelt på 92 kommuner (Kjellberg m.fl., 2013), et tal, der ikke nødvendigvis er blevet mindre, efter at samtlige 98 kommuner nu er forpligtede til at tilbyde rehabiliteringsforløb efter § 83a. I kortlægningen fra 2013 blev de forskellige modeller for organiseringen af rehabiliteringsforløb inddelt i fire overordnede organisationstyper: i hjemmepleje i samarbejde med andre afdelinger (fx sygeplejen og træningsafdelingen), i hjemmepleje med ekstra ressourcer (fx ansættelse af sygeplejersker eller terapeuter), i en specialiseret enhed samt terapeutmodellen, hvor terapeuter i overvejende grad står for træningen af borgeren i forløbet (Kjellberg m.fl., 2013). Den mest anvendte organisationstype var i 2013 hjemmeplejen i samarbejde med andre afdelinger, og som dette kapitel vil vise, er det også en organisationstype, der ses i både Middelfart og Svendborg, samtidig med at Svendborg også anvender specialiserede enheder til rehabiliteringsforløbene.

Som redegjort for i teorikapitlet tænkes den valgte organisationsform at udgøre en del af det paradigmatisk grundlag og dermed rammeforståelsen for, hvordan man vanligvis gør og tænker om indsatsen, både som medarbejder og borger. Medarbejdere og borgers forståelse af, hvad der udgør problemer og de rette løsninger, formes ikke mindst af den måde, man rent konkret organiserer arbejds- og samarbejdsprocesserne i rehabilitering.

I kapitlet beskrives den valgte organisationsform i de to kommuner, både som almindelig forståelse af, hvordan rehabilitering kan organiseres, og som baggrund for de videre analyser af rapportens forskellige temaer – inden vi i næste kapitel nærmere undersøger de bagvedliggende paradigmer, der former måden at tænke rehabilitering som led i problemforståelse og løsning på. I dette kapitel beskrives således organiseringen af rehabiliteringsforløb, herunder hvilke fagligheder og kompetencer der inddrages i forløbet, og hvordan indsatsen planlægges i samarbejde med borgeren og udføres i tværfaglige team. Ligeledes beskrives nogle af de udfordringer, som de interviewede ledere har oplevet i forhold til organisering af rehabilitering i hjemmeplejen. Datagrundlaget for kapitlet er primært interview med ledere og medarbejdere i de to kommuner. Derudover har kommunerne udleveret diverse skriftligt materiale, fx evalueringsrapporter og interne organisationsdokumenter, som også er anvendt i beskrivelsen. Kommunerne har haft kapitlet til gennemsyn og kommentering inden udgivelse for at sikre rigtigheden af udsagn og beskrivelser.

4.2 Hjemmehjælp og rehabiliteringsforløb i de to kommuner

De ydelser og indsatser, som hjemmeplejen i de to kommuner tilbyder, er bl.a. hverdagsrehabilitering, praktisk bistand og personlig pleje, madordninger samt lettere sygeplejeopgaver, der uddelegeres fra sygeplejen til social- og sundhedsassistenter i hjemmeplejen. Praktisk bistand dækker over rengøring, tøjvask, indkøb og hjælp til måltider. Personlig pleje indeholder blandt andet hjælp til bad, toilett, påklædning og toiletbesøg. Målgruppen for alle indsatser fra hjemmeplejen er borgere over 18 år, der på grund af midlertidig eller varig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale begivenheder har behov for hjælp til at klare

den personlige pleje, nødvendige praktiske opgaver eller vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder.

Hverdagsrehabilitering er i begge kommuner et midlertidigt tilbud til borgere, der enten søger eller allerede modtager hjemme hjælp, og hvor det vurderes, at et rehabiliteringsforløb vil være gavnligt for borgerens funktionsevne. Målet er at hjælpe borgeren til at blive så selvhjulpne som muligt. Hjælpen i rehabiliteringsforløbet kan fx bestå af træning i selv at udføre personlig pleje eller hjælp til at lære at udføre forskellige daglige aktiviteter på en anden måde, end man plejer. Rehabiliteringsforløb anvendes i nogle tilfælde også til at vurdere borgerens behov for hjælp, både i selve forløbet og fremadrettet. Forskellene mellem de to kommuners rehabiliteringsindsats, herunder organisering og indhold, beskrives nærmere resten af kapitlet.

4.3 Middelfart Kommune

4.3.1 Baggrund

Middelfart Kommune har arbejdet aktivt med hjælp til selvhjælp og rehabiliterende indsatser i en årrække. I 2007 iværksatte kommunen projektet 'Mere træning i plejen', der dels havde fokus på kompetenceudvikling og arbejdsglæde blandt plejepersonalet² i hjemmeplejen, dels på vedligeholdelse af borgernes funktionsevne. Medarbejderne i ældreplejen skulle med projektet 'lære at få øje på borgerens egne ressourcer og anvende disse i den daglige pleje' (Interne organisationsdokumenter, Middelfart Kommune; interview med ledere). I projektet indgik, at terapeuter fra det kommunale træningsafsnit i Sundhedsafdelingen instruerede det social- og sundhedsuddannede plejepersonale³ i hjemmeplejen i forskellige tiltag rettet mod at understøtte borgerens aktive deltagelse i hverdagsaktiviteter, med henblik på at vedligeholde funktionsevne bedst muligt. Terapeuten besøgte sammen med en medarbejder fra hjemmeplejen den ældre i hjemmet for at se, hvorvidt det var muligt at hjælpe borgeren til at gøre flere ting selv. På baggrund af dette besøg hjalp terapeuten plejemedarbejderne med at tilrettelægge indsatsen. Efterfølgende overtog medarbejderne fra hjemmeplejen træningsforløbet i borgerens hjem. Derudover skulle terapeuten sikre tværfaglig sparring, undervisning samt vidensdeling i hjemmeplejegruppen.

Hverdagsrehabilitering i Middelfart Kommune udsprang af projektet i 2010, blandt andet på baggrund af behovet for på kommunalt niveau at finde større besparelser. Måden, hvorpå man i dag organiserer hverdagsrehabilitering i hjemmeplejen, ligner i vid udstrækning stadig den oprindelige måde i projekt 'Mere træning i plejen'. Samarbejdet mellem terapeuter og plejepersonale er videreført, og terapeuten fungerer fortsat formelt set som konsulent for hjemmetrænerne og de øvrige social- og sundhedsmedarbejdere i hjemmeplejen. En forskel er dog, at borgeren nu skal være visiteret til et § 83a rehabiliteringsforløb, for at indsatsen med en terapeut, der besøger borgeren sammen med en medarbejder fra hjemmeplejen, iværksættes. En anden og vigtig forskel er ifølge de interviewede ledere i kommunen, at det overordnede formål med indsatsen har ændret sig. I projekt 'Mere træning i plejen' var formålet at vedligeholde borgerens funktionsevne, mens formålet med hverdagsrehabilitering er at hjælpe borgerne til at blive så selvhjulpne som muligt. Ligeledes har praksis ændret sig på den måde, at der er større fokus på borgerens mål, og at forløbene nu er tidsafgrænsede.

² Med plejepersonale og 'øvrige social- og sundhedsmedarbejdere' menes i rapporten de medarbejdere i den almindelige hjemmepleje, der ikke arbejder som hjemmetrænerne. Disse har typisk en social- og sundhedsuddannelse, fx social- og sundhedshjælpere og medarbejdere med anden eller ældre plejeuddannelse, eksempelvis sygehjælpere. Terapeuter og sygeplejersker figurerer i rapporten ikke under betegnelsen plejepersonale.

³ Se note 2.

4.3.2 Organisering

Den kommunale hjemmepleje i Middelfart Kommune er opdelt i fire distrikter, der hver dækker hjemmeplejeindsatserne i deres geografiske område, samt en aftengruppe, der dækker hjemmeplejeindsatserne aften og nat på tværs af de fire distrikter. Der er cirka 30 plejemedarbejdere i hvert distrikt og 40 i aftengruppen. Medarbejderne i hvert distrikt er ydermere organiseret i mindre team, der dækker indsatsen hos en gruppe borgere, og dermed forventes alle at have kendskab til borgerens behov for hjælp.

Hvor hjemmeplejen er organisatorisk forankret under Socialafdelingen, er den kommunale sygepleje og træningsafdelingen, hvor kommunens terapeuter er ansat, placeret under Sundhedsafdelingen. Rehabiliteringsforløb udføres i et samarbejde mellem hjemmeplejen og sygeplejersker og terapeuter ansat i Sundhedsafdelingen.

Plejemedarbejderne er primært social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere. Som led i implementeringen af hverdagsrehabilitering i 2010 oprettede kommunen en ny stillingsfunktion, *hjemmetrænere*, som blev rekrutteret blandt social- og sundhedsmedarbejderne i hjemmeplejen. Cirka 1/5 af plejemedarbejderne er hjemmetrænere.

Forskellen på hjemmetrænere og de øvrige plejemedarbejdere i hjemmeplejen er dels omfanget af videreuddannelse i at arbejde rehabiliterende, dels hvilke arbejdsopgaver, de løser i hjemmeplejen:

- **Uddannelse:** Hjemmetrænere modtager 2 gange 3 dages efteruddannelse i at arbejde rehabiliterende. Derudover deltager de i to årlige temadage med forskelligt indhold.
I kommunen tilstræbes det ifølge de interviewede ledere, at alle de plejemedarbejdere, der ikke er hjemmetrænere, også videreuddannes i at arbejde rehabiliterende. Dette via et tredages kursus, som altså ikke er så omfattende som hjemmetrænerens videreuddannelse.
- **Arbejdsopgaver:** Hjemmetrænere har plejeopgaver på lige fod med de øvrige social- og sundhedsmedarbejdere i hjemmeplejen, men varetager derudover de mere sammensatte rehabiliteringsforløb efter § 83a. Kommunen har besluttet, at det skal tilstræbes, at de hjemmetræneruddannede social- og sundhedsmedarbejdere i hjemmeplejen skal stå for de rehabiliteringsforløb, hvor der er mere end to rehabiliteringsydelse i selve forløbet. Dette kan eksempelvis være en borger, der som led i rehabiliteringsforløbet skal trænes i både at tage bad og tilberede frokost. I mere enkle rehabiliteringsforløb, dvs. forløb med kun en eller to rehabiliteringsydelser, er det de øvrige medarbejdere fra hjemmeplejen, som primært besøger borgeren.

Ud over hjemmetrænere og øvrige plejemedarbejdere er tre ergoterapeuter fra Sundhedsafdelingen, betegnet *terapeuter i hverdagsrehabilitering*, tilknyttet de forskellige distrikter, men de er ikke organisatorisk forankret i hjemmeplejen. Deres funktion er at være konsulenter og sparringspartnere for hjemmetrænere og plejemedarbejderne, og de træner derfor kun i mindre grad, fx et enkeltstående bad, med borgeren.

Borger i forløb hverdagsrehabilitering har ofte sideløbende genoptræning ved *trænende terapeuter* på hold/individuel eller i hjemmet. De trænende terapeuter er ligeledes organiseret i træningsafdelingen under Sundhedsafdelingen. Derudover arbejder medarbejderne i hjemmeplejen tæt sammen med især visitatorer og sygeplejersker, ikke mindst i forbindelse med de forskellige tværfaglige mødefora (se nedenfor).

Sygeplejen fungerer, i forhold til rehabiliteringsforløbene, ligesom terapeuterne især som konsulenter for plejepersonalet i hjemmeplejen, og herunder også i forhold til fx undervisning i lettere sygeplejeopgaver, der uddelegeres til social- og sundhedsassistenter og -hjælpere.

4.3.3 Visitation og forløb

I lighed med lovgivningens intentioner vægter Middelfart Kommune, at alle borgere, der ansøger om hjemmehjælp, tilbydes et hverdagsrehabiliteringsforløb. Som hovedregel tilbydes borgerne derfor hverdagsrehabilitering undtagen i de tilfælde, hvor indsatsen vurderes at høre hjemme i den mere vedligeholdende hjemmehjælp under § 83.

Indgangen til at få de forskellige ydelser fra hjemmeplejen er kommunens visitation, der på baggrund af henvendelser fra fx borgeren selv, pårørende eller sygehuset, foretager den indledende vurdering af, hvad borgeren skal tilbydes. I nogle tilfælde opstartes rehabiliteringsforløbet inden visitationen konkret har talt med borgeren. Dette kan fx ske i tilfælde, hvor en borger udskrives direkte fra sygehus til et hverdagsrehabiliteringsforløb i hjemmet. Forløbet startes i de tilfælde op på baggrund af den funktionsvurdering, der er foretaget på sygehuset.

Når borgeren er visiteret til et rehabiliteringsforløb besøger en af de tre *terapeuter i hverdagsrehabilitering* borgeren i hjemmet. Dette sker oftest først, efter at plejen er startet op. Sammen med borgeren lægger terapeuten en plan for, hvordan hjælpen skal forløbe og hvordan borgeren kan træne i at klare sine gøremål. Dernæst påbegyndes rehabiliteringsforløbet, evt. sideløbende med andre almindelige hjemmehjælpsydelse som fx rengøring. Det er hjemmetrænere (i forløb med flere rehabiliteringsydelse) og de øvrige social- og sundhedsmedarbejdere (i forløb med enkelte rehabiliteringsydelse), der står for den daglige rehabiliteringsindsats i hjemmet. Terapeuterne besøger borgeren sammen med dem efter behov, men optræder altså mest som sparringspartnere. Sygeplejersker inddrages i rehabiliteringsforløbet efter behov, men både ledere og medarbejdere betonedede ved interview, at inddragelsen af sygeplejersker i selve rehabiliteringsforløbene primært sker ved de tværfaglige møder (se nedenfor).

Varigheden af rehabiliteringsforløbene varierer efter borgerens behov og kan derfor vare mellem få dage og flere måneder. Intensiteten i forløbet, herunder hyppigheden af besøg fra hjemmeplejens medarbejdere, tilpasses i takt med borgerens grad af selvhjulpne. Ved forløbets afslutning vurderer kommunens visitator på baggrund af tilbagemeldinger fra hjemmetræner og terapeut, hvorvidt borgeren skal tilbydes hjælp fremadrettet, og hvilken hjælp, borgeren skal tilbydes. Middelfart Kommune vurderer, at cirka 25 procent af borgere i rehabiliteringsforløb afsluttes som helt selvhjulpne, dvs. uden yderligere hjælp fra hjemmeplejen.

4.3.4 Mødefora

I Middelfart Kommune organiseres og koordineres indsatserne i hjemmeplejen, herunder også rehabiliteringsforløbene, i flere forskellige mødefora, der er mere eller mindre formaliserede.

- Plejemedarbejdere og hjemmetrænere i hjemmeplejen mødes om morgenen for at koordinere dagens opgaver. Dette møde er primært af planlægningsmæssig funktion og er derfor ikke kun møntet på hverdagsrehabilitering, men *terapeuterne fra hverdagsrehabilitering* deltager i planlægningsmøderne flere gange ugentligt for at følge op på rehabiliteringsforløbene og evt. aftale besøg hos borgerne. Derfor kan hjemmetrænere og de øvrige plejemedarbejdere benytte mødet til fx at drøfte et specifikt rehabiliteringsforløb med terapeuten.
- Derudover afholdes der teammøder i hvert distrikt med tre-fire ugers interval, hvor en gruppe plejemedarbejdere og hjemmetrænere dels drøfter arbejdsopgaverne generelt, herunder får gennemgået de borgere, der er tilknyttet medarbejderne i teamet, dels også får

drøftet eventuelle udfordrende forløb, både i almindelige hjemmeplejeforløb og i forhold til hverdagsrehabilitering.

- Det mest formaliserede tværfaglige mødeforum er de tværfaglige koordinerende møder, der afholdes i hvert distrikt hver anden uge. Ved mødet kommer plejemedarbejdere og hjemmetrænere fra hjemmeplejen og præsenterer op til fire borgerforløb, for de faste medlemmer af mødeforummet. De forløb, der præsenteres, er forløb der fx byder på ekstra udfordringer, eller forløb hvor der er brug for flere eller mere sammensatte tiltag og en højere grad af tværfaglighed og/eller tværsektorialitet. De faste deltagere i mødet er visitator, sygeplejerske, terapeuter fra hverdagsrehabilitering og hjemmeplejelederen. De plejemedarbejdere og hjemmetrænere, der kender borgeren, deltager i en del af mødet med henblik på at få et tværfagligt perspektiv på indsatsen. De tværfaglige koordinerende møder er, i lighed med de øvrige mødefora i hjemmeplejen, ikke specifikt rettet mod hverdagsrehabiliteringsforløb, men mod alle indsatser og forløb i hjemmeplejen, hvor der er udfordringer eller behov for tværfaglig sparring.

De tværfaglige koordinerende møder følger en fast struktur, både i forhold til mødedeltagere og til selve processen, og er på den måde meget formaliserede. De deltagende medarbejdere i det møde, som KORA observerede, beskriver da også mødet som 'meget målrettet' – mødet har til formål at finde forslag og løsninger, der kan tages i anvendelse med det samme og i forhold til mere komplicerede borgerforløb. Inden hvert møde opfordres hjemmetrænere og øvrige plejemedarbejdere skriftligt til at overveje, hvorvidt de har forløb at fremlægge ved næste møde. Forløbene har ofte været drøftet på teammøder forinden, hvor medarbejderne er blevet enige om, at forløbet bør drøftes på det tværfaglige koordinerende møde.

4.4 Svendborg Kommune

4.4.1 Baggrund

Ligesom Middelfart Kommune har Svendborg Kommune i en årrække arbejdet med rehabilitering i hjemmeplejen. I 2011 iværksatte kommunen projekt 'Nye veje til aktivt liv' på ældreområdet, dvs. i hjemmeplejen og på plejecentre, som havde til formål dels at gøre borgerne mere selvhjulpne ud fra en forståelse af at dette vil øge deres livskvalitet, dels at opnå et mindsket behov for hjemmehjælpsydelse. Baggrunden for projektet var ønsket om at udvikle ældreindsatsen i kommunen på grund af den stigende kompleksitet i borgerens behov og indsatser, samt en prognose der viste stigning i antallet af ældre borgere i kommunen i en grad, så der i 2025 ville være en fordobling af hjemmehjælpsmodtagere i kommunen (Svendborg Kommune, 2014).

I projekt 'Nye veje til aktivt liv' indgik både borgere i hjemmeplejen og beboere i plejecentre. En stor del af projektet var at uddanne medarbejderne, dvs. både social- og sundhedsmedarbejdere, terapeuter og sygeplejersker, på ældreområdet til at tænke og arbejde rehabiliterende i stedet for den måde, som de var vant til at yde hjælpen på. Uddannelsen skulle blandt andet medvirke til at skabe en fælles forståelse af og tilgang til rehabilitering. Derudover var der også fokus på formidling af projektet samt anvendelsen af velfærdsteknologi. Den forståelse af rehabilitering, som indsatsen i projektet byggede på blev klart defineret:

'Vi har i ældreområdet valgt en tilgang til rehabilitering, som har baggrund i en særlig forståelse af sundhed. Forståelsen af sundhed tager udgangspunkt i borgerens perspektiv på hverdagslivet, fokuserer på borgernes ressourcer og muligheder, samt vægter borgernes aktive deltagelse og involvering. Vi har fulgt Aaron Antonovsky, som mener, at et menneskes sundhed er afhængig af den enkeltes oplevelse af sammenhæng. Jo stærkere oplevelsen af sammenhæng

er, desto stærkere er følelsen af sundhed, fordi det gør os i stand til at kunne håndtere de begivenheder, vi udsættes for gennem livet... Den rehabiliterende tilgang til borgerne tager således udgangspunkt i mestring – defineret som: 'Borgerens evne til hensigtsmæssigt at kunne håndtere krav og udfordringer i en given livssituation' (Svendborg Kommune, 2014).

Som led i projektet blev der oprettet to sektioner i hjemmeplejen, en i hvert distrikt, som kun skulle arbejde med rehabiliteringsforløb, og som skulle tage alle nyvisiterede borgere i et rehabiliteringsforløb. Social- og sundhedsassistenter og -hjælpere i de to rehabiliteringsteam fik 11 dages efteruddannelse i rehabilitering og betegnelsen 'hjemmetrænere'. De fik også specielle uniformer med gule trøjer, til forskel fra de blå trøjer i den almindelige hjemmehjælp – og der blev gjort meget ud af at give arbejdet status. Derudover blev der tilknyttet terapeuter og sygeplejersker til hvert rehabiliteringsteam.

I forbindelse med midtvejsevalueringen af projektet i 2013 blev det besluttet at lade den del af projektet, der foregik i hjemmeplejen, overgå til drift, hvorefter hverdagsrehabilitering blev et servicetilbud til alle nye borgere ansøgere om hjemmehjælp. Efterfølgende er hverdagsrehabilitering – i tråd med lovgivningen fra 2015 – blevet et tilbud til både nye ansøgere og borgere, der i forvejen modtager hjemmehjælp.

4.4.2 Organisering

Hjemmeplejen i Svendborg Kommune er organiseret i to distrikter, der er opdelt i otte lokale sektioner. I hvert distrikt er der udover de almindelige hjemmeplejeteam tilknyttet et aftenhold, sygeplejersker samt et rehabiliteringsteam, 'Hjemmetræning Øst/Vest', der er ansvarlige for en del af rehabiliteringsforløbene i distriktet. En del af rehabiliteringsforløbene varetages dog af hjemmeplejesektionerne (se nedenfor), og Svendborg Kommune har dermed valgt en mere blandet organisationstype, hvor rehabiliteringsforløb både varetages af specialiserede enheder men også af hjemmeplejen i samarbejde med andre afdelinger (se uddybning nedenfor).

Svendborg Kommune adskiller sig endvidere fra Middelfart Kommunes organisering ved, at sygeplejen og rehabiliteringsterapeuterne er organiseret sammen med hjemmeplejen, mens genoptræning ligesom i Middelfart Kommune er placeret i Sundhedsafdelingen.

Ligesom i Middelfart Kommune er plejemedarbejderne i hjemmeplejen primært social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere. Både hjemmeplejen og rehabiliteringsteam udgøres af tværfaglige team, hvor der udover social- og sundhedsmedarbejdere i plejen er tilknyttet fx sygeplejersker og terapeuter.

De to rehabiliteringsteam, der er videreført i form og funktion fra projekt 'Nye veje til aktivt liv', har hver cirka ni hjemmetrænere. Rehabiliteringsteamet består derudover af en medarbejder fra aftenholdet, teamleder, visitator, sygeplejerske, hjælpemiddeltherapeut og rehabiliteringsterapeut. Når borgere visiteres til et rehabiliteringsforløb tilknyttes de et rehabiliteringsteam bestående af hjemmetræner, sygeplejerske, terapeut og teamleder, der alle arbejder i distriktet og har daglige middagsmøder (se nedenfor), men den daglige rehabiliteringsindsats i hjemmet udføres af hjemmetrænere.

Terapeuter superviserer hjemmetrænerne og besøger borgerne sammen med hjemmetrænerne efter behov. Det samme gælder sygeplejerskerne, der derudover også varetager den øvrige sygepleje i hjemmet.

Forskellen på social- og sundhedsmedarbejderne i hjemmeplejen og i rehabiliteringsteamet er, i modsætning til Middelfart Kommune, ikke graden af videreuddannelse, men arbejdsopgaver:

- Uddannelse: På trods af opdelingen i blå og gule team lægger kommunen vægt på, at alle medarbejdere i hjemmeplejen arbejder rehabiliterende. Over 500 af social- og sundhedsassistenterne og social- og sundhedshjælperne i hjemmeplejen er blevet uddannet til hjemmetrænere via et 11-dages kursus i rehabilitering. Det vil sige, at ikke kun hjemmetrænerne men også plejemedarbejderne i de almindelige hjemmeplejesektioner kan modtage 11 dages videreuddannelse i rehabilitering.
- Plejemedarbejdere, der ikke har gennemgået 11-dages videreuddannelsen har modtaget et tredages kursus og har mulighed for at supplere med et meritkursus og således blive hjemmetrænere. Også visitator, terapeuter og sygeplejersker i de tværfaglige rehabiliteringsteam gennemgår videreuddannelse i rehabilitering, dog på diplomuddannelsesniveau.
- Arbejdsopgaver: De to rehabiliteringsteam Øst/Vest varetager rehabiliteringsforløbene for alle nye borgere, dvs. borgere, der ikke allerede er tilknyttet hjemmeplejen. Derudover varetager de rehabiliteringsforløb for borgere, der i forvejen er tilknyttet hjemmeplejen, undtagen i de tilfælde, hvor det vurderes uhensigtsmæssigt for borgeren at blive tilknyttet nye medarbejdere, fx ved sværere demens. I de tilfælde ligger rehabiliteringsopgaven hos de tværfaglige team i hjemmeplejesektionen.
- Hjemmeplejesektionen varetager alle øvrige hjemmeplejeydelser for borgerne. Rehabiliteringsteamet varetager kun hjemmeplejeopgaver efter § 83 hos borgere i rehabiliteringsforløb i teamet.
- Også aftensektionerne, dvs. social- og sundhedsassistenter og -hjælpere i aften/nattevagter medvirker i rehabiliteringsforløbene og er uddannede hjemmetrænere.

4.4.3 Visitation og forløb i Svendborg Kommune

Når kommunen modtager en ansøgning om hjemmehjælp, vurderer en visitator i myndighedsafdelingen, hvorvidt borgeren skal have tilbud om hjemmehjælp eller hverdagsrehabilitering. Tilbydes borgeren hverdagsrehabilitering, er det rehabiliteringsteamet i distriktet, der beslutter, hvordan forløbet skal tilrettelægges. Forløbene varer typisk mellem 2 og 12 uger, men kan strække sig over den tid, der vurderes nødvendig, og indebærer, at borgeren tilknyttes et tværfagligt team. Borgeren får en fast kontaktperson blandt hjemmetrænerne, der sammen med en *rehabiliteringsterapeut* koordinerer samarbejdet mellem borger, hjemmetrænere samt resten af rehabiliteringsteamet.

Også borgere, der allerede modtager hjemmehjælp, tilbydes rehabiliteringsforløb i rehabiliteringsteamet, hvis det vurderes relevant. Mens borgerne er tilknyttet rehabiliteringsteamet, er det hjemmetrænerne derfra, der varetager evt. øvrige hjemmeplejeydelser som praktisk hjælp eller personlig pleje. I den periode er det altså ikke de sædvanlige medarbejdere fra hjemmeplejen, der besøger borgeren, men kun hjemmetrænere fra rehabiliteringsteamet.

Enkelte af de borgere, der allerede modtager hjemmehjælp, overføres ikke til rehabiliteringsteamet, selvom de modtager et træningsforløb. Dette vil gøre sig gældende for eksempelvis mere demente borgere, hvor det vurderes uhensigtsmæssigt, at de skal trænes af andre medarbejdere end dem, som de er vant til. I disse tilfælde vil rehabiliteringsforløbet foretages af medarbejderne i hjemmeplejesektionen.

Tilrettelæggelsen af det enkelte rehabiliteringsforløb beror på en vurdering af borgerens mestringssevne. Borgere, der vurderes at have høj mestringssevne og overskuelige udfordringer, tilbydes en monofaglig rehabiliteringsindsats, hvor en hjemmetræner eller anden plejemedarbejder står for forløbet. Har borgeren mere sammensatte problemer og nedsat mestringssevne, gives de en tværfaglig rehabiliteringsindsats med både hjemmetrænere og fx terapeut, sygeplejerske og hjælpemiddeltherapeut inde over (Svendborg Kommune, 2014). Hjemmetrænerne

står for træningen og indsatserne i borgerens hjem, mens terapeuterne primært superviserer hjemmetrænerne.

Borgernes forløb drøftes løbende i henholdsvis rehabiliteringsteamet og det tværfaglige team i hjemmeplejen, og det er de forskellige team, der tager stilling til afslutning af forløbene. Ved endt forløb vurderes de, om borgeren er blevet selvhjulpne eller skal fortsætte med at modtage hjemmepleje. Cirka 53 % af borgerne vurderes at være selvhjulpne efter rehabiliteringsforløbet og afsluttes derfor uden yderligere hjælp fra hjemmeplejen.

4.4.4 Mødefora

I Svendborg Kommune koordineres rehabiliteringsindsatserne ligeledes i forskellige tværfaglige mødefora.

- Hjemmetrænerne i distriktet har daglige middagsmøder med rehabiliteringsterapeut, sygeplejerske og teamleder, hvor de blandt andet drøfter specifikke rehabiliteringsforløb, der efterfølgende tages op på de mere formaliserede rehabiliteringsteammøder. Ved først at få talt om borgerens forløb på middagsmødet, inden forløbet præsenteres for det større tværfaglige forum ved rehabiliteringsmødet, opnås, at der indsamles viden fra flere af de medarbejdere, der kender den enkelte borger/det enkelte rehabiliteringsforløb bedst.
- Rehabiliteringsteammøder foregår hver uge. Her koordineres indsatserne for forskellige forløb, og medarbejderne har mulighed for at drøfte forløb, hvor de har brug for inputs. Møderne anvendes derudover også til at klassificere og kategorisere nye borgere i hverdagsrehabiliteringen med henblik på tværfagligt at tilrettelægge indsatserne i borgerens rehabiliteringsforløb. Mødedeltagerne består af en fast gruppe, rehabiliteringsteamet, hvori indgår hjælpemiddeltherapeut, rehabiliteringsterapeut, visitator, sektionslederen fra hverdagsrehabiliteringen, sektionsleder eller anden medarbejder for aftenholdet samt en sygeplejerske. Derudover deltager hjemmetrænerne ad hoc, når de har forløb, der skal drøftes tværfagligt i rehabiliteringsteamet. De trænende terapeuter fra kommunens sundhedsafdeling har ligeledes mulighed for at deltage, ligesom der efter behov kan deltage fx misbrugskonsulent eller demenskoordinator.
- I hjemmeplejesektionerne, hvor borgerne får hjemmehjælp efter § 83, afholdes der hver 14. dag tværfaglige møder, hvor hjemmetrænerne deltager efter behov, fx hvis medarbejderne i hjemmeplejesektionen har brug for inputs til et konkret borgerforløb. Udover plejemedarbejderne deltager også terapeut, sygeplejerske, visitator og sektionslederne fra henholdsvis dagsektionen og aftensektionen, samt ved behov en sektionsleder fra hverdagsrehabiliteringssektionen.

Tabel 4.1 Oversigt over forskelle i organisering i de to kommuner

	MIDDELFART KOMMUNE	SVENDBORG KOMMUNE
Organisering	Hjemmeplejen er organisatorisk forankret under Socialafdelingen. Sygeplejen og træningsafdelingen, hvor terapeuterne er ansat, er placeret under Sundhedsafdelingen. <u>Organisationstype</u> : Samarbejde mellem hjemmepleje og andre afdelinger.	Sygeplejen og rehabiliteringsterapeuterne er organiseret sammen med hjemmeplejen. Genoptræning ligger i Sundhedsafdelingen. <u>Organisationstype</u> : S sammensat. Både specialiseret team og hjemmepleje i samarbejde med øvrige afdelinger.
Faggrupper	Cirka 1/5 af de social og sundhedsuddannede plejemedarbejderne er hjemmetrænere. Derudover samarbejde med især terapeuter og sygeplejersker samt visitator.	Uddannede hjemmetrænere i både hjemmepleje og rehabiliteringsteam. Derudover social- og sundhedsuddannede medarbejdere i hjemmepleje. Hjemmepleje og rehabiliteringsteam udgøres af tværfaglige team, hvor der udover social- og sundhedsmedarbejdere er tilknyttet fx sygeplejersker og terapeuter.
Videreuddannelse	Hjemmetrænere modtager 2 gange 3 dages efteruddannelse i at arbejde rehabiliterende. Derudover deltager de i to årlige temadage med forskelligt indhold. 3 dages kursus til plejemedarbejdere i øvrigt.	Hjemmetræneruddannelsen varer 11 dage. Øvrige plejemedarbejdere modtager tre dages videreuddannelse i rehabilitering. Også visitator, terapeuter og sygeplejersker i de tværfaglige rehabiliteringsteam gennemgår videreuddannelse i rehabilitering.
Arbejdsopgaver	Hjemmetrænere har plejeopgaver efter § 83 på lige fod med øvrige plejemedarbejdere og kommer derfor også hos borgere, der kun modtager hjemmehjælp efter § 83. Hjemmetrænere varetager så mange rehabiliteringsforløb som muligt. De varetager altid de mere sammensatte rehabiliteringsforløb. Øvrige plejemedarbejdere varetager mere simple rehabiliteringsforløb.	Rehabiliteringsteam Øst/Vest varetager rehabiliteringsforløb for alle nye borgere og de fleste borgere, der allerede modtager hjemmepleje. Under forløbet varetager hjemmetrænere i teamet ligeledes eventuelle hjemmeplejeydelser efter § 83 hos borgeren. De tværfaglige team i hjemmeplejen varetager øvrige hjemmeplejeydelser samt rehabiliteringsforløb for borgere, der ikke bør overgå til rehabiliteringsteamet.
Mødefora	<i>Planlægningsmøder</i> mellem plejemedarbejdere og hjemmetrænere hver morgen, hvor dagens besøg koordineres. Sygeplejerske og terapeut deltager flere gange ugentligt. <i>Teammøder</i> med tre-fire ugers interval, hvor alle arbejdsopgaver og forløb i teamet gennemgås. Deltagelse af sygeplejerske og terapeut. <i>Tværfaglige koordinerende møder</i> hver 14. dag, hvor hjemmetrænere og plejemedarbejdere præsenterer udvalgte borgerforløb (både rehabiliteringsforløb og almindelige hjemmeplejeforløb) for et fast team bestående af visitator, sygeplejerske, terapeuter og hjemmeplejeleder. Derudover deltager fx demenskoordinator eller diætist efter behov.	Hjemmetrænere i rehabiliteringsteam har daglige <i>middagsmøder</i> med rehabiliteringsterapeut, sygeplejerske og teamleder. <i>Rehabiliteringsteammøder</i> hver uge for det samlede rehabiliteringsteam, hvori også indgår hjælpemiddeltherapeut, visitator, sektionsleder samt leder eller medarbejder fra aftenholdet. Derudover deltager hjemmetrænere ad hoc. I hjemmeplejesektionerne afholdes der hver 14. dag <i>tværfaglige møder</i> , hvor hjemmetrænere fra rehabiliteringsteam deltager efter behov. Udover plejemedarbejderne deltager også terapeut, sygeplejerske, visitator og sektionsledere fra henholdsvis dag- og aftensektion samt ved behov en sektionsleder fra hverdagsrehabiliteringssektionen.

4.5 Udfordringer ved organiseringen i kommunerne

De interviewede ledere i begge kommuner betoner, at det at organisere rehabilitering i hjemmeplejen kræver ekstra opmærksomhed på nogle områder.

Ifølge de interviewede ledere i Middelfart Kommune medfører organiseringen behov for opmærksomhed i forhold til givne udfordringer. Kommunen prioriterer at lade hjemmetrænere varetage rehabiliteringsforløbene, således at det så vidt muligt er hjemmetrænere og ikke de øvrige plejemedarbejdere i hjemmeplejen, der mest kommer hos borgere i forløb. Dette medfører dels behov for et ledelsesmæssigt fokus på rekruttering til hjemmetrænergruppen, således at der hele tiden er medarbejdere med de nødvendige kompetencer til træningsopgaverne.

Dels skal hjemmetrænerne også varetage almindelige plejeopgaver hos andre borgere i de perioder i løbet af arbejdsdagen, hvor de ikke har hjemmetræneropgaver hos borgere i rehabiliteringsforløb. Dette kræver jf. lederne ekstra opmærksomhed på opgaveplanlægningen, således at der ikke bliver spildtid. Prioriteringen af, at det er hjemmetrænerne, der varetager rehabiliteringsforløbene betyder også, at hjemmetrænerne ved fx sygdom også dækker rehabiliteringsforløb i andre team end deres eget.

Også i Svendborg Kommune gives der udtryk for, at det at organisere og udføre rehabiliteringsforløb i hjemmeplejen kan byde på organisatoriske udfordringer. Dette eksempelvis, fordi antallet af borgere i rehabiliteringsforløb er svingende, ligesom varigheden af forløbene svinger. Det at planlægge og styre økonomien i hjemmesektionerne kræver derfor ekstra opmærksomhed.

4.6 Opsamling

Der er både ligheder og forskelle i organiseringen af rehabilitering i hjemmeplejen i henholdsvis Svendborg og Middelfart Kommuner, som især tabel 4.1 ovenfor viser.

I Middelfart har man valgt at organisere rehabiliteringsforløbene i den organisationstype, som KORA har kaldt hjemmepleje i samarbejde med andre afdelinger, da terapeuter og sygeplejersker er organisatorisk forankrede i en anden afdeling end hjemmeplejen. I Svendborg har de en mere sammensat organisationsform, da nogle rehabiliteringsforløb foretages af tværfaglige team i hjemmeplejen i samarbejde med andre afdelinger, mens størstedelen foregår i de specialiserede rehabiliteringsteam. I Middelfart Kommune er rehabiliteringsindsatsen således en integreret del af hjemmeplejen, hvor Svendborg Kommune har valgt en primært specialiseret rehabiliteringsindsats, der dog samtidig også er integreret i den almindelige hjemmepleje, der også varetager en del rehabiliterende indsatser.

I begge kommuner har man valgt at uddanne en del af social- og sundhedshjælpere og -assistenter til såkaldte hjemmetrænerne, der modtager videreuddannelse i at arbejde rehabiliterende. Men der er forskel på, hvor mange i hver kommune der uddannes til hjemmetrænerne, og der er forskel på længden af uddannelsen.

Ligeledes er der forskel på hjemmetrænerens arbejdsopgaver. I Middelfart Kommune varetager hjemmetrænerne de mere sammensatte rehabiliteringsforløb, men de har også 'almindelige' hjemmeplejeopgaver efter § 83 hos borgere både med og uden rehabiliteringsforløb. I Svendborg Kommune har man derimod valgt, at hjemmetrænerne i rehabiliteringsteam Øst/Vest kun kommer hos borgere i rehabiliteringsforløb i teamet. Til gengæld varetager de borgerens hjemmeplejeydelser efter § 83 under rehabiliteringsforløbet, hvorefter ansvaret for borgerens hjemmepleje efter § 83 overgår til hjemmeplejesektionen, hvis borgeren ikke er blevet fuldt selvhjulpent.

I begge kommuner anvendes en række tværfaglige mødefora til at koordinere indsatserne i hjemmeplejen, herunder rehabiliteringsforløbene. Qua de specialiserede rehabiliteringsteam i Svendborg Kommune er der her to tværfaglige mødeformer, hvor fokus kun er på rehabiliteringsforløb, mens møderne i Middelfart alle både omhandler borgere i rehabiliteringsforløb og borgere med hjemmehjælp efter § 83.

5 Det paradigmatisk grundlag for rehabilitering

5.1 Indledning

Med udgangspunkt i SIMREB analysemodellen tænkes det, at rehabilitering tager afsæt i en række forskellige praktiske og teoretiske vidensfelter og diskursive forståelser, det såkaldte paradigmatisk grundlag, der ikke mindst er styrende for vores opfattelse af, hvad der udgør et socialt problem, og hvad der er den rigtige indsats for at afhjælpe problemet. I dette kapitel beskrives, hvordan dette paradigmatisk grundlag er formet, bl.a. med udgangspunkt i lovgivningen og centrale dokumenter, men også af bagvedliggende teoretiske forståelser om styring og aldring. Beskrivelsen af det paradigmatisk grundlag danner udgangspunkt for de tematiske analyser i de efterfølgende kapitler.

Vi argumenterer i kapitlet, at det paradigmatisk grundlag for rehabiliteringsindsatsen inkluderer et overordnet paradigme om rehabilitering, men rehabiliteringspolitikken og den konkrete organisering trækker ligeledes på en bredere forståelse af den gode aldring og den rette socialpolitiske indsats. Endelig er der stor overensstemmelse med de nye og dominerende tanker om en mere netværksbaseret styringsmodel, som findes i New Public Governance-styringsparadigmet, og den måde, kommunerne opfordres til at organisere og praktisere rehabilitering på.

5.2 Rehabilitering i lovgivningen

Siden 1. januar 2015 har kommunerne jf. § 83a i Lov om social service skulle tilbyde ældre med behov for pleje og omsorg et rehabiliteringsforløb, hvis det vurderes, at han eller hun kan forbedre funktionsevnen og opnå et nedsat behov for hjælp efter § 83 i Lov om social service. Alle ældre, der søger om hjælp i hjemmet, bliver dermed fremadrettet vurderet for, om der er potentiale for rehabilitering. Ældre, der allerede modtager hjemmehjælp, vil også løbende blive vurderet og evt. få omlagt hjælpen fra hjemmehjælp til et rehabiliteringsforløb. Et sådant forløb defineres som en korterevarende og tidsafgrænset, helhedsorienteret og tværfaglig indsats, som bygger på individuelle mål formuleret i et samarbejde mellem borger og fagpersoner (jf. Servicelovens § 83 a).

Rehabiliteringen retter sig således mod et ønske om at vedligeholde eller forbedre den enkeltes funktionsevne i forhold til dagligdagsaktiviteter. Indsatsen er tænkt for ældre med nedsat funktionsevne og vil for nogle borgere have et reparerende sigte i forhold til at forbedre funktionsevnen, mens det for andre borgere, såsom borgere med demens, i højere grad have et forebyggende sigte, ved at stille mod at forebygge yderligere forværring i borgerens funktionsevne i forhold til dennes livskvalitet. Funktionsevne skal forstås bredt og indeholder, jf. den internationale klassifikation af funktionsevne ICF's bio-psyko-sociale model, tre dimensioner: den kropslige (fysiske og mentale), den, der udfoldes i hjemmet (hverdagsaktivitet), samt den, der udfoldes i samspil med andre (deltagelse). Disse skal dog vurderes i sammenhæng med omgivelsesmæssige faktorer (kontekst) (Sundhedsstyrelsen, 2016). På denne måde er både individuelle og strukturelle faktorer indtænkt i den overordnede årsagssammenhæng og i de mulige løsninger.

5.3 Rehabiliteringsbegrebet og dets sigte

Bag lovgivningen ligger der en forståelse af borgers behov og mulige løsningsmodeller, der trækker på et bredere begreb om rehabilitering. Uanset målgruppe er målet med rehabilitering at give mennesker med nedsat funktionsevne et selvstændigt og meningsfuldt liv med bedst mulig funktionsevne. Rehabilitering kan jf. Marselisborg Centrets Hvidbog om rehabilitering defineres som '... en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats' (Johansen m.fl., 2004).

De gældende faglige og professionsorienterede teorier, forståelser og værdigrundlag, der ligger til grund for rehabilitering, og som også ligger bag den kommunale indsats for ældre borgere, trækker således på en samlet forståelse omkring tværfaglighed, målorientering, borgerinddragelse, helhedsorientering og intensiv indsats.

5.4 Aldringsparadigme

Rehabilitering trækker værdimæssigt på en forestilling om alderdommen, som i langt højere grad end tidligere er fokuseret på et fortsat engagement og mulighed for at ændre sig, også i senlivet. Tidligere forestillinger om aldring har i højere grad kredset om tilbagetrækning og tab som et væsentligt element i alderdommen, hvad end det gælder arbejdsmarked, funktionsevne eller sociale relationer. 'Disengagement-teorien', som den oprindeligt blev formuleret af Cumming og Henry (1961), så det dermed som en naturlighed, at alderdommen betød en universel og uundgåelig tilbagetrækning, som berørte alle individer, uanset køn, race og kultur. I overensstemmelse med dette er der fra samfundets side færre muligheder for engagement. Ét eksempel på dette er, at man fra samfundet side tilbyder – og forventer – en tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet, når man når en vis alder. Som den seneste pensionsreform fra 2006 viser, er pensionsalderen i dag dog på ingen måde en statisk størrelse, hvilket fx betyder, at årgangen, der er født i 1970, først vil kunne gå på pension som 70-årige. At den ældre trækker sig fra tidligere positioner og roller muliggør jf. teorien også en omfordeling af magt, der tilgodeser de yngre generationer, og således tillader en nødvendig omfordeling. Og man har en forventning om, at alderdommen er forbundet med at være svag, syg og afhængig af hjælp fra andre.

Paradigmer har det med at indlejre sig i vores tankegods og kan være svære at lægge fra sig igen og bryde med. Ofte ses i stedet, hvad man kan kalde paradigmatisk kompleksitet, hvor man fortsat trækker på gamle 'sandheder'. Det gælder ikke mindst forestillingen om disengagement, som stadig kan genfindes i tale og tanker om aldring (Thuesen, 2016). Men i dag ville et sådant syn på aldring kunne beskyldes for at fremstå generaliserende og diskriminerende. Gængse forestillinger om aldring er med nutidens briller i langt højere grad styret af den mere positive forestilling om den aktive aldring. Den såkaldte aktivitetsteori tilbyder det teoretiske grundlag for et sådant perspektiv. Her bliver det argumenteret, at ældre mennesker skal forholde sig til aldersbetingede ændringer og finde erstatninger for tab af tidligere roller (Havighurst, 1963). Hypotesen er, at fortsat aktivitet og engagement bidrager til højere livskvalitet samt længere levetid. Dette teoretiske perspektiv understøtter dermed, at man i alderdommen fortsætter med at være involveret i regelmæssige aktiviteter, roller og sociale relationer. På trods af, at kritiske røster har argumenteret, at dette aldringssyn er idealistisk i og med, at det baserer sig på aktivitetsniveauer, der er mere udbredte blandt yngre ældre (Walker, 2002), er denne teori ikke desto mindre forblevet én af de mest indflydelsesrige. På samme måde har

teorien om 'succesfuld aldring', som formuleret af Rowe og Kahn (1997), fået stor indflydelse. Ligesom aktivitetsteori, peger teorien om succesfuld aldring på det fortsatte engagement som én af de tre fundamentale søjler for at opnå en vellykket aldring, i kombination med en lav grad af handicap og sygdom, og høj fysisk og kognitiv funktionel kapacitet. Disse to teorier udgør fundamentet for vores forståelse af den gode aldring også i dag, og ikke mindst for indførelsen af rehabilitering.

5.5 Alders- og socialpolitiske spor

Rehabilitering skriver sig også ind i et overordnet og internationalt socialpolitisk spor, hvor der er fokus på forandring og ændring ved hjælp af aktivering og fx målorienterede handleplaner, og som i Danmark har været markant i fx arbejdsmarkedspolitikken (Torfing, 2003; Bach, 2002; Mik-Meyer, 2004). Men der går også en lige linje fra diskursen om aktivering til de forskellige alderspolitiske tiltag, der er blevet lanceret. Biggs (2001, 2004) argumenterer således, at aldringspolitikken siden 1990'erne har været domineret af to fortællinger om aktiv aldring, den ene med fokus på sundhed og livskvalitet, og den anden med fokus på fortsat produktion. Diskursen om fortsat at være produktiv har fx resulteret i et nyt fokus på at forlænge arbejdslivet (fx Moolaert og Biggs, 2012), men også i, at man gør brug af de mange ressourcer, som den ældre befolkning har, fx gennem opfordring til at involvere sig i frivilligt arbejde. Begge genfindes i praktiseringen af rehabiliteringspolitikken og vil blive nærmere udforsket i denne rapport.

I Danmark begyndte vi dog allerede med ændringen af Bistandsloven i 1974 at se aktivering som det bærende socialpolitiske princip. På ældreområdet betød det overordnet et skift fra et biologisk syn på aldring, hvor funktionsnedsættelse blev betragtes som en irreversibel proces i aldring, til et mere social-psykologisk aldringssyn, som i højere grad så på eksisterende ressourcer og muligheder. Dette forudsatte nye roller for både de ældre og medarbejderne; sidstnævnte fik med tidligere socialminister Bent Rold Andersens ord en ny og væsentlig rolle i forhold til hjælp-til-selv-hjælp-strategien: "Med dette udgangspunkt bliver det medarbejdernes vigtigste opgave at frigøre det gamle menneskes ressourcer og fjerne hindringerne for, at hun kan bruge dem" (Andersen, 2004, s. 59). Borgeren selv forventedes at holde sig i gang og tage del i udførelsen af funktioner og fortsat indgå i sociale roller. Konklusionerne fra den senere Ældrekommission fra 1980-1982 understregede omstilling til den nye ældrepolitik, som skulle basere sig på "selvbestemmelse, kontinuitet og brug af egne ressourcer".

5.6 Kvalitetsmarkører i den gode pleje

Dette skift kom i høj grad til at præge forestillingen om kvalitet i plejen, som i langt højere grad end tidligere fokuseres på at muliggøre, at den ældre borger så vidt muligt bevarer, men også udvikler sine ressourcer. Den gode hjælp handler derved om at *facilitere selv-til-selv-hjælp*. Frem til indførelsen af rehabilitering var der dog udover facilitering også andre væsentlige – og også nogle gange modsatrettede – kvalitetsmarkører, der prægede udviklingen af ældreplejen, og som tager tydeligt afsæt i den daværende Ældrekommissions værdier om selvbestemmelse og kontinuitet (Rostgaard, 2007).

Én yderligere kvalitetsmarkør handler om *autonomi*, som især understreges af indførelsen af det frie valg af leverandør i hjemmeplejen og fleksibel hjemmehjælp. En anden er *lige ret til hjælp* som understøttedes af fx aftaleskemaer, Fælles sprog, kliniske retningslinjer og kvalitetsstandarder. Dette medførte dog en vis standardisering og ensartethed, som igen gjorde det nødvendigt at iværksætte initiativer, der i højere grad tilgodeså den individualiserede tilgang.

En yderligere kvalitetsmarkør er derfor *differentiering*, hvor man fx i organiseringen af plejen og omsorgen forsøger at indtænke den ældres individuelle livshistorier og værdier i planlægningen og udførelsen af plejen. Her er det ikke mindst vigtigt at sikre, at det mere eller mindre er den samme medarbejder, der kommer hos den ældre, og derved opnår det nødvendige kendskab til borgerens hverdagsliv.

Vigtigheden af kontinuitet kan dog ses i mere bred forstand i den sidste kvalitetsmarkør, *normalisering*. Her lægges der vægt på, at borgeren så vidt muligt skal kunne leve sit liv som før, på trods af et stigende behov for pleje og omsorg. Hjælpen skal organiseres, så den ikke forstyrrer for meget og skal understøtte den fortsatte deltagelse, fx i sociale sammenhænge. Et mere konkret eksempel er omlægningen fra plejehjem til plejebolig og beslutningen om at ældre i plejebolig på lige fod med andre ældre skal betale husleje, og ikke nøjes med at få udbetalt lommepege til mindre fornødenheder, og at de ved hjælp af en servicepakke skal have mulighed for selv at styre, hvilke ydelser de vil gøre brug af (Rostgaard, 2007).

Rehabilitering trækker på adskillige af disse kvalitetsmarkører, men det er selvklart især facilitering, der er i højsædet nu. Det skaber en større retningsorienteret fokus og gør det dermed i princippet nemmere for ledere såvel som medarbejdere at styre mellem, hvad der ellers tidligere var mere simultane kvalitetsmarkører, og som derfor fordrede, at man skulle levere en indsats, der i højere grad tilgodeså de forskellige kvalitetsmarkører på én og samme tid (Rostgaard, 2007). Det skabte visse paradokser, for hvordan sikrer man fx autonomi, og at den ældre har et vist råderum, samtidig med, at man sikrer lige ret, og at indsatsen derved ikke nødvendigvis er forskellig ældre imellem? Ikke desto mindre er der også andre af kvalitetsmarkørerne, der udgør det værdimæssige grundlag for rehabiliteringspolitikken. Det gælder idealet om, at den gode hjælp bidrager til normalisering, som fx ses i tanken om, at rehabilitering skal understøtte borgerens fortsatte deltagelse, ikke mindst i forhold til sociale relationer. Men også autonomi, der stadig har indflydelse på forestillingen om den gode pleje, og som delvist kommer til udtryk i rehabilitering i ønsket om målorientering baseret på borgerinddragelse. Den rehabiliterende indsats skal således tage udgangspunkt i en identifikation af, hvad der er borgerens individuelle mål, og på baggrund af en forhandling med medarbejderne, udmønte sig i en række konkrete og såvel kort- som langsigtede mål for rehabiliteringsindsatsen (Sundhedsstyrelsen 2016). Den konkrete udmøntning af indsatsmålene er således tænkt at skulle foregå i tæt dialog med medarbejderne og på baggrund af inddragelse af borgeren.

5.7 Et nyt styringsregime

Lige netop her afspejler rehabiliteringspolitikken også nye tanker om styring, der kan ses som behovet for en overordnet bevægelse fra New Public Management (NPM) til New Public Governance (NPG) (Osborne, 1997; Sørensen og Torfing, 2015). Om end det kan diskuteres, om NPG rent faktisk er blevet implementeret i samme omfang, som det har fået opmærksomhed, har det ikke desto mindre resulteret i en række nye styringsmæssige fokuspunkter, som går igen i den måde, man bl.a. fra Sundhedsstyrelsen (2016) opfordrer kommuner til at organisere og praktisere rehabilitering på. Og de nye tanker om styring kommer derved også til at udgøre en del af det paradigmatisk udgangspunkt for rehabiliteringen.

Overordnede begreber som borgerinddragelse, samproduktion, opgør med silotænkning og større tillid til medarbejderen med vægt på fagligheden er således dominerende i debatten om omstillingen af den offentlige serviceproduktion – og spiller ind på den måde, man har organiseret rehabilitering. Fx tænkes der i begrebet samproduktion, at man med et tættere samarbejde med borgeren, og ikke mindst ved at trække på dennes ekspertise, kan forbedre den offentlige service. Det skulle gerne bevirke, at man i serviceproduktionen bliver mere lydør

over for borgerens ønsker, og at serviceydelserne bliver mere differentierede – hvilket igen skulle sikre mere innovative ydelser og forhåbentlig også reducerede omkostninger ved serviceproduktion. Kvalitet ses ikke kun i forhold til slutresultatet, men skal også vurderes i forhold til inddragelsesproces, hvor borgeren således er en væsentlig deltager (Prahalad og Ramaswamy, 2004). Som det problematiseres i flere danske udgivelser, er netop borgerinddragelse dog en vanskelig øvelse i praksis (Knudsen og Højlund, 2010; Thuesen, 2016).

Det skaber naturligvis en ny rollefordeling mellem borger og medarbejder, at borgeren – i hvert fald principielt – indtræder i en så central rolle, og dermed også en ny magtbalance. Harris og Boyle (2009) argumenterer således, at det kan udgøre en udfordring for den professionelle autonomi, at medarbejderen skal supplere – eller ligefrem basere – sit faglige skøn på borgerens vurdering af problem og løsningsmodel. Det skaber, som vi netop undersøger nærmere i rapporten, nye forventninger til roller og relationer. Både mellem borger og medarbejder, men især også mellem medarbejdere, som er mere eller mindre tætte på borgeren i det daglige.

Omvendt ligger der værdimæssigt i det nye styringsregime også en opfordring til at udvise større tillid til medarbejdernes faglighed og kunnen. Til forskel fra en general mistillid til de professionelle medarbejdere, som var et dominerende element i NPM, baserer NPG sig på tillidsrelationer. Det betyder, at kontrol og dokumentation burde fylde mindre, men det er dog på ingen måde aflyst, og suppleres med faglig frihed og ansvar for medarbejderen (Le Grand 1997). Der lægges også op til, at lederen får en ny rolle, som i mindre grad handler om at være kontrollant, og i højere grad om at guide og lede. Her er en parallel til, at man i rehabilitering i højere grad lader de såkaldte hjemmetrænere, som arbejder specifikt med rehabilitering, sætte rammer for indsatsen sammen med borgeren i højere grad. Fra et 'minut-tyranni', hvor fokus er på at kontrollere og dokumentere de anvendte minutter, er man med rehabilitering i princippet vendt tilbage til, at indsatsen i højere grad aftales og udvikles i fællesskab af medarbejder og borger i tillid til, at begge har den rette fokus på selvhjulpethed.

Rehabiliteringsindsatsen skal være målorienteret og dette forudsætter, at indsatsen afspejler borgernes ønske og dermed, hvad der giver mening for denne. Dette kan medvirke til at sikre, at medarbejdere og borgere arbejder hen mod et fælles mål. Indsatsen bliver på den måde også mere resultatorienteret. Det anbefales således i Håndbogen om rehabilitering at anvende SMART-mål for at kunne arbejde med målene som et styringsredskab, og dermed følge op på, om målet er både specifikt, målbart, accepteret, realistisk og accepteret, så man både kan sikre, at der er opbakning om målet, og følge på, om målet indfries (Sundhedsstyrelsen, 2016). Rehabilitering trækker ved denne resultatorientering på, hvad man faktisk anbefaler i NPG-litteraturen – at fortsat videreføre nogle af de traditionelle styringsredskaber fra NPM om dokumentation for derved at kunne vurdere, om indsatsen har den intendede virkning. Indførelsen af rehabilitering aflyser på ingen måde andre af de mere standardiserede og NPM-inspirerede tiltag, som igennem tiderne er blevet indført i ældreplejen for at sikre bedre styring og mere ensartede procedurer og indsatser, såsom Fælles Sprog og kvalitetsstandarder (Rostgaard, 2015).

Endelig forudsættes det også i NPG, at den bedste opgaveløsning på de ofte meget komplekse problemer findes ved at arbejde sammen, på tværs af sektorer og på tværs af fagligheder. Igen genfindes disse elementer i den tværfaglige tilgang i rehabilitering, som i høj grad baserer sig på samarbejdet mellem forskellige faggrupper, men også forskellige sektorer. Det sidste er er blevet aktuelt ikke mindst med Kommunalreformen i 2007 og indførelse af sundhedsaftalerne.

5.8 Opsamling

Rehabilitering trækker således på en række forskellige paradigmer og diskurser. Der ligger først og fremmest i den brede tanke om rehabilitering, at det er muligt at arbejde med funktionsevneforbedring og -vedligeholdelse. Ikke mindst gennem en indsats, der er kortvarig, tidsafgrænset og målorienteret, og som baserer sig på tværfagligt samarbejde. Opfattelsen af funktionsevne tager udgangspunkt i både individuelle og strukturelle faktorer i årsagssammenhæng og i mulige løsninger.

Værdimæssigt trækker rehabilitering på et aldersparadigme om aktiv aldring, hvor fortsat aktivitet, engagement og udvikling står i centrum. Rehabilitering lægger sig også i et alders- og socialpolitisk spor, hvor aktivering og målorienterede handleplaner er en vigtig del af indsatsen – og som ikke mindst tager afsæt i borgerens ressourcer. I forhold til rehabilitering sker der her en videreførelse af princippet om hjælp-til-selvhelp, som under rehabilitering er blevet yderligere accentueret. Hvor der tidligere var en række ligestillede kvalitetsmarkører, er det i dag især kvalitetsmarkøren 'facilitering', der står i centrum for opfattelsen af den gode pleje. Det sikrer i praksis i hverdagen en langt større værdimæssig fokus, der muligvis gør det nemmere for medarbejderne at arbejde efter fælles mål end tidligere.

Rehabilitering falder også fint i tråd med de nye og gradvist mere dominerende tanker om den rette måde at styre og lede på. Måden hvorpå kommunerne opfordres til at organisere og give incitamenter på i rehabilitering er således i god overensstemmelse med, hvad der anbefales i New Public Governance-litteraturen: Borgerinddragelse, samproduktion, opgør med silotænkning og større tillid til medarbejderen med vægt på fagligheden genfindes alle i den måde, rehabilitering tænkes at skulle organiseres og praktiseres på.

6 Problemforståelse i rehabiliteringspraksissen

Paradigmerne er således med til at sætte den overordnede problemforståelse og er dermed bestemmende for, hvad der udgør sociale såvel som socialpolitiske og styringsmæssige problemer. Spørgsmålet er så, hvilken konkret problemforståelse, som ligger bag indførelsen af rehabiliteringen og i forståelse af den rehabiliterende tilgang, som den organiseres og praktiseres i de to deltagende kommuner? Hvordan trækker denne problemforståelse på det bagvedliggende paradigme? Og hvordan matcher den borgerens forståelse af, hvad deres problem består i, og dermed, hvordan den gode hjælp ser ud?

Ved hjælp af interview med borgere, medarbejdere og ledere og observationer af udførelse af rehabilitering ser kapitlet på, hvordan rehabilitering tænkes at være løsningen for forskellige problemer, og hvordan det formidles gennem praksis. Her trækkes således på projektets empiri men også på foregående kapitels analyse af paradigmer, da det, jf. SIMREB-analysemodellen, tænkes at influere på den måde, problemforståelsen generes. Der trækkes derfor også på perspektiver fra borgernes hverdagsliv i forståelsen af, hvordan netop dette hverdagsliv medvirker til at skabe borgerens opfattelse af problem. Samlet set giver dette et indblik i mødet mellem forskellige medarbejdergrupper og borgeres problemforståelser og løsningsmodeller - og ikke mindst hvilke dilemmaer, der opstår i dette møde.

Overordnet skriver rehabilitering sig ind i forståelsen af problemer og løsninger, som de optræder på baggrund af det paradigmatisk grundlag. Her ses især, at rehabilitering fremstår som en plausibel afløsning for en afhængigheds- og servicekultur, som nok blev problematiseret men var mere legitim tidligere. Rehabilitering skaber som løsning fx et større fokus på aktiv aldring og livskvalitet, men der er også udfordringer i forhold til, hvor langt op i alderen man kan 'kræve' af borgeren at lade sig rehabiliteres, og om der egentlig er ret til hjemmehjælp, uden man skal stille sig til rådighed for rehabilitering. Kapitlet ser også på, hvem der anses for at være i målgruppen for rehabilitering som ny løsningsmodel.

6.1 Afhængigheds- og servicekultur

Rehabilitering tænkes ikke mindst som afløsning af en afhængighedskultur, som den tidligere måde at levere hjemmehjælp på, blev kritiseret for at understøtte. Fik man først tildelt permanent hjemmehjælp, blev det ikke nødvendigvis efterfølgende italesat om borgeren fortsat havde behov for at få hjælp. Men også måden at yde hjælp på fremmede ikke borgerens eget initiativ eller ønske om at blive selvhjulp, da borgeren ikke blev trænet i igen at opnå selvhjulp i at udføre hverdagsopgaverne. På trods af, at man i mange år i hjemmeplejen havde arbejdet med hjælp-til-selvhjælp, blev det ingen udbredt kultur hos hverken borger eller medarbejdere. Louise fortæller fx om en borger, som satte sig afventende på at blive serviceret, for det var det serviceniveau, hun var vant til: 'Der var den her kvinde, som jeg faktisk havde haft meget [at gøre med]. Hende fik jeg så den dag også, hvor hun bare satte sig sådan her [viser med armene over kors]. Louises kommentar var yderst kontant: 'Så sagde jeg sådan, "hvad så?'. Så siger hun sådan, "Jamen, jeg skal da vaskes?", og så siger jeg sådan, "ja, jamen du har da også to hænder og en klud!". "Ej, men det plejer jeg jo ikke?", "Nej, men det gør du så nu." Hvad kan man sige, ik'?' (Louise, SOSU-hjælper og hjemmetræner, Svendborg).

6.2 Aktiv aldring

Den rehabiliterende tilgang understøtter også på bedste vis forestillingen om det fortsatte engagement og udvikling og dermed paradigmet om aktiv aldring. Det ses i medarbejdernes tilgang til borgeren, at man skal holde sig i gang, også i senlivet: 'Jeg synes, det er en fordel for borgeren. Det synes jeg helt klart, fordi at, vi ved jo, at det er ikke godt at sidde stille, man skal bruge sine muskler. Man skal bruge sin hjerne, man skal... ja, aktiveres'. (Linda, sygehjælper og hjemmetræner, Middelfart).

Under besøget hos borgeren Verner, opfordrer Linda ham fx til at komme ud af sengen og ikke ligge dér hele dagen, selvom hun også er bevidst om, at det ikke for Verner udgør et problem. På den måde forsøger hun at påvirke Verners opfattelse af, hvad det gode hverdagsliv er for ham:

Linda: 'Det er godt at komme op og komme i gang. Altså fra morgenstunden'.

Interviewer: 'Ja. Så synes han, det er et problem, at han ligger i sengen, eller?'.

Linda: 'Nej, det tror jeg ikke. Nej, nej nej'.

Og hun udfordrer løbende Verner i hans valg og opfordrer ham implicit til at ændre adfærd:

Linda: 'Når, nu vi går, hvad laver du så?'.

Verner: 'Ja, så skal jeg jo til at se fjernsyn'.

Linda: 'Så skal du til at se fjernsyn, ja. Henne fra lænestolen af?'.

Verner: 'Nej nej. Så lægger jeg mig i seng'.

Linda: 'Så lægger du dig i sengen, ja. Hvordan kan det være, at du gør det?'.

Verner: 'Det er, fordi den er bedst'.

Linda: 'Der ligger du bedst? Ja'.

6.3 Livskvalitetsfokus

Lindas tilgang til Verner bærer præg af, at der i hendes optik er mere livskvalitet for ham, hvis hun får ham ud af den seng. Og netop muligheden for at øge livskvaliteten fremhæves i mange interview som en af fordelene ved rehabilitering. Livskvalitet tolkes bredt som en øget selvhjulpethed, så borger ikke længere er afhængig af hjælpen, og igen er 'herre i eget hus'. Men også som, at borgerne kan gøre de ting, som er vigtige for dem selv:

'De bløde værdier er også kommet i fokus nu, det der ikke har kunnet være målbart før, livskvalitet. Vi kan støtte op omkring, at folk de kan komme ud af huset igen, eller at folk kan begynde at lave deres egen mad selv, eller, hvis de har været glade for og lakere negle, kan vi begynde måske at støtte op omkring det, så de kan komme til det igen. Livskvalitet er lig med livsglæde og at være en del af livet igen, at blive herre i eget hus igen' (Anja, SOSU-hjælper og hjemmetræner, Svendborg).

6.4 Socialt fokus

Som beskrevet i paradigmekapitlet er en væsentlig del af det gode liv jf. aktiv aldring at kunne opretholde sociale kontakter, og her kan rehabilitering bidrage ved hjælp af det helhedsperspektiv, der nu er introduceret som et væsentligt element. Skiftet til rehabilitering kan dermed sikre, at det ikke kun handler om, at borgeren kan udføre dagligdagsopgaverne, men netop også om, hvordan borgeren ellers fungerer. Som Ulla, rehabiliteringsterapeut i Svendborg, forklarer, er det gængs at spørge ind til: "Jamen, hvordan synes du, at du klarer dig, og hvad er dine problematikker?". Nå, men lige badet er sådan en konkret ting at tage fat i, men hvor du også fornemmer, at der er måske også noget omkring sociale kontakter, men hvor tidligere der var det ikke sikkert... '.

Anja (SOSU-hjælper og hjemmetræner, Svendborg): 'Der havde man koncentreret sig om, du skal i bad, slut, færdig, farvel igen!'

Ulla: 'Og det gør måske, ja både får noget højere livskvalitet men... ja, egentlig klarer sig selv bedre i længere tid på grund af den sociale kontakt, hvor man måske tidligere ikke havde nået at opdage det, men som kommer til at betyde noget for hende'.

6.5 Borgerinddragelse

Med den rehabiliterende tilgang er banen kridtet op til at kunne inkorporere den generelle efterspørgsel på mere borgerinddragelse, som præger den offentlige politik og styring, som beskrevet i foregående kapitel. Det sker bl.a., ved at rehabiliteringsindsatsen skal baseres på borgernes egne mål. Det anerkendes blandt medarbejderne, at det er en vigtig ændring, som burde sikre, at borgeren kommer i centrum for indsatsen, og det fornemmes i tilgangen blandt flere af medarbejderne, at man er blevet mere opmærksom på, hvad der er borgernes egne ønsker.

Borgerinddragelse er, som også mange andre undersøgelser har vist⁴, dog en svær øvelse, og det kan være vanskeligt helt at definere, hvad det betyder, og hvordan man forholder sig til det og konkretiserer det i daglig praksis, også i forhold til rehabilitering. Det skabte bl.a. denne refleksion i interviewet med visitatoren Line og rehabiliteringsterapeuten Ulla, hvor det indledende fremhæves, at borgerinddragelse for dem især handler om, at borgeren inviteres ind i samtalen og spørges om, hvad de ønsker af hjælp:

Interviewer: 'Hvad tænker I, hvad er inddragelse? Altså, én ting er, at [borger] giver information om sig selv, men inddragelse betyder det fx også, at han kan komme med løsningsforslag eller sige nej tak, eller hvor er vi henne i spektrummet af inddragelse, hvad er det egentlig?'

Line: 'Jeg tænker meget sådan, at når Ulla er med ude, så er jeg ligesom den, der informerer, og så får jeg nogen informationer ud af ham og... hvor Ulla sådan tager over og fortæller lidt mere. Som regel synes jeg, når vi inviterer dem ind og siger, "hvordan kunne du forestille [dig]"... altså inddragelse, han var også meget god til selv at sige, hvad han ønskede. Og ellers så er det jo det, jeg spørger ind til, "jamen hvad er det, du ønsker hjælp til", så det er jo så selvfølgelig en form for inddragelse, og så er det jo så, jeg melder tilbage, hvad det er, vi så har af muligheder på hylderne'.

⁴ Se kapitel 1 Indledning.

Ulla: 'Jeg synes, det er super godt du stiller de spørgsmål, fordi så tænker man da hvorfor man ikke lige fik spurgt om de spørgsmål og fik man ham nu involveret, ligesom man tænker man fik ham inddraget, så det er super godt at få stillet de spørgsmål'.

Line: 'Det er meget sjovt at få de her spørgsmål, det sætter virkelig sådan spotlight på det. Jeg tænker i hvert fald det der med, altså har vi borgerinddragelse nok?'.

6.6 De 'tunge' vs. de 'lette' og lidt 'lækre' borgere

Rehabiliteringstilgangen forudsætter dog, at borgeren kan se ideen og er med på at arbejde hen mod selvhjulpenhed, og her bliver det nogle gange svært. Der er dermed borgere, der bliver mindre attraktive for medarbejderen, fordi de enten har mere komplekse problemer, eller fordi de ikke er tilstrækkeligt motiverede. Christina, SOSU-hjælper, Middelfart, ser det klart som en fordel i stedet at komme hos en mere 'let' borger, der med hendes ord, er 'lækre' at arbejde med, fordi de er afklarede med hensyn til, hvad de vil, og ikke mindst, fordi de selv er indstillede på rehabilitering helt fra start af. Dilemmaet er så også, at de er så kort tid hos hende, fordi de hurtigt opnår at blive selvhjulpne. Med andre ord er det netop denne type borger, som Christina finder det især berigende at arbejde med, men de udgør langt fra størstedelen af hendes borgere:

Christina: 'Mange af dem, vi får ind i hverdagsrehabiliteringen... det er jo dem, vi får ind i fjorten dage. Så kan de jo ikke få os ud hurtigt nok. Og det er jo ikke tungt. Det er jo... Det er jo dem, vi elsker at komme ved. Det er de der, der har en motivation, der ligger helt oppe under... Og jeg skal bare ud med hunden igen, og jeg skal bare... Ikke? Altså, de er jo rigtig lækre at komme ved. Men de er bare så hurtigt ude igen, ikke?'.

6.7 Selvhjulpenhed i rengøring vs. personlig pleje

Og det kan især være vanskeligt at motivere borgeren til at træne i at opnå selvhjulpenhed i rengøring. Det er en opgave, som til forskel fra personlig pleje kan varetages, når der er tid, og man er som borger derfor ikke lige så afhængig af hjælpen på bestemte tidspunkter. Motivationen til at blive selvhjulpne i personlig pleje kan derfor umiddelbart synes mere attraktiv, for så skal man ikke vente på, at der kommer nogen og hjælper en. Rengøring er nok også for de fleste en opgave, der opfattes som mindre meningsgivende end selv at kunne gå i bad, på toilettet etc. Det er derfor vanskeligt at appellere til større livskvalitet i forhold til at træne rengøringsopgaverne. Som Lotte, visitator i Middelfart, siger: 'Det er der rigtig mange, der ikke synes er nogen særligt god ide'.

Og forskellen på borgers indstilling til at arbejde rehabiliterende i rengøring i forhold til personlig pleje kommer op i mange interview. Som Merete, myndighedschef i Svendborg, siger, er der en større accept generelt af at lade andre stå for denne opgave, end der nødvendigvis ville være i forhold til hjælp til personlig pleje: 'I forhold til rengøring, kan man sige, det er meget populært at udlicitere det. Det er virkelig der, vores gode argumenter skal ind. Jo tættere vi er på kroppen, jo nemmere er det'.

6.8 Kønnen indsats?

Rehabilitering som problemløsning problematiseres til gengæld ikke i forhold til køn. Hvad enten man er mand eller kvinde, tænkes rehabilitering som en brugbar løsning. Der skal dog

tages forbehold for, at borgerens interesser og mål nok er kønnede, ligesom borgernes argumenter for/imod rehabilitering kan være det. Og ikke mindst i forhold til rengøring og madlavning, hvor medarbejderne møder 'kønnede' argumenter fra borgeren:

Ulla: 'Der kan i hvert fald godt være nogle mænd, lidt som siger, som synes, at hvis man skal gøre rent, så har man ikke overskud til det andet, man også gerne vil, så på den måde kan det være lidt [svært]'. (Ulla, rehabiliteringsterapeut, Svendborg)

Men man forsøger også at tackle traditionelle kønnede opgavefordelinger, fx hvis det handler om at udfordre en kvindelig borger på hendes opfattelse af, hvad hendes mand kan stå for i hjemmet: 'Vi har oplevet, at vi har kommet ved nogen, hvor manden siger "jamen, jeg vil da gerne støvsuge og vaske gulv", hvor konen så siger "det kan han ikke, det har han aldrig gjort" ... så det er et eller andet med at lære hans kone, at "din mand kan faktisk godt."' (Anja, SOSU-hjælper og hjemmetræner, Svendborg)

En anden kønsproblematik er, om en kvindelig medarbejder i lige høj grad som en mandlig kan motivere og give det skub, der af mange medarbejdere fremhæves som nødvendigt. Er det en bedre løsningsmodel at have en medarbejder, der kan appellere til kønnede motivationsfaktorer, fordi man deler køn med borgeren? I Verners tilfælde taler vi om, at en mandlig medarbejder måske i højere grad ville kunne sætte sig ind i hans interesse for billard, og at sektoren i det hele taget kunne drage nytte af større mangfoldighed i forhold til køn. Som Pernille, SOSU-assistent, der nu hjælper Verner i Middelfart med kompenserende hjemmehjælp, siger:

'Jeg tror helt sikkert, det vil gavne det hele, hvis vi var flere mænd, så man kunne sætte dem på, hvis vi nu kunne mærke på Verner, at det er sgu mandehørm eller et eller andet. At man så kunne sende en mand derop... Det kan da godt være, hvis jeg siger, du skal ned og spille billard, "hold da op, hun ved slet ikke hvad hun snakker om".'

Og Linda, sygehjælper og tidligere hjemmetræner hos Verner, supplerer, 'Det kunne godt være, at der var lidt mere i forhold til Verner og hans billard der, hvis der nu kom en mand, som rent faktisk vidste noget om billard, og han havde sådan en rollemodel og se op til, fremfor at nu kommer der sådan en lille husmortype der'.

6.9 Aldersautomatik

Som det dog i andre samtaler fremhæves, kan det dog også være en kombination af køn- og aldersproblematik, der er afgørende for, om man opfordrer mændene til at lære sig nye færdigheder. Anja mener, at kombinationen høj alder og mand ville bevirke, at man i mindre grad fx ville opfordre borgeren til at blive selvhjulpne i forhold til fx madlavning: 'Jeg tror også, nu ved jeg ikke hvor højt oppe i alderen, vi snakker, men jeg tror også, vi er tilbøjelige til at sige [til en mand], "nå, men du har ikke lært at lave mad, du kan få mad udefra", måske' (Anja, SOSU-hjælper og hjemmetræner, Svendborg).

Netop fremhævelsen af alder er ofte oppe og vende i interviewene, både med borgere og medarbejdere. Er det både realistisk og acceptabelt at udfordre borgerne på deres færdigheder i hverdagsaktiviteter og kræve, at de skal blive selvhjulpne, når de når en høj alder?

Som det dog fremhæves, har rehabilitering bidraget til, at man mere legitimt i dag kan argumentere over for borger, at alder her ingen betydning behøver at have:

'Vi havde sådan et lille eksempel forleden, hvor vi havde en mand der ringede, han sagde han var 94 år, så han havde været med i 2. verdenskrig, så han skulle bare have hjemmehjælp, fordi han havde været med i 2. verdenskrig. Altså. Det er jo svært at argumentere, så skal du

jo igennem hele fortællingen om, jamen nu skal du have hverdagsrehabilitering, for du skal lære at klare dig selv. "Jamen det kan jeg jo ikke, jeg er 94 år". Så måden at snakke med borgeren omkring, hvad er det, du skal, den har ændret sig. Før det, der var det, "ja, værsgo, her har du nogen, der kan komme til dig" (Heidi, leder af visitatorer, Middelfart)

Borgerne har dog ikke nødvendigvis helt samme holdning. Bl.a. Karl, der afviste et rehabiliteringsforløb, trækker alderskortet og dét, han vel i bund og grund anser som en disrespektfuld tilgang over for ham fra visitatorens side: 'Altså, jeg blev skuffet over, at kommunen sender nogle mennesker ud til nogen, der er 80 år, for at lære dem at gøre rent. Sådan noget fis'. (Karl, borger, Svendborg) Også borgeren Anni henviser til alder og i kombination med det, det faktum, at hun ikke tidligere har modtaget hjælp, der således fremhæves som et yderligere argument for, at hun har ret til hjælp: 'Men altså, jeg synes også jeg godt... jeg godt kunne prøve at få en lille smule hjælp her, jeg har jo aldrig fået noget hjælp, og jeg er snart 83, ikke? Jeg er jo ikke så ny mere'. (Anni, borger, Middelfart)

Mette, SOSU-hjælper og hjemmetræner i Middelfart, benytter også alder som grænsesætning for, hvor længe man kan forvente, at en borger skal kunne trænes i hverdagsaktiviteter. I hvert fald oplevede hun med en bestemt borger, at denne var i en alder, hvor man i Mettes optik ikke længere kunne tilbyde rehabilitering. Her var visitator dog af en anden opfattelse og Mette måtte alliere sig med ergoterapeuten for at få ændret visitationen: 'Og det måtte vi jo også sammen med hende Marianne... som er vores ergo. Da vi havde hende der på 102 [år gammel], der måtte hun jo også skrive [til visitator]: "Hvad er det, I tænker på?". Det er jo slet ikke okay'.

Christina, der som SOSU-hjælper udfører både rehabiliterende opgaver og almindelig hjemme-hjælp i Middelfart, er også tilbøjelig til at tage udgangspunkt i borgerens alder, men det, fordi hun mener, at man med alderen bedre kan acceptere at blive afhængig af hjælp:

Christina: 'Det vil altid være forskelligt, fordi vores borgere er forskellige, alderen er forskellig. En på 65 kan du jo tillade dig at puffe lidt mere til, end hvis du er 95. Det er klart, at hvis du er 65, vil jeg presse mere på... Jamen, det vil jeg, fordi det har noget med alderen at gøre. Fordi jeg synes, at det er dybt tragisk, hvis man som 65-årig ikke kommer i gang igen, men det er måske mere acceptabelt, at man som 95-årig... Altså når jeg siger presset, så er det skubbe blidt og opmuntre. Der er forskel på at være 65 og 95'.

Interviewer: 'Mener du for dig eller samfundet eller borgeren?'.

Christina: 'Nææh, altså når vi snakker om det her, så snakker vi kun om borgeren. Det er borgerens værdighed. Det har noget med værdighed at gøre. Og livskvalitet, det er det, det handler om. Det er jo ikke min... Men jeg vil skubbe anderledes og på en anden måde'.

6.10 Krav på hjælp

Ligeså vel som alder kan trækkes frem for at legitimere behovet for en anden indsats end rehabilitering, er et fast argument imod rehabilitering at man som borger har krav på hjælp. Medarbejderne møder gerne denne opfattelse hos borger, og det skaber et dilemma for medarbejderne, når de over for borgeren skal fremhæve rehabilitering som en god løsning: 'Der er da også dem der, der bliver på tværs og siger, at det kan ikke passe, nu har jeg betalt skat i så og så mange år, at jeg ikke bare kan få den hjælp dér'. (Karen, SOSU-hjælper, Svendborg) Og borgeren Karl er helt enig:

'Jeg har betalt den skat, jeg skulle, siden jeg var 14 år, der betalte jeg den første skat. Og det har jeg gjort indtil jeg... gik jeg på efterløn som 60-årig. Så mener jeg også, jeg har krav på at få den hjælp, når jeg når dér, hvor jeg ikke kan mere. Det mener jeg, jeg har krav på, fordi jeg har været med til at skabe det samfund og betalt til det samfund, og betalt, må jeg skynde mig at sige, min skat med glæde, fordi jeg ved, hvad pengene skulle bruges til'.

6.11 Selvbillede og de pokkers hjælpemidler

Borgerens selvbillede kan også være en udfordring i forhold til at introducere nye måder at tackle hverdagsaktiviteterne på. Ikke mindst introduktionen af hjælpemidler, som nu er blevet en fast bestanddel af den tilbudte hjælp qua samarbejdet med terapeuterne, kan kollidere med borgerens opfattelse af sig selv som et rask og rørigt menneske. Som Anja, SOSU-hjælper og hjemmetræner, og Ulla, rehabiliteringsterapeut, begge Svendborg, forklarer, var fx borgeren Hans ikke positivt indstillet på at benytte de mange hjælpemidler, han blev tilbudt. Og det på trods af, at medarbejderne insisterede på, at hjælpemidlerne kunne hjælpe ham til at blive mere selvhjulpent fx i madlavning, som han holder meget af at udføre:

Anja: 'De hjælpemidler derind var det samme som at sige, han var handicappet, og vi tog håbet og modet fra ham... '.

Ulla: 'Jamen, det jeg gjorde, det er jo og tage den der til og bære kartofler med, altså hvor jeg sagde til ham "når vi vælger det, så er det jo, fordi vi tænker, det er en god løsning for dig, og det giver dig nogle muligheder, som du ellers ikke har, så det er egentlig derfor vi tænker det ind"'.
"

Men Hans afviste deres forslag, da det ikke passede sammen med hans forståelse af sig selv og sit hverdagsliv, og Ulla forklarer videre: 'Altså det, han siger i hvert fald, det er, at det er ligesom en måde, hvorpå det bliver synligt, at han har nogle problemer... over for ham selv, ikk' også'.

I snakken med Hans er det da også tydeligt, at hjælpemidlerne fylder i hans selvopfattelse, fx i holdningen til at få ergonomisk kniv og rollator, som han fik tilbudt af ergoterapeuten: "Jamen, så må du få en kniv, så du selv kan skære din mad ud, og så må du få en rollator og... " Ja, prøv lige og hør, jeg skal kraftedme ikke have en rollator. Jeg kan godt gå, så jeg gider godt at have, du fjerner dit lort igen... Nu skal det her ikke ligne et pensionisthjem, fordi så gammel er jeg ikke, er det ikke bare det, I godt gider og forstå!" (Hans, borger i Svendborg).

Andre og mere ældre borgere i interviewene og observationerne giver dog udtryk for stor tilfredshed ved introduktionen af hjælpemidler, som lige den ekstra hjælp i hverdagen til at kunne udføre opgaverne selv. Som Inge, borger i Middelfart, der nu selv kan knappe sine knapper, og dermed ikke længere behøver hjælp til at komme i tøjet: 'Det er helt utroligt. Jeg har også fået en gribetang og den her til at knappe med, den er jeg glad for. For hvis min nattrøje... så kan man stikke igennem og trække, den er rigtig god. Den der tager man rundt om knappen og så... Prøv du bare!'.

6.12 Målgruppe

Hvis nogle borgere betragtes som henholdsvis 'tunge' og 'lette', fordi de har forskelligt motivationsgrundlag, hvem er så egentlig i målgruppen for rehabilitering? Som Gitte, SOSU-assistent og hjemmetræner i Middelfart siger, er det i udgangspunktet alle borgere, ikke mindst fordi borgerne selv er interesserede i at blive rehabiliteret: 'Det er alle... Og de vil det jo rigtig

gerne, borgerne'. Rehabilitering betragtes på denne måde som en problemløsning, der som udgangspunkt er anvendelig over for alle borgere.

Majbrit, som er ergoterapeut, er enig i, at langt de fleste borgere hører til under rehabilitering, i hvert fald som udgangspunkt for en udredning:

'Der er enkelte borgere, som vi jo ikke kan give paragraf 83a, som vi vurderer, jamen det er ren vedligehold, det er paragraf 83. Men vi forsøger så vidt muligt at basere den beslutning, den vurdering, vi skal tage, ud fra, at de bliver sendt til hverdagsrehabilitering først'. (Majbrit, ergoterapeut, Middelfart)

Også flere borgere med kognitive vanskeligheder bliver i dag visiteret til rehabilitering, og her kan der ud over motivationen også være selve disse vanskeligheder, som gør det svært fx at lave aftaler med borgeren:

'Altså det er jo altid lettere at arbejde med nogen, som er helt relevante kognitivt, ikke har nogle skader med samtidig også er motiveret... Vi har motivationen på den ene side, og så har vi det der med et menneske, som du kan lave aftaler med, og som kan huske, hvad vi har talt om. Kombinationen af de to, det er så der, hvor det normalt rykker rigtig godt, hvor det går op i en højere enhed, men det er langt, langt fra alle, hvor begge faktorer er tilstede'. (Majbrit, ergoterapeut, Middelfart)

Også i forhold til terminale borgere nævnes det, at det kan give mening, at man arbejder rehabiliterende, for at borgeren ikke oplever, at man har opgivet dem: 'Der er slet ikke rigtig noget med, at de kan blive raske, men alligevel det der med ikke at give op og have et mål og faktisk kunne noget mere. Det er også med til at give noget livsmod'. (Dorte, sektionsleder i Svendborg) Den generelle holdning i samtalen er dog, at de ligger uden for rehabilitering og skal 'lades i fred': Lotte (visitator, Middelfart): 'Nogen gør man. Der er jo også nogen, der får lov at få fred, fordi de skal dø... der arbejder vi lindrende eller et eller andet, og det kan jo også være et mål'. Og oplevelsen er, at det nytter at tænke inkluderende og ikke på forhånd udelukke borgerne fra rehabilitering på grund af deres måske komplicerede situation: 'Jeg tænker, vi har da også haft et par stykker, hvor man tænker, de kommer hjem med både brud på arme og ben og må ingenting i gud ved hvor mange uger og ting og sager'. (Lotte, visitator i Middelfart)

Lene: 'Ja, hvor man tænker, hvad skal de her ved os?'. (SOSU-assistent, Middelfart)

Lotte: 'Jeg siger også "jeg siger det aldrig mere" (flere griner), fordi de sidste par gange der har det vist sig, jamen, hold op hvor har vi alligevel kunne komme igennem med og få rigtig mange ting til at fungere i hjemmet, og hvor borgerne de bare er super lykkelige for det'. (Visitator, Middelfart)

I Svendborg er man overbevist om, at man har været mere inkluderende forhold til, hvilke borgere man tilbyder rehabilitering her i den sidste tid: 'Det er også flere, de 80 ud af 100, det er flere end det plejer at være, som er gået til rehabilitering den her gang i det kvartal her'. (Marie, sektionsleder i rehabilitering, Svendborg). Og Jytte, som er visitator samme sted, mener at det bl.a. skyldes, at målgruppen nu også omfatter flere demente, og at det nu giver mening for borgeren: 'Nogle der er dybt demente, der kommer ind igennem os alligevel og får måske lige etableret og får en god rytme og sådan nogle ting'.

6.13 At arbejde med og opnå resultater

Som citaterne ovenfor antyder, er man i teamene opmærksom på, om man opnår de ønskede resultater. Her trækkes overordnet på en problemforståelse om effektivitet, der går tilbage til den fortsatte fokus på at dokumentere resultaterne af indsatsen, som fremhæves i paradigme kapitlet. Man snakker bl.a. her i samtalen i Svendborg om statistikkerne og om, hvorvidt man har nået det samme mål som sidst og ikke mindst det ønskede mål, både i forhold til, hvor mange der visiteres til rehabilitering, og hvor mange der efterfølgende opnår at blive selvhjulpne:

Marie (sektionsleder i rehabilitering): 'Er den oppe på 80-20 lige nu, det er helt godt, hva?'.

(Jytte, visitator, og Ulla, ergoterapeut, samtykker)

Anja (SOSU-hjælper og hjemmetræner): 'Og hvor mange procent blev så selvhjulpne?'.

(Alle snakker i munden på hinanden, men siger det samme): '51 %'.

Marie (sektionsleder): 'Den er faktisk lige lavere, end den har været det sidste stykke tid'.

Interviewer: Er det så en blanding af nye og kendte borgere eller? (Alle samtykker).

Og leverer man ikke det forventede resultat, må man som medarbejder reflektere og redegøre for hvorfor, ikke mindst fordi rehabilitering koster på budgettet og derfor skal kunne svare sig. Man står derfor til ansvar over for både leder og videre i systemet:

Line, visitator i Svendborg: 'Jamen, så bliver vi jo sådan spurgt om, hvad der sker, og så har vi jo Merete [myndighedschef], der spørger ind til, hvorfor tallene er dalet. Det koster jo penge at have det her hverdagsrehabilitering. Det er cirka 2,5 gange mere, end hvis de var i hjemmesektionen fx, så der skal jo helst noget konkret ud af det, og de skal jo også leveres videre til politikerne... '.

Det skaber også nogle refleksioner over, om man lader dagsorden om resultater være den styrende, når man afslutter en borger i rehabilitering, eller om man virkelig opnår selvhjulpnehed hos borgeren:

Interviewer: 'Er det et pres?'.

Ulla, rehabiliteringsterapeut, Svendborg: 'Det er en balance tænker jeg, at man netop hele tiden skal have i hovedet også, at det jo ikke kun handler om at afslutte... Vi har i hvert fald før haft en snak om ude i gruppen, at det er jo ikke målet i sig selv, det er jo rigtig godt, fordi det betyder noget for økonomien, men målet i sig selv er jo ikke at få dem gjort selvhjulpne hurtigst muligt, fordi de skulle også gerne selv have følelsen af at de magter det her på den lange bane. Nogle gange kan jeg tænke, "Hov, blev den borger nu afsluttet, var de helt klar til det?", fordi vi kunne se, de godt selv havde ressourcerne, men var de egentlig helt klar til det nu, der kan jeg godt nogle gange tænke, "Hov, gik det for stærkt her?"'.

6.14 Økonomisk orientering

Resultatet betyder noget for medarbejderne, fordi man har lavet en stor satsning på rehabilitering, hvor man investerer sig selv fagligt og personligt. Men også fordi man orienterer sig i forhold til både de økonomiske omkostninger for kommunen ved at investere i rehabilitering

og ikke mindst, om det kommer til at give det forventede udbytte i forhold til kommunens budgetter.

Introduktionen af rehabilitering i Middelfart skete blandt andet på baggrund af behovet for overordnede kommunale besparelser: 'Og det er jo historikken i det, et behov, fordi der var store besparings... Det var 75 millioner, der skulle findes. Hvad kan vi byde ind med her? Hvor hverdagsrehabilitering så blev en del af det, fordi vi simpelthen kunne se, at der var nogle potentialer for at hente noget. Der var nogle borgere, som ikke udnyttede det, de kunne. Så det er jo derfra, hvor vi kom'. (Karin, Leder af træningssektionen, Middelfart)

I Svendborg er der ikke samme oplevelse af, at rehabilitering blev indført på grund af den kommunale økonomi og et behov for at spare, men fremtidsudsigten med flere ældre har banet vejen for en fælles forståelse for nødvendigheden af at omlægge hjælpen:

Marie: 'Det har ikke været spareøvelser, der har været i fokus (flere informanter samtykker) Altså, der har jo været ærlighed omkring det her med, at vi kan se på alle demografer, at der kommer flere og flere borgere, der har brug for hjælp. Og der kommer mindre og mindre hænder, fordi de næste generationer er mindre. Så hvis, der skal være både kroner og ører og hænder til at passe de her borgere, som virkelig er dårlige – og vi får dem jo dårligere og dårligere inde fra sygehuset – det var jo det, indsatsen startede med'. (Marie, sektionsleder rehabilitering)

Indførelsen af rehabilitering blev i Svendborg Kommune derimod betragtet som en ny og innovativ måde at levere ældrepleje på, akkurat som det er kongstanken ved de nyere styrings-tanker om inddragelse og lydhørhed af borgerne og større tillid til faglighed og de enkelte medarbejdere:

Jytte (visitator): 'Jo, altså man kan sige, da vi i starten havde det som projekt, var formålet ikke besparelse, men det var og bruge midlerne, altså det var og være innovativ og bruge midlerne på en anden måde, det var egentlig udgangspunktet. Der blev heller ikke taget midler'.

Marie: 'Der har ikke været kalkuleret med de penge, kan man sige, det har jo så været gevinst senere hen'.

Men man er generelt i teamene – og også i Svendborg – blevet mere opmærksom på, at der er økonomiske konsekvenser af den måde, rehabilitering praktiseres på, fx ved at have en bevidsthed om, hvad de forskellige ydelser koster:

Interviewer: 'Er det blevet sådan mere økonomisk orienteret eller hvad?

Anja, SOSU-hjælper og hjemmetræner, Svendborg: 'Ja, men jeg synes jo i det hele taget, og ved og møder, og når vi sidder her og snakker om det, så ved vi jo godt, hvad tingene koster'.

Marie, sektionsleder rehabilitering, Svendborg: 'Jo, men jeg synes jo så også, at man vender den om og siger, hvis borgeren får det hjælpemiddel, så er det ikke omkostningsfuldt for hjemmeplejen, det kan måske spare mange midler der, bare en strømpepåtager fx'.

Og rehabilitering som en overordnet økonomisk samfundsstrategi appellerer i hvert fald til visitatoren Line, Svendborg, i hendes daglige arbejde og bevirker nok en motivation i det daglige arbejde: 'Jeg kan også godt lide at se på det samfundsøkonomisk, jeg kan godt lide at have det her helt brede spektrum på, og der er meget samfundsøkonomi på det vi laver, synes jeg'.

6.15 Opsamling

Forståelsen af, hvad der udgør det sociale såvel som socialpolitiske og styringsmæssige problemer, og ikke mindst hvordan rehabilitering kan være løsningen, fremhæver således, at der er en række fordele ved den rehabiliterende tilgang. Gennemgangen af interview og observationer viser, at medarbejdere og lederes argumentation og rationaler ligger i fin forlængelse af det paradigmatisk grundlag og de mulighedsrammer, som skabes heri, men også, at der opstår daglige dilemmaer, som skaber gnidninger og fordrer en fortsat fokus på organisering og en faglighed, som kan understøtte håndtering af disse i hverdagens praksis. Derudover at borgerens perspektiv på rehabiliteringsindsatsen på baggrund af dennes problemforståelse ganske ofte kan kollidere med det professionelle perspektiv.

Ikke mindst tænkes rehabilitering at kunne understøtte aktiv aldring ved at insistere på, at borgeren fortsat er engageret og i udvikling. Borgers og medarbejders indstilling til det gode liv kan dog her godt være lidt i modstrid med hinanden. Borgers livskvalitet har med introduktionen af rehabilitering fået mere fokus i lovgivningen, men det fornemmes ligeledes i de enkelte medarbejdere og lederes snak, at livskvalitet i dag fremstår som en vigtig parameter for dem i deres vurdering af deres arbejde. Også helhedsperspektivet tillader i det hele taget at flere facetter af borgerens problemer kommer i centrum, herunder den sociale dimension. I den rehabiliterende tilgang ses også en ambition om i langt højere grad end tidligere at lade indsatsen hvile på borgerinddragelse. I hverdagen er det dog ikke altid nemt at definere og praktisere borgerinddragelse udover at lade borgeren fortælle om sig selv og give denne mulighed for at komme med input til ønsker om hjælp.

Den rehabiliterende tilgang trækker ikke mindst på forestillingen om, at borgeren er interesseret i at blive selvhjulpne. Det er derfor et 'problem', når borgeren er mindre villig. Der differentieres mellem de 'lette' borgere, der er 'lækre' at arbejde med, fordi de umiddelbart selv kan se ideen med rehabilitering, og de mere 'tunge' borgere, som det er vanskeligt at arbejde med, og som i langt højere grad skal motiveres. Også i forhold til rengøring skal der meget motivationsarbejde til. For er rengøring egentligt et socialt problem, som man kan udlicite til det offentlige – eller noget, som det er godt for den enkeltes livskvalitet at kunne mestre selv?

Rehabilitering tilbyder nye måder at løse problemer på, herunder en langt større fokus på brugen af hjælpemidler. Men at skulle til at bruge hjælpemidler kan rykke ved borgerens selvbillede ved at gøre det tydeligt for en selv og andre, at man er svag og har behov for hjælp. Hjælpemidlerne kan derfor være svære at sælge som en løsningsmodel til nogle borgere, mens andre borgere er mere positive over for dette nye element i deres tackling af hverdagens opgaver.

Alder nævnes ofte af borgere som en legitim forklaring på, hvorfor man ikke skal tilbydes rehabilitering, og medarbejderne kan være tilbøjelige til at acceptere dette. I hvert fald er tanken, at selvhjulpne har en forskellig betydning over livet. Ét andet argument, der fremhæves af borgerne, er, hvorledes man gennem sit arbejdsliv som bidragsyder over skatten har gjort sig fortjent til at modtage hjælp fra det offentlige. Her kolliderer borger og institutionelle opfattelser af, hvad der udgør hjælp.

Men udgangspunktet er, at alle borgere kan komme i betragtning til rehabilitering, og i dag inkluderer målgruppen langt oftere også borgere med demens eller kognitive vanskeligheder, med de dertil knyttede udfordringer, ikke mindst i forhold til at opnå det forventede resultat om selvhjulpne. En større resultatorientering gør, at man er opmærksom på, hvor inkluderende man er i kommunen i forhold til, hvor mange borgere der tilbydes rehabilitering, og ikke mindst i forhold til, hvor mange borgere der opnår at blive selvhjulpne. Hermed har man fået nogle nye indikatorer for at kunne måle indsats og udbytte, hvor der i tidligere praksis med

almindelig hjemmehjælp mere var fokus på antal borgere, der modtog hjemmehjælp, og dermed ingen fokus på om borgeren opnåede et udbytte. Med rehabilitering er antagelsen, at man ikke mindst kan konkludere, at de borgere, der afsluttes som selvhjulpne, også er det. Men i hverdagen kan man som medarbejder godt spekulere på, om borgerne egentlig afsluttes, før de er helt klar. Med andre ord: Afspejler en afsluttet borger også en selvhjulpne borger?

Ønsket om at skabe resultater skal også ses i lyset af den ændrede demografi og kommunernes behov for økonomisk prioritering mellem behovsgrupper. Hvor umiddelbare besparelser på ældreområdet udgjorde noget af grunden til, at man i så høj grad satsede på rehabilitering i Middelfart, var det i Svendborg en mere langsigtet overvejelse om øget behov og færre varme hænder. Men medarbejderne er i begge kommuner opmærksomme på de økonomiske aspekter ved at have indført rehabilitering, og dermed ikke mindst på, om satsningen også giver økonomisk mening.

7 Faglighed på tværs

7.1 Indledning

Rehabilitering hviler på ikke kun på en ny problem- og løsningsforståelse, men også på en ny forståelse af faglighed og samarbejde på tværs af fagligheder, som præger den måde man tænker praksis på. Dels skal medarbejdernes kompetencer matche til de problemstillinger og løsningsmodeller, som rehabilitering foreskriver. Det kræver derfor en faglig omstilling – og nok især for de udførende medarbejdere, som tidligere har arbejdet i den almindelige hjemmehjælp, og i mindre grad for terapeutgruppen, da rehabilitering i høj grad trækker på deres faglige udgangspunkt. Og dels skal man i langt højere grad end tidligere kunne arbejde på tværs af faggrupper. Fra en tidligere mere monofaglig tilgang skal forskellige faggrupper som ergo- og fysioterapeut, sygeplejerske, social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, og til tider også mere specialiserede fagfelter som diætist og demenskoordinator, nu sammen arbejde for at bringe borgeren nærmere sit mål. Afhængig af organisationsform, og om man derved organiserer arbejdet som henholdsvis fortrinsvis specialiseret team eller integrerer udførelsen af rehabilitering i den almindelige hjemmehjælp, skal medarbejderne også samarbejde enten meget specialiseret om rehabilitering eller være fleksible i forhold til at omstille sig fagligt, når de udfører henholdsvis rehabiliterende og kompenserende hjælp i borgerens hjem. I kapitlet ses nærmere på, hvad introduktionen af rehabilitering og den valgte organisationsform har betydet for forståelsen af faglighed og konkrete kompetencer, og herunder, hvilke faglige greb medarbejderne anvender i det daglige arbejde. Der trækkes i kapitlet på empiri fra observationer og interview med borgere, medarbejdere og ledere.

7.2 Kursus i rehabilitering

(Videre-)uddannelse i rehabilitering kan ses som det første og vigtigste skridt i forhold til kulturændringen mod at tænke i rehabilitering. For at forberede medarbejderne på den nye opgave at arbejde rehabiliterende har man i begge de deltagende kommuner arrangeret indledende kursusdage af en kortere varighed.

I Svendborg har man tilbudt medarbejdere i det udførende led et 11-dages hjemmetrænerkursus, organiseret af en SOSU-skole. Mange medarbejdere refererer i interviewene tilbage til kurset som udgangspunktet for deres arbejde og deres første forståelse af, hvad rehabilitering gik ud på. Som Karen, der er social- og sundhedshjælper og hjemmetræner i Svendborg, fremhæver, er det dog ikke nødvendigvis alene kurset, der flytter holdningen til rehabilitering, men i høj grad, at man er positivt indstillet over for den nye rehabiliterende tankegang: 'Hvis dem, der har været på nogle af kurserne, kommer ind og er negative, så hører de jo heller ikke [efter], så hjælper det jo ikke meget'.

Derudover var der i Svendborg lagt op til, at sygeplejerskerne skulle tage en diplomuddannelse i rehabilitering. Blandt lederne er oplevelsen dog, at sygeplejerskerne – og lidt til deres overraskelse – ikke var så motiverede og havde svært ved at gennemføre denne uddannelse, ikke mindst i forhold til at skrive en større opgave som led i uddannelsen:

'Altså fra, hvad jeg tænker, at de får tilbudt en diplomuddannelse i rehabilitering, hvor jeg sådan tænker "nej, det synes de virkelig... ej sikke en gave at kunne få." Sådan tænkte jeg det (griner). "Hvor må det være fantastisk at få det tilbudt helt gratis og i arbejdstiden". Til faktisk at høre den der med hold da op, de syntes, det var voldsomt... Og i min verden var det bare

helt modsat af, hvad jeg havde tænkt, hvordan de tog imod det'. (Dorte, sektionsleder for aftenholdet).

For ledelsen var det dog en vigtig manifestation af beslutningen om at overgå til den rehabiliterende tilgang, at sygeplejerskerne var ordentlig klædt på til opgaven og kunne fungere som spydspids: 'Men vi tænker bare, som ledelse..., det er indholdet i det, der er det. Og hvis vi siger "ja, I skal lave en opgave", så siger vi ligesom også, at vi tager det alvorligt, altså "vi vil det her"' (Susanne, hjemmeplejeleder og sektionsleder).

Og når de nu ser tilbage på, hvad der kunne have været hensigtsmæssigt at gøre anderledes for at få integreret den bedst mulige rehabiliteringsindsats, er der enighed om, at diplomuddannelsen skulle være bredt ud til flere faggrupper, og den skulle have været koordineret med, at hjemmetrænerne fik deres grundlæggende kursus. Som Merete, myndighedschef i Svendborg, peger på: 'Sygeplejersker, sektionsledere og terapeuter, alle skulle have haft diplomuddannelsen samtidig med hjemmetræneruddannelsen'.

I Middelfart, hvor man allerede i 2010 startede rehabilitering op, modtog de medarbejdere, der skulle arbejde som hjemmetrænere, et tredages undervisningsforløb. Senere hen blev kurset for alle. Linda, som arbejder som hjemmetræner, husker godt det indledende kursus, men oplever derudover ikke, at hun er blevet helt så meget klædt på fagligt: 'Jeg har været på et ganske kort kursus... Dem, der startede med det, de fik jo, var det tre dage eller sådan noget? Jeg kan ikke huske, hvor lang tid de fik. Men altså, jeg har ikke fået ret meget uddannelse. Det er meget lidt'.

Hjemmetrænerne i Middelfart modtager derudover løbende faglig opkvalificering i og med, at de bliver indkaldt 1-2 gange om året sammen med terapeuterne til et fælles temaforløb om rehabilitering. Der bliver derudover løbende organiseret temadage.

7.3 Behov for stærk faglig profil hos alle faggrupper

Undervisningen i rehabilitering har også været stilet mod at forberede medarbejderne til at arbejde mere tværfagligt, da rehabilitering baserer sig på kongstanken om tværfagligt samarbejde. Spørgsmålet er dog, om den tværfaglige orientering har medvirket til at udvande medarbejdernes oprindelige faglighed? Det tænker Marie, hjemmeplejeleder Svendborg, ikke nødvendigvis og hun fremhæver, at det gode tværfaglige samarbejde netop hviler på, at de hver især som faggruppe kan noget forskelligt: 'Der er da selvfølgelig faglige forskelle. Altså, der er jo forskel på, om du er sygeplejerske, eller du er hjælpemiddeltherapeut, eller du er visitator. Hver sidder jo med sin faglighed, og det er det, der gerne skulle spilles ind, når vi så har vores møder jo. At vi kan spille ind med den faglighed, vi har, i møderne omkring borgeren. Så vi kan få helheden på borgeren, på de møder, vi har'.

Merete, myndighedschef i Svendborg, fremhæver ligefrem behovet for en stærk monofaglig profil hos medarbejderne: 'Jeg ser det da på den måde, at jo mere vi arbejder tværfagligt, jo stærkere skal man være monofagligt'.

Blandt lederne fremhæves, at der ligeledes stadig er brug for alle faggrupperne, og at der dermed ikke er nogen, der har fået en mindre betydning, efter at man er overgået til rehabilitering. Og specielt videreuddannelsen hos de faggrupper, der har den korteste uddannelse, sikrer, at de fortsat spiller en væsentlig rolle i sammensætningen af faglige profiler: 'Jeg synes jo endnu mere, fordi vi får jo borgerne tidligere og tidligere hjem fra sygehusene, så vi har jo rigtig meget brug for også assistenterne til at... altså vi har jo rigtig mange sygeplejeopgaver, som bliver overdraget til assistenterne. Og vi har jo stadigvæk rigtig meget brug for social- og

sundhedshjælper hos os. Vi uddanner dem jo også. Der kommer jo nye kurser hele tiden, som de bliver dygtiggjort i, altså stor faglig udvikling' (Anette, sektionsleder for hjemmeplejen i Svendborg).

7.4 Faglige forskelle på tværs af rehabilitering og almindelig hjemmehjælp

Spørger man borgeren, er det dog ikke forskelle i fagligheder medarbejderne imellem, der lægges mærke til, og man lægger derfor ikke nødvendigvis mærke til, om det er en hjemmetræner eller terapeut, der er på besøg. Som hos Inge, der derudover mener, at indsatsen hos hende ikke kræver de store kompetencer, og ikke mindst fordi hun ikke har så meget behov for hjælp længere: 'Neeej, det er stort set det samme. Hvis jeg må sige det, så den smule, de nu laver her, det kan de jo alle sammen finde ud af'.

Inge bor da også i Middelfart, hvor man netop arbejder med den integrerede organisering af hjemmehjælp, og hvor hjemmetrænerne derfor overtager kompenserende opgaver, hvis de har tid. Ligeledes sker det ofte, at en medarbejder i den almindelige hjemmehjælp hjælper til i den rehabiliterende indsats, hvis det er nødvendigt. Det sikrer en generel forståelse for rehabiliteringsprincipperne også i den almindelige hjemmepleje, og muligvis også en gradvis adaption af rehabiliteringsideen her. Nogle medarbejdere, der arbejder i både den almindelige hjemmehjælp og rehabilitering, formår dog at holde de to tilgange adskilte. Som Mette, der som SOSU-hjælper i Middelfart Kommune kører begge steder, og som hun siger, skifter arbejds-kasketten fra at være hjemmetræner til social- og sundhedshjælper: 'Når min kollega er på arbejde, så kører jeg alle de andre ruter. Og dér skal jeg være social- og sundhedshjælper. Det er folk, der får den almindelige hjælp. Men ligeså snart... når der står på min plan, at det er en træningsopgave, så er det jo, fordi borgeren skal selv og kan. Så på den måde tænker jeg over det'.

For andre medarbejdere i Middelfart synes det at have en afsmittende effekt på arbejdet i den almindelige hjemmehjælp, når man arbejder begge steder. Det ses fx i citatet med Gitte, SOSU-assistent og hjemmetræner fra Middelfart Kommune, som taler om, at rehabilitering er blevet den faste tilgang: 'Jamen nej, jeg tror det bliver en... uha farligt at sige en vane, men det ligger bare på rygraden, at det er sådan, det er. Jeg tænker ikke over, at når jeg går ind til den [borger], så er det det her forløb, og når jeg går over til en anden borger, jamen så er det fast hjemmehjælp... Du ved bare, hvad du skal de steder, du går ind, og hvad opgaverne er, og så er det sådan det kører. Jeg synes ikke, at jeg skelner imellem det'.

Tilsvarende kan sygehjælper og hjemmetræner Linda fra Middelfart i sin tilgang til at arbejde i den almindelige hjemmehjælp nu ikke kan lade være med at se, om der skulle være et udviklingspotentiale hos borgeren: 'Jamen, det kunne nemt ændre sig, så jeg tænkte, så nu er han afklaret, så gør vi bare, hvad der er visiteret. Altså, sådan kunne det nemt være, men jeg synes, jeg prøver at holde mig selv op på, at hvis jeg ser forbedringer eller ændringer, så skal man måske arbejde lidt videre på det'. Og hun ser gerne sit snit til at inkludere nogle rehabiliterende øvelser, også i arbejdet hos Verner, som nu er overgået til almindelig hjemmehjælp: 'Jeg kan godt lide at udnytte den tid, altså fra han går fra sengen og ud på badeværelset, så kan vi godt sige, "Verner, vi tager lige lidt høje knæløft og sådan noget".

Kan alle medarbejderne så arbejde rehabiliterende, uanset om de organisatorisk hører hjemme hos hjemmetrænerne eller i den almindelige hjemmepleje? Det mener Gitte, der er SOSU-assistent og hjemmetræner i Middelfart. Hun mener at de forskellige kurser sikrer, at alle medarbejdere mere eller mindre kan arbejde rehabiliterende: 'Det er heller ikke primært kun os,

der har forløbene, fordi er [den anden hjemmetræner] lige pludselig på kursus, og jeg skal have fri, jamen, så er det måske en almindelig, som har det. Men det bliver jo kørt mere og mere ind med alle de her ting i plejen, og alle er på de her ligesom små kurser, hvor de får... Så mere eller mindre arbejder vi jo sådan alle sammen. Den eneste forskel er, at jeg har været med i starten, hvor der ligesom var lagt nogle uddannelsesdage til det, hvor de fortalte og gjorde ved, og hvad idéerne var og alt det, fordi ellers så, så kan alle jo nede i gruppen gøre det. Men der er primært nogen, der er pillet ud til at tage de der forløb og starte dem op'. (Gitte, SOSU-assistent og hjemmetræner, Middelfart).

7.5 Er rehabilitering udtryk for en faglig eller personlig tilgang?

Som Gitte antyder, spiller også den personlige holdning og tilgang til rehabilitering ind. Medarbejdernes tilgang til at arbejde rehabiliterende er da ofte også et miks mellem, hvad der opfattes som en faglig og personlig holdning, og flere medarbejdere peger på, at man må finde sin egen tilgang. Klaus, Mie og Karen, alle hjemmetrænere i Svendborg, fortæller:

Klaus: 'Jeg tror, vi alle sammen har hver sin tilgang til det'.

Mie: 'Det tror jeg også'.

Karen: 'Vi er forskellige. Man kan ikke rigtigt lære, jo du kan godt lære nogen ting, men du bliver nødt til at være ærlig, du bliver nødt til at være dig selv, når du kommer ud og siger det, for ellers virker det ikke'.

Klaus: 'Det bliver kunstigt'.

Karen: 'Ja, så bliver det kunstigt. Du bliver nødt til at bruge dine egne ord'.

Den faglige tilgang kan derfor også være et udtryk for den enkelte medarbejders egen opfattelse af, hvad den bedste hjælp er for borgeren. Mie fortæller videre om, hvordan hun allerede en del år inden rehabilitering blev indført, valgte at udfordre borgerne – og sine kollegaer – i at arbejde med hjælp-til-selv-hjælp: 'Jeg har jo altid godt kunne lide at arbejde på den måde, at jeg synes det, borgeren kunne selv, skulle de altså selv. Men da jeg kørte i den almindelige [hjemmehjælp], så fik man hug'. Hun husker især en episode med en borger, som Mie mente sagtens kunne indgå i at hjælpe sig selv: 'Han stod næsten ude i døren og lukkede mig ind: "Vask mig!". Og jeg siger, ej, det skal simpelthen være løgn, hvorfor pokker skulle jeg vaske ham? Hverken hans arme eller ben fejlede noget. Så siger jeg, hvad er det lige, der gør, at du ikke kan vaske dig selv? Ja, det vidste han så ikke lige, men hende, der kommer her fast, hun gør det jo, sagde han så'. Det lykkedes Mie at få borgeren til selv at vaske sig, og hun konfronterede efterfølgende den faste hjælper og spurgte ind til, hvorfor hun dog vaskede borgeren: 'Men så blev man jo næsten halshugget, fordi det skulle man da sådan set ikke lige bestemme, vel?'. Mie oplever da også en personlig tilfredsstillelse ved, at rehabilitering er indført, 'Nu kan jeg få lov at arbejde, ligesom jeg gerne vil'.

Men når der ikke sådan er en facitliste på, om borgeren har udviklingspotentiale i forhold til rehabilitering, kan uenigheder medarbejderne imellem være svære at begrunde fagligt. Man kan som i Anjas tilfælde opleve, at det er forskelle i den personlige holdning, der er afgørende. Hun fortæller, at hun sagtens kan være uenig med visitators vurdering, 'hvor jeg så må gå ud og sige til borgeren, "Nu er jeg her professionelt, og så må min personlige holdning ligge ude i bilen."' I tilfælde, hvor hun oplever at være kørt fast med en borger og har bedt visitator om, at borgeren i en periode overgår til kompenserende hjemmehjælp, men fået nej, ser hun det også som et udtryk for, at hun har en anden personlig holdning: 'Så kan jeg opleve, at Jytte

[visitor] siger, "det kan du ikke få" (siger det i et strengt tonefald og banker i bordet), og så kan jeg jo ikke undgå sådan at tænke "Nå, hvad er det, jeg ikke kan få med ud til den borger, hvad er det, jeg ser anderledes på?", så derfor kan min personlige holdning også komme lidt ind, men den må jeg jo lade ligge ude i bilen, og så må jeg jo prøve at gå ud og formidle budskabet, som kommer heroppe fra'. (Anja, SOSU-hjælper og hjemmetræner, Svendborg)

7.6 At blive fagligt udfordret

Om det er på det faglige eller personlige plan, er den generelle oplevelse blandt lederne og på tværs af de to kommuner, at medarbejderne generelt har taget rehabilitering til sig. Især de SOSU-medarbejdere, som nu arbejder som hjemmetrænere, synes at have udvist stor meget omstillingsparathed. Én forklaring er, at disse medarbejdere selv har kunnet melde sig som hjemmetrænerne og derfor har været meget motiverede. Men lederen Marie mener også, at SOSU'erne er en medarbejdergruppe, der generelt har måttet vænne sig til at være fleksibel, grundet de mange større og mindre organisationsændringer og reformer, som området har været igennem: "Jeg tror, de har gennem mange år været vant til, at der sker forandringer hele tiden. Det er jo mange år efterhånden, hvor der sker nyt hele tiden". (Marie, sektionslederhjemmeplejeleder Svendborg).

Som andre undersøgelser⁵ har peget på, synes sygeplejerskerne til gengæld at være en faglig gruppe, som er svær at få flyttet fagligt mod den rehabiliterende tilgang – i hvert fald i ledernes optik: 'Vi synes da, ledelsesmæssigt, at sygeplejerskerne, det er nogle af dem, der kan være svære at få med i forandringer.' (Merete, myndighedschef, Svendborg). På det punkt synes sygeplejerskernes stærke monofaglige profil at modarbejde det tværfaglige samarbejde og omstillingen til at arbejde rehabiliterende. Og hendes kollega Marie, der er sektionsleder i Svendborg, følger op: 'Ja, det er jo hverken første eller sidste ting, vi har villet have forandret, hvor det er lidt svært at få sygeplejerskerne med'.

Forventningen fra ledelsen var, at denne faggruppe hurtigere ville kunne omstille sig, og at andre faggrupper i højere grad ville følge deres faglighed truet. Ledelsens ledelsesmæssige fokus var derfor ikke indledende på sygeplejerskerne, men dette syn måtte man revidere. Som Merete, myndighedschef i Svendborg, siger: 'De har egentlig meget brug for ledelse, og så er de alligevel ledelsesresistente. Det lyder jo modsatrettet, ikke også?'. Og hendes kollega Anette, sektionsleder i hjemmeplejen, Svendborg, supplerer: 'Nej. Så næste gang vi laver et nyt projekt, så kommer sygeplejerskerne på som det første'.

Merete oplever stadig, at der i det daglige arbejde stadig er en del vej endnu for sygeplejerskerne i forhold til at tænke i selvhjulpenhed: 'Jeg ved heller ikke, om vi er i mål med det. Sygeplejerskerne afviser egentlig, at borgeren kan blive selvhjulpen, og det har vi faktisk oplevet, at det har de været en gruppe, der meget har gjort' (Merete, myndighedschef, Svendborg).

Oplevelsen er også, at det har været sværere at få sygeplejerskerne til at forstå meningen med de fælles møder, hvor det tværfaglige perspektiv gerne skulle hjælpe til at finde den bedste løsning for borgeren: 'Vi havde også sygeplejersker, der sagde "behøver vi deltage i de der møder?". "Ja, det behøver I." "Jamen, kan vi så ikke bare lige tage vores borgere først, så kan vi gå?"' (Merete, myndighedschef, i Svendborg).

Udfordringen består også i at få sygeplejerskerne til at byde ind på de tværfaglige møder med løsninger, som ikke nødvendigvis tager direkte udgangspunkt i deres fagområde. Som Merete

⁵ Se fx Albertsen m.fl., 2014.

påpeger, så er de udfordret i forhold til at skulle tænke i tværfaglige løsninger: 'Altså den der forståelse af, hvad mener vi, når vi siger tværfagligt. Og der er de da rigtig kommet på beatet i forhold til deres faglighed i forhold til at bidrage, også med de borgere, de ikke kender. Men når den her borger "hov, der er et eller andet, jeg tænker, er der er noget med... hvad får den her borger at spise? Eller har I tænkt på, det medicin kunne gøre... ", altså at kunne byde ind på det der generelle niveau'.

Også i Middelfart peges der på, at denne faggruppe finder det sværere at omstille sig til rehabilitering end andre faggrupper, fordi det ikke er en del af deres faglige DNA. Lotte, der er visitator i Middelfart og oprindeligt uddannet sygeplejerske, peger på, at sygeplejerskerne ikke i deres uddannelse ligesom terapeuterne lærer at tænke rehabiliterende, og hun bakkes op af kollegaen Ane, der også er sygeplejerske:

Lotte: 'Altså generelt, så er vores terapeuter meget bedre til at tænke rehabiliterende, end man er som sygeplejerske, og det kan jeg tillade mig at sige, fordi jeg selv er sygeplejerske... Der er meget forskel på, når man er uddannet sygeplejerske, så har man det der omsorgs-gen, og vi hjælper og alt muligt, og når man er terapeut, så tænker man mere, du skal i gang igen, du skal derudaf-agtigt. Så på den måde, så har vi sådan uddannelsesmæssigt forskellige fokus. Og der prøver vi så at lære af hinanden, også under de her tværfaglige ting'.

Ane: 'Det vil jeg også sige, som sygeplejerske. Vi arbejder ikke særligt rehabiliterende i sygeplejen, det gør vi ikke. Og har ikke den tankegang. Nej, nej'.

Én af årsagerne til, at sygeplejerskerne måske ikke i samme grad har omstillet sig til rehabilitering, handler også om manglende institutionel inddragelse. Organisatorisk er de, som Lotte siger, fortrinsvis inde over områder, som traditionelt har hørt til deres kerneområder, og de fastholdes derfor i denne rolle:

Lotte (visitator, Middelfart): 'Og det er problematisk egentlig, fordi man kan sige, der er... Og der har man heller ikke her i kommunen været særlig god til at inddrage sygeplejen i noget, som faktisk ikke er deres kernekompetencer. Der var meget potentiale der, som man kunne udvikle, hvis man ville'.

7.7 Terapeutisk orientering

Terapeuterne har til gengæld haft lettere ved at tilpasse sig det nye faglige mål om selvhjulpethed, og der har generelt været stor lydhørhed for deres faglige synspunkter, især hos hjemmetrænerne. Og generelt tænkes de at have fungeret fint som spydspidser. Som Merete, myndighedschef i Svendborg, siger: 'Terapeuten har helt klart været med til at sætte en anden dagsorden'.

Terapeuterne har især bidraget med et andet fagligt perspektiv på, hvad løsningen kunne være på borgerens problem, og ofte med nogle simple løsningsmodeller, der var direkte anvendelige for hjemmetrænerne i deres daglige arbejde: 'Det, synes jeg, var dejligt, for du fik nogle andre øjne til at kigge på det, og de kunne bare nogle andre ting... [Terapeuten] var relevant at drage ind i det, fordi hun kan en hel masse andet og arbejder med det på en anden måde, end vi gør. Og så kan man sige, jamen så lærte jeg så noget nyt i dag, så har jeg så det med til næste gang, ikke også... Altså det der med, hvis du så lige vender badebænken om. Nå ja, selvfølgelig, kunne man så stå, ikke også? Men det er også bare sådan noget, vi andre vi lærer af, som du tager med hele vejen igennem nu, ikke også?' (Gitte, SOSU-assistent og hjemmetræner, Middelfart).

På den måde har hjemmetrænerne fået flere faglige redskaber og perspektiver stillet til rådighed for deres arbejde, og de har generelt set det som en positiv oplevelse at arbejde sammen med terapeuterne. Som Linda, sygehjælper og hjemmetræner i Middelfart, siger, skaber det tætte samarbejde hos hjemmetrænerne gradvist en stigende forståelse for den terapeutiske tilgang og fokus på træning i hverdagen:

'Altså, det bliver jo nemmere og nemmere, jo flere gange man, jo længere tid at der går, fordi man lærer lidt omkring deres måde at se tingene på. Altså sådan noget som, jeg kan nævne og give et eksempel, fordi hende Olga havde lidt svært ved at sætte sig på toilettet, hun synes der var langt ned. Og så tænker man straks, jamen det kan være, hun skal have en toiletforhøjer. Men set ud fra en terapeuts side, jamen så er det måske ikke så godt, fordi at når hun sætter sig, så bruger man nogle muskler, når man rejser sig, så bruger man nogle andre muskler. Og det er jo selvfølgelig igen: træning. Og det bliver jeg jo også, eller vi bliver bedre til at tænke træning ind i borgerens... Altså det er i hvert fald noget nyt. Hvor førhen, da tænkte jeg ikke træning. Men det gør jeg meget mere nu. (Linda, hjemmetræner, Middelfart)

Hos borgerne er der også bevidsthed om, at hjemmetrænerne tager udgangspunkt i den terapeutiske tilgang, som de finder inspiration hos terapeuterne, som fx hos Rie og hendes mand Børge:

Interviewer: 'Kommer terapeuten her nogle gange sammen med Louise [hjemmetræner]?'.

Rie: 'Det har hun været nogle gange'.

Interviewer: 'Taler terapeuten så med Louise om, hvad Louise og dig skal lave?'.

Børge: Rie's ægtefælle: 'Ja, de kommunikerer meget. Og Louise suger jo hvert et ord til sig og overværer det'.

Rie: 'Ja, hun holder øje, når vi træner'.

Børge: 'Ikke nødvendigvis hver gang, men i starten var de her sammen. Og så bygger Louise jo videre på det'.

7.8 Helhedsorientering som faglig tilgang

Hvor den terapeutiske dagsorden står stærkt, bevirker rehabiliteringstilgangen også, at medarbejderne tager et andet og mere helhedsorienteret blik på borgerens problemer og mulige løsninger. Linda ser fx, at hun i dag kommer mere rundt om borgeren. Som hun siger: 'Jeg tror, man begynder at tænke sådan lidt bredere, efter rehabiliteringen er kommet. At man forsøger hele tiden at finde muligheder for, hvordan man kan hjælpe den her person... Altså jeg synes, det er vigtigt man sætter sig ind i, hvad det er en borger, man har med at gøre. Altså bruger deres ressourcer.' (Linda, sygehjælper og hjemmetræner, Middelfart). Det helhedsorienterede blik benyttes således også til at se alle borgerens styrker og ressourcer og bidrager derved nok til en mere positiv beskrivelse af borgeren end tidligere, hvor man i højere grad havde et fagligt blik på problemer og svagheder.

Når medarbejderen arbejder helhedsorienteret, må man, som hjemmetræneren Klaus fortæller, tage sig tid til at komme omkring den hele person, som fx at lytte til borgerens fremstilling af problemer og behov. Hans kollega Mie supplerer 'Jeg har også nogen, der siger, ej nu skal du sidde og høre på alt det her ævl igen. Nej, men det er jo mit arbejde. Og hvis det er noget, der hæmmer for at komme videre i det her forløb, så skal vi jo have det snakket igennem og have det løst på en eller anden måde. Det er ikke sikkert, jeg har løsningen, men vi kan da få

snakket om det og så måske finde en løsning på det'. (Mie, SOSU-assistent og hjemmetræner, Svendborg)

Linda tager ligeledes i sin tilgang til Verner udgangspunkt ikke kun i den konkrete hverdags-træning men også i hans andre gøremål, som hvordan han tackler indkøb, og hun interesserer sig for hans fremtidige planer for bolig. Men hun giver også lidt udtryk for, at der ligger en forventning om, at hun skal tage dette helhedsperspektiv, og at det med hverdagens tidspres kan knibe at nå det: 'Jo mere jeg lærer Verner at kende, jo mere vil jeg jo komme ind på, hvad han jo så har lavet før. Det burde jeg nok også have været inde og læse lidt på. Hvad han har lavet, men det er igen tiden...' (Linda, sygehjælper og hjemmetræner, Middelfart).

7.9 Den sociale dimension

At tage et helhedsfokus inkluderer også at se på den sociale dimension. Som Jytte, visitator, Svendborg, siger, har denne behovsdimension fået en ny betydning efter indførelsen af rehabilitering, hvor der i den almindelige hjemmepleje under § 83 ikke gives samme muligheder: 'Jeg synes da, vi har fået et mere helhedsbillede af borgeren, og det ligger der jo også i rehabilitering, at vi ikke kun kigger på enkelte dele, men at vi kigger på helheden, når vi skal afslutte en borger... Hvis vi kan se, at der mangler noget socialt ved den her borger... jamen, så er det også noget, der rehabiliteres på, hvorimod at det ikke er noget, vi kan gå ind og visitere efter Serviceloven, men vi kan sagtens rehabiliterer på det, så der er kommet et meget mere helhedsbillede på borgeren'.

Diverse sociale tiltag, som at hjælpe en borger med en ensomhedsproblematik ved at etablere kontakt til frivillige tilbud eller fx at tage med borgeren ned i billardklubben, indtil han er tryk ved turen selv, ligger dog ikke i Servicelovens mere standardiserede tilbud. Hertil findes kun klippekortsordningen for de svageste ældre. Eller som Lotte, visitator i Middelfart, benævner midlerne: 'Det eneste, vi har her nu, det var de der Manu Sareen-penge, vi fik der, alle kom-muner fik jo nogle penge... der har vi sådan sat noget af, hvis man har et eller andet omfang af hjælp, og hvis du har meget lidt netværk, og du har et ønske om et eller andet noget, så kan du få sådan en klippekortsordning, som er en halv time om ugen. Men det er kun så længe, vi har Manu Sareens penge, og det har vi kun til og med næste år'.

Medarbejderne har dermed under rehabiliteringsforløbet i højere grad end i den almindelige hjemmehjælp mulighed for i deres faglige blik på borgeren at arbejde mere helhedsorienteret og ikke mindst inkludere de sociale dimensioner i deres faglige overvejelse om problem og løsning. Som nærmere beskrevet i kapitlet roller og relationer, er der mulighed for under rehabiliteringsforløbet at bistå borgeren i at etablere sociale kontakter, men man benytter i høj grad det at henvise til pårørende og ikke mindst frivillige initiativer. Indtrykket fra interviewene er også, at der i dag i mindre grad bliver visiteret til konkret tid til socialt samvær med borgeren i den almindelige hjemmehjælp.

7.10 Trykke på de rigtige knapper og skubbe på

At have et godt kendskab til borgerens ressourcer muliggør også, at medarbejderen kan skubbe på, når det er nødvendigt, og på en måde, som, de tænker, bedst motiverer borgeren. For en pårørende som Ries mand, Børge, var det dog en lidt overvældende oplevelse at opleve sin kones skrøbelighed og at se medarbejderen alligevel insistere på den trænende tilgang.

Børge: 'Jeg var lige ved at skælde Louise [hjemmetræneren] ud engang, fordi jeg synes hun var for hård ved Rie, men bagefter kan jeg jo godt se, at der er ingen vej udenom! Man skal

jo i gang! Og det er det, de har været gode til. Selvom det virkede så håbløst. Der var én dag Louise kom, og jeg kunne godt høre på Rie, du havde det ikke ret godt, i hvert fald ikke mentalt. Og du havde sagt... I havde aftalt, at du skulle i bad, tror jeg nok. "Det vil jeg altså ikke, jeg bliver liggende". Så benyttede jeg lejligheden til at køre i Brugsen. Så var jeg jo spændt på, da jeg kom hjem, og jeg lukkede døren op herude, så kvidrede det derude. Jeg tænkte, det var da utroligt, fordi Rie er rimeligt principfast. Hvis hun har sagt, hun ikke vil noget, så er der ikke ti vilde heste... men det var det bare. '

Interviewer: 'Hvad var det, Louise kunne med dig?'

Rie: 'Jamen, det er jo det, jeg ikke ved. Hun kunne lige trykke på de der knapper. Ja, så gik det'.

Rie følte sig presset, men accepterede også, at et vist pres skulle til for at få motiveret hende, og i dag er hun yderst positiv over for forløbet:

Interviewer: 'Føler du nogle gange, at du bliver presset for meget?'

Rie: "Jamen det har jeg da tænkt på. Men når så vi får snakket om det, jamen det gør jeg jo ikke, for det skal jo til! Fx dengang hun ville have mig op ad trappen – jamen hallo! Men hvor mange trin nåede vi i dag? Der jagede hun mig da også'.

Louise, Rie hjemmetræner, var klar over, at Rie oplevede, at hun blev presset, og ikke altid magtede det i situationen. Men Louise føler sig også overbevist om, at Rie selv så det som en nødvendighed for at komme på benene igen:

'I starten skulle hun tages sådan lidt med fløjlshandsker, fordi hun var så skrøbelig som hun var, og hun var så angst... og hun kunne slet ikke rumme, at vi var der, og hun ville egentlig helst bare have fred og bare kunne lukke øjnene og sige, "det er en ond drøm, og jeg vågner nok fra den på et tidspunkt"... I bund og grund så vidste hun jo også godt, at, for at jeg skulle have hende på benene igen, så skulle vi igennem nogle ting, men hun syntes bare, jeg var så ond (griner). Én af de første gange, jeg var der, så sagde hun til mig (griner), "skal du komme her og bestemme i mit hus", og jeg sagde, "nej, det vil jeg meget helst ikke så meget gøre, men jeg vil meget gerne have, at du kommer på benene."

Med andre borgere kan der for medarbejderen være mindre grund til at mobilisere sin faglighed for at finde den rette vej ind til borgerens motivation. Den finder borgerne helt selv, og det gør alt andet lige opgaven noget nemmere for borgeren. Som Pernille, SOSU-assistent og hjemmehjælper i Middelfart, fortæller: 'Så har vi heldigvis borgere, som bare siger, "det kan jeg godt, og det gør vi", som farer frem og laver øvelser, og det er jo så det positive selvfølgelig'.

7.11 Innovativ og løsningsorienteret

Når borgeren, der som Pernille fortæller, selv er på banen, er der i mindre grad behov for, at medarbejderen finder løsningsforslag, når de almindelige hverdagsopgaver går i kludder for borgeren, og der skal tænkes alternative strategier. Anja, hjemmetræner i Svendborg, forklarer: 'Nogen har jo en rigtig, rigtig, god forståelse for deres egen situation og har en høj mestrings af deres situation, så nogle gange har de faktisk fundet ud af at lave nogle løsningsforslag, inden der overhovedet er kommet nogen hjemmetræner ind i billedet. Andre, de har meget svært ved at mestre deres situation og skal motiveres rigtig, rigtig, meget og har meget svært ved at se fremskridt'. I det sidste tilfælde må medarbejderen være den, der er innovativ og hjælper borgeren med at finde mere hensigtsmæssige måder at gøre tingene på, som passer til borgerens nuværende funktionsevne. Her trækker hjemmetrænerne ofte på terapeuternes

faglige viden, fx i forhold til at introducere hjælpemidler, men også generelt i forhold til at observere, om borgeren magter sine tidligere teknikker for at udføre hverdagsopgaverne, eller skal introduceres for nye. Som i Verners tilfælde, hvor terapeuten Majbrit fortæller om medarbejdernes strategi med at introducere nye teknikker for ham:

‘Ja, så prøver han at finde tilbage til det, han gjorde tidligere, og det er ikke altid hensigtsmæssig fx at sætte sig ned på gulvet og begynde at tage strømper på, som han gjorde tidligere, når man har sådan en balance og nedsat kraft i benene og ikke kan komme op igen. Så prøver han at søge tilbage til de gamle mønstre, hvor det så har været, at I har prøvet at komme med alternative forslag til, hvad han kunne gøre’. (Majbrit, ergoterapeut, Middelfart).

Nogle løsningsforslag går dog ikke rent hjem hos borgeren, og her er det en balance for medarbejderen mellem at acceptere, at borger er herre i eget hus og insistere på, at borger indvilliger i at gøre tingene på en nemmere måde. Linda har fx forsøgt at introducere hjælpemidler som gribetang til Verner, men det er han ikke glad for:

Linda: ‘Men ved du hvad, du har jo sådan en gribetang, du kan bruge til at skubbe [strømperne] af med’.

Verner: ‘Ja ja’.

Linda: ‘Ja. Skal jeg finde den?’

Verner: ‘Nej. Jeg kan jo ikke rende og slæbe på alt det der pis herind og gøre ved. Ser du, det foregår jo på den måde, at, når jeg er hjemme, så har jeg håndklæder til at ligge der, og så går jeg under bruseren. Og så tørrer jeg mig for oven, og så sætter jeg mig ned på knæ og tørrer mig forneden. Og tørrer mine ben. Og den måde har jeg altid gjort det på’.

Linda: ‘Spørgsmålet er, om du stadigvæk ville kunne gøre det?’.

Verner: ‘Det kan jeg da’.

Linda: ‘Det kan du?’

Gitte i Middelfart havde også en række kampe med borgeren Inge, der ikke umiddelbart ville godkende Gittes forslag til løsninger, og nok, fordi det lavede om på Inges vante måde at have tingene på, ikke mindst organiseringen af sine køkkenskabe. Og til sidst valgte Gitte at sætte foden ned og insistere på sin alternative løsning: ‘Inge er også et klasseeksempel på at have kampene, fordi "Jeg kan ikke selv lave mit øllebrød, for jeg kan ikke få armene herop, så jeg kan ikke tage tallerknerne i overskabet". Jamen, så kan vi sætte tallerknerne på bordet eller i et underskab. "Nej". Og sådan hele vejen igennem. Altså, vi laver løsningsforslag, og hun finder nye problemer, og vi funder løsningsforslag, og så til sidst er man så nødt til at sige, "sådan er det", og så kan hun også godt nok. Og det indrømmede hun også’. (Gitte, SOSU-assistent og hjemmetræner, Middelfart).

7.12 Den afventende tilgang – hænderne i lommen

Nogle gange skal man dog lade borger finde løsningen helt selv. Et ofte omtalt fagligt greb i rehabiliteringspraksissen er, hvad mange medarbejdere og ledere omtaler billedligt som ‘at tage hænderne i lommen’, med andre ord at være afventende i omsorgssituationen og se, hvad der sker. Dette til forskel fra at stå parat med hænderne fremme og rent faktisk udføre opgaverne for borgere eller bare at være på forkant med borgerens behov. Med hænderne i lommen afventer man, at borger selv finder løsningerne. Til spørgsmålet, om der med rehabiliteringer andre kompetencer, der er kommet i fokus, fremhæver Christina således, at denne afventende tilgang er den bedste kompetence at have i rehabilitering:

'Det er rigtig godt at kunne stå med hænderne i lommen. Det er faktisk rigtig godt... hvis man tænker tyve år tilbage, jamen der var det, 'Åh, nu gør jeg lige, og jeg gør lige, og jeg gør lige'... Og i dag, der står man mere og lader folk gøre det selv'. (Christina, SOSU-hjælper, Middelfart).

Taktikken om hænderne i lommen går også rent ind hos Lene: 'Ja, om man kan og så stå der med hænderne i lommen, og borgeren står og kigger og siger: "Jamen, jeg skal have noget mad" og kommer gående med rollatoren og siger "jeg kan faktisk ikke, så du skal lige tage pålægget og rugbrødet inde i køleskabet"... [Hvortil Louise angiver, at hun ganske kontant ville svare:] "Jeg har hænderne i lommen, så det kan jeg faktisk ikke. Kunne du lige selv fise hen og gøre det?"' (SOSU-assistent og hjemmehjælper, Middelfart).

Linda, der er sygehjælper og arbejder som hjemmetræner i Middelfart, har samme taktik: 'Og så går jeg rundt sådan ligesom og stiller mig i venteposition, og så lige holder lidt øje med, om der sker noget derude, om der sker de rigtige ting osv'. I Verners situation kommer det fx til udtryk ved, at hun undlader at tage ansvar for at lægge håndklæde frem til ham i badeværelset. Og da Verner under badningen spørger, om hun nu har husket at sørge for håndklædet, bevirker det en lille udveksling om det at hjælpe (eller ej):

Linda: 'Næ, det har jeg ikke'.

Verner: 'Det tænkte jeg fan'me nok'.

Linda: (griner) 'Der er ikke meget hjælp at hente i mig, hva?'.

Verner: 'Nej, det er der sgu ikke'.

Linda: 'Det er godt nok sørgeligt'.

Linda uddyber efterfølgende, hvordan hun før rehabilitering netop ville have udført alle opgaverne for Verner: 'Altså så ville jeg bare være ind og have gjort alle tingene for ham. Altså simpelthen det hele. Det gjorde vi jo dengang. Der tog vi opvasken, vi smurte maden og han skulle bare... Han ville blive vasket forneden i sengen og få benklæder på, og så ville han komme ud og så... Ja måske ville vi vaske ham. Og så ville han sætte sig ind til bordet, og så ville vi komme med kaffen og saftevandet, og han skulle ikke gøre noget som helst selv. Det var meget lidt'. (Linda, sygehjælper og hjemmetræner).

7.13 Omsorgsgenet

Som et led i at have hænderne i lommen fremhæves også, at der nok er mindre brug for det berømte 'omsorgsgen', eller i det mindste at omdefinere det. I denne udveksling er der således ikke helt enighed mellem terapeut og hjemmetræner om, hvorvidt omsorgsgenet stadig er aktuelt:

Marianne: 'Jeg ved ikke, om der er noget [faglighed], man skal have mere [af]. Der er i hvert fald noget, man skal have mindre [af]. Og det er omsorgsgenet'. (Marianne, ergoterapeut, Middelfart).

Christina: 'Der skal stadig være et omsorgsgen, det, synes jeg, for gud skyld ikke skal fjernes. Men det skal bare gøres på en anden måde'. (Christina, SOSU-hjælper, Middelfart).

Den afventende tilgang kan da også være udfordrende at praktisere for medarbejderne, for det kan være svært i det daglige blot at se på, når borgeren helt åbenlyst kæmper med opgaven.

Man kan dog også som, som i Marianne, og Christinas fortolkning, se det som en form for motivation for borgeren på vejen mod selvhjulpethed, hvis man hjælper lidt alligevel:

Marianne: 'Men jeg vil også sige, at det er rigtig svært. Hvis du sidder med en, der selv skal tage sine trusser på om morgenen og måske har et hjælpemiddel eller et eller andet. Og nu har de altså kæmpet i lang tid, for at få det ben ned, så er det svært ikke lige at gå hen og holde ud, ikke?'

Christina: 'Men det kan så også være en fordel så at gøre det til sidst, og holde det bukseben ud, fordi det giver motivationen til, at hun prøver næste gang igen, nemlig'.

Som nogle af lederne peger på, er det da heller ikke alle medarbejdere, der er gode til at arbejde på den afventende måde, hvor omsorgsgenet i højere grad skal slås fra. Ikke mindst, da det kræver god tålmodighed i en tidspresset hverdag:

"Altså det der med at stå med hænderne på ryggen og sådan noget der, at det var ikke... jeg kan i hvert fald huske flere, der ikke mente, at de havde tålmodighed til det. (Dorte, sektionsleder, Svendborg).

"Det er nemmere og hurtigere at gøre det selv for borgeren, end at vente på at borgeren har tid til at gøre det selv" (Susanne, hjemmeplejeleder, Svendborg).

Louise, der er SOSU-hjælper og hjemmetræner i Svendborg, ser også nødvendigheden af at slå omsorgsgenet fra. Men ikke alle kan det, og rehabilitering og dermed den afventende tilgang, er derfor noget man enten er god til eller ej: 'Det kan godt være svært for nogen, det er heller ikke alle, der kan arbejde i sektionen her, fordi at nogen, de er bare rigtig gode til fx være i et plejecenter, hvor det er, at der skal nurses... og det bliver rigtig svært her, fordi at udover du selvfølgelig skal nurse på de rigtige tidspunkter, men så skal vi have dem videre igen, alligevel, vi skal have dem så selvhjulpne som overhovedet muligt'. For hende er det dermed ikke kun et spørgsmål om over tid at lære sig en ny faglig tilgang, der gør, at man ikke arbejder afventende. Hun ser også forskellen som udtryk for en iboende og mere personlig tilgang til pleje og omsorg, og hvor omsorgsgenet kan være dominerende eller ej.

7.14 Tid nok?

At der er afsat tilstrækkelig tid til, at borgeren indgår og udfører opgaven, kan være en afgørende faktor, både for borger og medarbejder. Borgeren Rie fra Svendborg siger da også: '[Hjemmetrænerne] har virkelig god tid'. Anni fra Middelfart oplevede som sådan heller ikke, at medarbejderne i løbet af hendes rehabiliteringsforløb havde travlt i hverdagen, men hun er ikke blind for, at medarbejderne kan spare tid, hvis de overtager opgaven og tørrer hende efter badet, i stedet for, at hun selv gør det:

Anni: 'Nogen gjorde mere end andre... de kom da hurtigere ud, ikk?'

Interviewer: 'Oplevede du, at de havde travlt?'

Anni: 'Nej, men hvis de hjælper mig, går det jo hurtigere, end hvis jeg selv skal gøre det, for jeg er jo længere om det'.

Og som Lene, SOSU-assistent i Middelfart, forklarer, er det vigtigt for udbyttet af rehabiliteringsforløbet og også mere generelt, at borgeren ikke oplever den daglige travlhed: 'Borgeren har sådan set ikke brug for at vide, hvor travlt jeg har, og hvor mange syge, der er ude i min

gruppe. Jeg er der lige nu og her, og det er det fokus, der er, og hvis du har brug for at jeg sætter mig og tager den kop kaffe sammen med dig, så er det det, jeg gør'.

Generelt tyder interview og observationer dog på, at der sættes betydeligt mere tid af til at udføre rehabilitering, end der gør i den almindelige hjemmepleje. Når rehabiliteringsindsatsen er kommet godt i gang er typiske besøg gerne af 45 minutters varighed eller mere, for som Louise, SOSU-hjælper og hjemmetræner, Svendborg, forklarer: 'Fordi hvis folk skal gøre alting selv, så tager det længere tid. Så du kan faktisk ikke lave et bad uden 45 minutter. Det kan ikke lade sig gøre'. Hendes kollega fortæller videre, at badet hos en bestemt borger tager mellem 2,5 og 3 timer.

Og som Lotte, visitator i Middelfart siger, så tager rehabilitering også i hendes optik mere tid: 'Vi ved godt, at det tager længere tid at gå med borgeren ud til toilettet og tilbage, end det gør at gå ud og tømme kolben i kummen. Hendes kollega Christina, SOSU-hjælper, Middelfart, mener, at der afsættes nok tid. I hvert fald er hendes oplevelse, at hun altid kan forhandle sig frem til mere tid hos visitator: 'Jeg tror ikke, jeg har været udsat for, at, når vi har bedt om tiden og kunne fortælle, hvad det var vi havde brug for... jeg tror aldrig, jeg har bedt forgæves efter tid endnu'. Også blandt medarbejderne i Svendborg gives der udtryk for, at der er tid nok i hverdagen. Her arbejder man fx ikke med visiteret tid i Louises team. Men hun fortæller, at andre af hendes kollegaer arbejder med visiteret tid og dér møder mindre forstående visitatorer, som arbejder med mere standardiserede visitationer: 'Puha, jeg kan godt forstå, at de nogle gange synes, det er på ad bakke hos dem, efter at de er startet i rehabilitering, fordi hvis der sidder en visitator og siger 'nej, så kan du få 5 minutter mere'... Hør her, søde ven, det giver jo ikke noget vel. Så hvis man har en visitator, og det har de jo, for de har visiteret tid derinde, så er det også op ad bakke for dem'.

Men når der fx er sygdom, og medarbejderne må løbe hurtigere, er det typisk de rehabiliterende øvelser, som må vige. Som Linda, sygehjælper og hjemmetræner i Middelfart, forklarer: 'Jeg har jo selv gjort det, fordi jeg havde jo virkelig travlt i weekenden. Og når vi så når op til middag kan jeg se altså, hvis jeg skal hen og træne med Verner, så når jeg ikke ind til, jeg har fri, og der vælger jeg så at tænke på mig selv altså, og det er jeg da sikker på, det har betydning, men altså, dér ryger den'.

Medarbejderen i rehabilitering synes også i højere grad at kunne disponere over sin tid og planlægge forløbet af dagen, end det nødvendigvis er tilfældet i den almindelige hjemmepleje. På denne måde udvises der også større tillid til, at medarbejderne, der arbejder med rehabilitering, er ansvarlige med deres tid og melder tilbage, når der ikke længere er behov for samme intensive indsats. Som Louise, hjemmetræner og SOSU-hjælper fra Svendborg, forklarer: 'Vi sætter jo selv på, hvad vi vil have af ydelser. Vi har jo ikke visiteret tid. Vi sætter selv tid på vores ydelser derude til og fra, og hvad vi har brug for af ydelser derude. ' Det skaber generelt en større fleksibilitet, også i forhold til planlægningen, at der er rigeligt med tid, og man ordner det medarbejderne imellem, hvis det spidser til: Vi plejer lige at ringe rundt og høre, om der er nogen, der har noget ledig tid, og "kan I ikke lige..." (Klaus, SOSU-hjælper og hjemmetræner).

7.15 Forsinke eller glemme hjælpen

Den afventende taktik er én måde at praktisere rehabilitering på i hverdagen. Et andet anvendt fagligt greb til at stimulere borgeren til selv at påtage sig opgaven med hverdagsaktiviteter kan også være at skyde hjælpen lidt og ankomme senere end egentlig planlagt. På den måde udfordres borgeren i sin afhængighed af hjælp og vælger måske selv at udføre opgaven. Som Gitte forklarer, praktiserer hun det især over for borgere, der i hendes optik 'ikke gider at rykke

sig' i forhold til selvhjulpethed, og så skal det det bakkes op af ros, hvis borgeren selv påtager sig opgaven:

"Når man ikke ligesom gider at rykke sig... Så rykker vi dem simpelthen for at se, hvad der sker... For tanken er det der med, for jeg har altid spist når klokken var halv 12, jamen lige pludselig, så kan jeg altså først komme halv 1. Så kan man sørme selv. Og så er det bare at fange den derfra og sige: "Jamen, hvor er det fedt, og hvor er det dejligt! Og køre lidt på, og ros og ros og ros." (Gitte, SOSU-assistent og hjemmetræner, Middelfart).

Gitte oplever, at borgerne ofte egentlig kan, men måske ikke er sikre på, om de enten må eller kan udføre opgaven og tøver med at gå i gang selv og prøve det af. Som hun siger: 'Det er svært nogle gange at få dem i gang'. I hendes optik skal borgerne opfordres til at være mindre afventende, men det kommer ikke naturligt. Som med eksemplet på en ældre dame, der skulle have hjælp til bad - og hvor tonen mellem dem med Gittes egne ord kan være ganske direkte og kontant:

'Hun sagde: "Jamen, de plejede altid at komme når kl. var halv 8", "Nå" siger jeg så, "hvorfor sidder du så stadig her og glør?"... Jamen hun skulle jo vente på os. "Hvorfor det?", siger jeg til hende, ""du kan jo bare gå i bad?". Jamen, hun var også træt af at vente, "men så gå da i bad?"... Så bliver man troligt siddende og ventende på, at vi kommer i stedet for selv at prøve... Altså, det kan også være helt over i den, sådan, 'Gud, det troede jeg slet ikke, jeg måtte'. "Jamen, det må du da gerne, hvis du føler, du kan, er der da ikke nogen grund til, at du skal vente på mig."'

Hvor den tidligere kompenserende hjælp var medvirkende til at producere afhængighed og serviceorientering hos borgeren, skal der i rehabilitering stilles krav. Som Gitte senere siger, er det en naturlighed i hendes tilgang til arbejdet nu:

"Det kommer bare til at ligge på ryggraden, ligesom at det gjorde før, at nu lavede du det. Du kunne jo også have et bad, hvor fru Jensen var vant til, at hun skulle nærmest bare sætte sig, sådan. Hvis jeg så lige pludselig kommer og sætter mig ovre på toilettet, så kan vi så sidde og kigge lidt på hinanden, og jeg kan så spørge, om der er noget galt med armene. "Nej", siger de så og griner lidt, "det er der ikke". "Så prøv at få dem til at køre lidt rundt. " "Uha da, jeg kan godt!"

Hvor det således er en anvendt og legitim strategi for medarbejderne at være afventende og se, om borgerne selv kan, er det omvendt ikke lige legitimt for borgeren at være afventende og vente på at medarbejderen skal træde hjælpende til. Og Gitte udfordrer således gerne borgeren med sin direkte stil.

Hjemmetræneren Mette lader ligeledes borgerens utålmodighed med at vente på hjælpen komme selvhjulpetheden til gode, dog på en måske mindre direkte måde. Som i eksemplet med en borger, der ikke gider vente på sin øllebrød, hvor det så også efterfølgende peges over for borgeren, at hun egentlig er selvhjulpetheden nu:

'Altså, i starten lavede hun jo ikke øllebrød selv, hun satte sig bare på en stol, og der blev hun siddende. Og så var der en dag, hvor jeg bare sådan stod og lavede et eller andet med kaffen, og det var jeg så åbenbart for længe om, og så rejser hun sig op og begyndte selv. Så sagde jeg, "Så kan du jo godt!". Og så har hun gjort det siden, så det er sådan med lige at trække sig engang imellem, så gør hun det selv' (Mette, SOSU-hjælper og hjemmetræner, Middelfart).

Og overtager borgeren ikke af sig selv opgaven, kan man nogle gange opnå samme udbytte ved at 'glemme' at udføre opgaven, således at borgeren selv må stå for den:

I nogle forløb, så bliver det bare en selvfølge, at borgeren lige pludselig selv overtager det, eller også så: "Ej, det glemte jeg. Hold da op, hvor var det flot, du så selv fik [skraldespanden] ud!". Så står de rigtig sådan [viser stolt ansigt], selvom du går fra den med vilje, ikke?... Så kan du også bakke ud af det på den måde... Og så sådan helt bevidst bare lade det stå' (Gitte, SOSU-assistent og hjemmetræner, Middelfart). På den måde er det medarbejderens 'forglemelse', der fremhæves som årsagen til, at borgeren selv må påtage sig opgaven, og der bliver ingen direkte konfrontation om, at borgeren skal træne selvhjulpethed.

7.16 Samarbejde

Selvom rehabilitering baserer sig på borgerens mål, og mange medarbejdere gør en del ud af at understrege, at det er borgerens ansvar at komme derhen, kan samarbejde være en god ting på vejen mod selvhjulpethed. Det kan dog være nødvendigt lige at slå fast, at dette ikke er en proces, som medarbejderne skal gennemgå, men derimod borgeren: 'Jeg siger altid de første dage, jeg kommer, "jamen, det er altså meningen, du deltager i det her, og det er sådan, projektet er. Færdig, så er du ude over den. Så kan du ligeså godt tage de sure miner først og så komme videre derfra' (Klaus, SOSU-hjælper og hjemmetræner, Svendborg).

I observationen af Elinor og hendes hjemmetræner Mette kommer samarbejdet til udtryk på den fineste måde. De danser nærmest om hinanden i køkkenet og ved lige, hvem der gør hvad, så ingen overflødige bevægelser eller ord er nødvendige: Elinor står med ryggen til Mette og stiller sin mad i mikrobølgeovnen, mens Mette er optaget ved vasken bag Elinor. I det øjeblik Elinor vender sig om for at tage en ske til sin mad, står Mette allerede klar med skeen rakt frem, uden at de overhovedet har brug for at udveksle ét ord. Her har Mette med andre ord fundet en fin balance mellem, hvornår man skal træde til, og hvornår man skal være afventende, eller have 'hænderne i lommen'.

For to af medarbejderne i det tværfaglige koordinerende møde i Middelfart handler det ligeledes om at få etableret samarbejdet og få skabt et fællesskab omkring opgaven, men der er dog grænser:

Marianne (ergoterapeut): 'Ja, det er bare den her: "Jeg tørrer støv af, så kan du støvsuge"... Men altså, den der med, at det du kan selv, det skal du selv. Det, du ikke kan selv, det hjælper vi hinanden med. Ikke? Altså den er jo rigtig fin, så er man heller ikke overtager'.

Lene (SOSU-assistent): "'Vi". Ordet vi er jo så vigtigt der'.

Marianne: 'Ja, vi hjælper hinanden'.

Lene: 'Ikke mig, men vi hjælper hinanden'.

Marianne: 'Ja, men ellers er det ikke godt med: "Vi skal i bad", vel?' (griner).

7.17 Sælge opgaven

Et andet fagligt greb til at motivere borgeren til at ønske at blive selvhjulpethed er, at opstille et 'worst case scenario', hvor medarbejderen beskriver de negative ting ved at være afhængig af hjælp. Det gode alternativ er i modsætning at blive selvhjulpethed og således kunne bestemme over sit liv igen. Som Klaus beskriver det, er en sådan teknik ganske effektiv:

'Man kan komme ud til en af de første besøg der og sige, jamen, du har mulighed A og mulighed B i det projekt her: Mulighed A det er, at du deltager i det her og forhåbentlig ender med at være så selvhjulpnen, at du kan klare dig selv og ikke skal sidde hjemme en halv dag og vente på, at hjemmeplejen dukker op til dig. Mulighed B det er, at du ikke deltager i det her, bliver ved med at sidde stillesiddende i en stol og bliver dårligere stillet, end du er nu, og så skal have hjælp og tilbringe hele dit liv med at sidde og vente på, at hjemmeplejen de dukker op til dig. "Hvad er så bedst? At du selv kan klare dine daglige indkøb, eller at du sidder hjemme og keder dig og venter på, der dukker nogen op? Det er de muligheder, der er." Sådan meget sort på hvidt. Og så kan folk sgu ligesom godt se, hvad den bedste er af de to løsninger' (Klaus, SOSU-hjælper og hjemmetræner, Svendborg).

Christina, SOSU-hjælper og hjemmetræner i Middelfart, taler ligeledes om, at det handler om at den rette præsentation: 'Altså det er et spørgsmål om at sælge ting'. Hendes kollega Lotte, visitator i Middelfart, supplerer, at dette netop er en god salgsstrategi: 'Måden man er på selv også, jamen prøv at høre her: "Jeg vil super gerne hjælpe dig, men kunne du ikke tænke dig, at det faktisk var dig selv, der gjorde det her, fordi lige om lidt... Du har jo ikke lyst til, at vi er her faktisk, vel?". Der er jo nogen der egentlig synes, at det er pisseirriterende, at vi kommer'.

Når man skal 'sælge' ideen, kan man også tage udgangspunkt i kommunens serviceniveau som salgsgargument. Dette sker i visitationssamtalen med Karl, hvor visitator har opfanget, at Karl i sit hverdagsliv kerer sig om, at der er rent i hans hjem. Hun forsøger derfor at overbevise ham om, at han ville få det mere rent, hvis han selv kunne stå for rengøring, end hvis han skal vente på, at kommunen kommer. I vores efterfølgende interview argumenterer hun for denne strategi:

'Her lød det som om, at han gerne ville have det én gang om ugen. Hvor jeg så tænker, "jamen, kunne der så være nogen fordele i, at du så kan varetage noget af det? Fordi, hvis vi er inde, så er det hver 14. dag". For dér hører jeg i hvert fald, at han siger det er vigtigt, at der er rent og pænt. Og egentligt tænker jeg også, at han gerne vil have det gjort... bedre, end hvis vi kom hver 14. dag, at det var mere tilfredsstillende for ham, hvis han faktisk kunne tage noget af det oftere'. Karl var dog ikke af den opfattelse, at han selv kunne stå for rengøring, heller ikke med en rehabiliterende indsats. Han valgte at klage over afgørelsen om rehabilitering og fik efterfølgende tildelt almindelig hjemmehjælp til rengøring, hver 14. dag i 20 minutter til sine 80 m² med tre rum og køkken.

7.18 Præsentere borger

Den nye faglighed handler også om, at man som medarbejder skal kunne præsentere sin borger. Med rehabilitering er der introduceret et nyt kommunikationsforum, det tværfaglige koordinerende møde, hvor man som medarbejder skal indgå i en tværfaglig dialog og sammen med kollegaer med forskellige faglige baggrunde diskutere borgerens behov og mulige løsninger. Der ligger heri for de udførende medarbejdere bl.a. en opgave med at præsentere og repræsentere borgeren på møderne, da de opfattes som dem, der er tættest på borgeren. Som Christina, SOSU-hjælper fra Middelfart, siger: 'Det er jo mig, der kender borgeren, de [andre mødedeltagere] kender jo ikke borgeren. Kan du følge mig?'

Møderne er typisk stramt orkestreret, med nøje afsat tid til hver borger, hvor den tilknyttede medarbejder inviteres ind til at give sit besyv. I observationen af de tværfaglige møder var det interessant at se, hvordan udførende medarbejdere ventede uden for døren. De var tydeligvis lidt spændte, og nogle også lidt nervøse, som skulle de ind til eksamen.

Ifølge lederne krævede det for de forskellige medarbejdere lige lidt tilvænnning til denne nye situation, hvor den udførende medarbejder skulle agere eksperten på borgeren. Men det er også en opgave, de har påtaget sig, og de har vænnet sig til at agere i disse nye faglige sammenhænge. Som Susanne, leder i Svendborg, siger: "I starten var de jo noget mere tilbageholdende, fordi de vidste ikke lige, "hvad går det her ud på?". Hvor de er meget mere aktive nu og bidrager en stor del til møderne på et helt andet niveau, end det var i starten. Fordi i starten var de ikke vant til at deltage i møder i det hele taget jo'.

Christina lader sig heller ikke gå på af, at hun skal agere i denne nye og tværfaglige sammenhæng, heller ikke over, at der måske optræder andre faglige termer og udtryk, end hun er vant til: 'Ja, det er jeg så ligeglad med, jeg taler mit sprog. Sådan er det bare. Og hvis der er noget, jeg ikke forstår, så kan jeg godt finde ud af at sige, "Hvad betyder det du siger der?" (Christina, SOSU-hjælper, Middelfart).

Ifølge lederne har også mindre erfarne medarbejdere godt udbytte af at optræde på mødet, men kan dog have behov for at vænne sig til situationen. Som Anja, SOSU-hjælper og hjemmetræner i Svendborg, fortæller: 'Altså, dem, som der har været heroppe, også af vores elever og sådan nogle ting, de synes jo faktisk, der er en god sparring heroppe'. Om en bestemt nervøs ung medarbejder siger hun: '[Hun] havde det egentlig rigtig godt med at have været her, fordi det var jo egentlig ikke så farligt alligevel, men det er det der ukendte'. Og som Jytte, visitator, Svendborg, følger op, betyder den hyppige mødeform også, at alle parter kommer til at kende hinanden bedre, og det tager lidt at spændingen af: 'Vi kender dem jo alle sammen efterhånden'.

7.19 Opsamling

Den rehabiliterende tilgang har betydning for de fagligheder som medarbejderne i det daglige tager i anvendelse, ikke mindst i forhold til kravet om at samarbejde på en anden måde med både borger og andre faggrupper. Der er enighed om, at tværfaglighed kræver et solidt fundament i monofagligheden, men at der også er behov for generel opkvalificering i forhold til den rehabiliterende tilgang og den tværfaglige arbejds måde. Videreuddannelsen af især udførende medarbejderne har dog ikke været langvarig og bliver ikke altid fulgt løbende op. Man skaber derfor som udførende medarbejder i høj grad sig egen – og nok noget personlige – tilgang til den gode rehabiliterende tilgang. Her synes der især indledende at have været fokus på at få de, der oprindeligt blev betragtet som mulige spydspidser, sygeplejerskerne, klædt ordentligt på, så de kan medvirke til at ændre dagsorden. Som lederne berettede i interviewene, viste det sig dog at være en større opgave. Lige som det har været at få sygeplejerskerne til at indgå i den tværfaglige koordinering om indsatsen over for borgeren. Til gengæld synes SOSU-medarbejderne generelt at være mere omstillingsparate, i hvert fald de medarbejdere, der har meldt sig som hjemmetrænere.

Den faglige læring og generelle applikation af rehabilitering synes især at finde sted, når man arbejder på tværs af almindelig hjemmehjælp og rehabilitering. I Middelfart er det eksempelvis, for medarbejdere, der er overbeviste om fordelene ved den rehabiliterende tilgang, nu en naturlig del af arbejdet at inddrage den rehabiliterende tanke, uanset om de arbejder rehabiliterende eller kompenserende. I det daglige synes hjemmetrænerne i høj grad at orientere sig mod den terapeutiske tankegang, som terapeuterne tilbyder i samarbejdet. Også helhedsorientering er blevet et fast redskab i den faglige bagage, og herunder ikke mindst orientering mod borgerens sociale behov. Det til forskel for den almindelige hjemmehjælp, hvor dette fokus kun indtil videre tilbydes ved hjælp af klippekortsordningen. At have fokus på den sociale dimension er dog ikke ensbetydende med, at der leveres løsninger på dette problemfelt. Som vi senere i rapporten beskriver, henvises i høj grad til pårørende og frivillige instanser. En

anden forskel fra den almindelige hjemmehjælp er den tid, der er til rådighed i det daglige til at hjælpe borgeren med at træne dagligdagsopgaver. Der er en generel forståelse for, at rehabilitering tager længere tid, og hjemmetrænerne har en udpræget frihed i planlægningen af, hvilke indsatser der skal gives, og hvor meget tid der skal bruges – hvilket igen giver udtryk for en stor tillid til, at de kan disponere over deres tid og melde tilbage, når der er behov for mindre intensiv indsats.

Hvilke faglige greb anvendes så i det daglige for at motivere borgeren? Ikke mindst kendskabet til borgeren, så man kan trykke på de rigtige knapper, er væsentlig. Og generelt lægger medarbejderne pres på borgeren: borgeren udfordres i sit selvbillede om, hvad han/hun formår og, opfordres til at bryde sin forståelse for sine grænser. Medarbejderen skal også som en del af sin faglighed tænke innovativt og løsningsorienteret, og her kommer det tværfaglige samarbejde især til sin ret, for man kan sammen med andre faggrupper bedre finde alternative og smartere løsningsforslag. Nogle gange er borgeren så ikke indstillet på disse og specielt ikke, hvis det bryder med de faste rutiner og den måde, man holder af sin hverdag på. Ét meget anvendt og anbefalet fagligt greb er at tage hænderne i lommen og dermed overlade initiativet til borgeren. Er det så en form for hjælp? Nok ikke i fx borgeren Verners optik, for, som han siger, 'det er sørgeligt', at hjemmetræneren Linda ikke hjælper ham. Derudover kan det være udfordrende for medarbejderne at anvende denne afventende taktik, hvis borgeren kæmper med opgaven. Man kan også overlade initiativet til borgeren ved at vælge at komme for sent eller glemme at udføre opgaven. Ikke mindst over for de borgere, som opfattes som lidt ugedelige. Når borgeren så indgår eller helt overtager opgaven, er det vigtigt at anerkende dette ved at rose. Samarbejdsmodellen er dog også udbredt i forhold til at se udførelsen af opgaven som noget, man som medarbejder og borger er sammen om. Og endelig er det som fagligt greb vigtigt, at man i det hele taget har fået solgt opgaven til borgeren: hvis ikke borgeren selv kan se ideen om selvhjulpenhed, kommer man ikke langt. Her anvender medarbejderne forskellige faglige teknikker: der kan appelleres til, at man får højere livskvalitet, hvis man er selvhjulpen, og ikke mindst så man ikke behøver at vente på hjælpen ankommer. Man kan også henvise til kommunens (lave) serviceniveau og fremhæve, at borgeren nok får udført opgaven bedre, hvis man selv kan stå for den.

Endelig ligger der i nye faglige krav til medarbejderne, at de formår, og på den rette måde, at præsentere 'sin' borger. Det gælder ikke mindst på de tværfaglige koordinerende møder. Her synes det dog at være opfattelsen, at det ikke volder de store problemer, og ikke mindst giver dette møde en mulighed for at få et mere afslappet forhold til de andre faggrupper, og især visitator.

8 Fælles mål

8.1 Indledning

Til forskel fra tidligere tilgange til hjemmehjælp arbejder man i rehabilitering målorienteret. Jævnfør Sundhedsstyrelsens nye Håndbog om rehabilitering handler målorientering om at arbejde systematisk med at afdække borgerens oplevede problemområder og sammen med denne afdække, hvad der skal være målet for indsatsen. Det anbefales at ske over et eller flere møder med borgeren, og der kan skelnes mellem kort- og langsigtede mål (Sundhedsstyrelsen, 2016).

Rent konkret betyder den nye målorientering, at visitator indledende fastsætter det retningsgivende mål for, om indsatsen til borger skal rette sig mod selvhjulpethed, og dermed om der skal gives rehabilitering, eller om indsatsen i stedet skal være i form af kompenserende hjemmehjælp. I den efterfølgende proces identificerer og opstiller borger sammen med de tilknyttede medarbejdere en række individuelle og personlige borgermål, som den daglige rehabiliteringspraksis kan basere sig på. Disse er typisk bundet op på at opnå selvhjulpethed i en række mindre, men konkrete hverdagsaktiviteter. For som Jytte, visitator i Svendborg, påpeger, 'for nogle er det vigtigt, at man har det overordnede mål for ligesom at have den røde tråd', mens det for andre borgere giver mere mening at have små og daglige mål for øje'. Dette kapitel ser nærmere på, hvordan forskellige medarbejdere arbejder sammen med borgeren om identifikationen og opnåelse af retningsgivende og borgermål, herunder hvordan forskellige faggrupper indgår i at skabe et fælles mål med borgeren om at arbejde mod større selvhjulpethed. Der ses i kapitlet også på, om og hvordan der mellem medarbejdere og faggrupper skabes fælles mål for indsatsen, så man i det daglige arbejder hen imod at skabe det samme resultat. Der trækkes i kapitlet fortrinsvis på empiri fra observationer og interview med borgere, medarbejdere og ledere, men delvist også fra offentlige dokumenter og lovgivning.

8.2 Anvendelse af mål i rehabiliteringsindsatsen

Der anvendes således to forskellige former for mål i rehabiliteringsindsatsen. Når en borger tildeles et rehabiliteringsforløb af den kommunale visitation, sætter visitatoren et såkaldt *retningsgivende mål* for indsatsen i hjemmeplejen. Det retningsgivende mål angiver, hvad der overordnet skal være styrende for indsatsen:

- At udrede: at afklare behov og/eller udviklingspotentiale med henblik på at identificere relevante og nødvendige handlemuligheder i relation til den enkelte
- At udvikle: at generhverve tabte eller udvikle nye funktioner/kompetencer
- At fastholde: at fastholde eksisterende funktioner/kompetencer, herunder at forhindre/udsætte yderligere tab af funktioner/kompetencer
- At lindre/understøtte: at bevare borgerens livskvalitet og værdighed til trods for svækkelse/sygdom/handicap.⁶

I forhold til det retningsgivende mål for et rehabiliteringsforløb kan alle fire mål komme i spil, da rehabiliteringsforløb ikke kun kan have til formål at udvikle en borgers funktionsevne, men eksempelvis også anvendes til at udrede en borgers behov. Det retningsgivende mål er ikke

⁶ KL (2004) *Fælles sprog II. Dokumentation af afgørelser på det kommunale ældre- og handicapområde*. København: KL.

statisk men ændres ved ændringer i borgerens funktionsevne eller behov. At det retningsgivende mål ændrer sig fra at *udvikle* til at *bevare*, skal ikke nødvendigvis ses som en nedjustering af de faglige ambitioner for, hvad hjælpen kan gøre i forhold til borgerens funktionsevne. Det kan også skyldes, at borgerens funktionsevne rent faktisk er blevet udviklet så optimalt som muligt på de relevante områder, og at der på de resterende områder ikke er eller har været et udviklingspotentiale.

Udover det retningsgivende mål for indsatsen tager kommunerne også udgangspunkt i borgerens individuelle og personlige mål, eller *borgermålet*, som vi betegner det i rapporten, for indsatsen, som en måde dels at bringe borgerens egen motivation i spil, dels med hensigten at sørge for, at det er borgerens mål og ønsker, der skal være omdrejningspunktet for indsatsen. Dette er som nævnt ét af de afgørende elementer, der adskiller det at arbejde rehabiliterende fra tidligere praksis i hjemmeplejen.

8.3 Fælles om borgermålet

8.3.1 Vurdere potentialet for rehabilitering

Når borgeren får behov for hjælp, er første led mod et rehabiliteringsforløbet således selve overvejelsen, som indsatsen skal rette sig mod rehabilitering eller ej. Denne beslutning tages af visitator, som anvender de overordnede retningsgivende mål, der angiver, om hjælpen skal være kompenserende eller aktiverende. Selve visitationen til rehabilitering kan ske ved et personligt besøg, der således ofte bliver første gang, borgeren præsenteres for målet om selvhjulpenhed.

Som hos Karl fra Svendborg, der søgte om hjælp til rengøring, og fik besøg i hjemmet af visitator sammen med en hjemmetræner. I snakken søger visitatoren Line at identificere hvad Karls mål er fremfor i ydelsen, for som hun senere påpeger, er det ikke hendes opgave at præsentere borgeren for et tag-selv-ydelseskatalog, men at finde ind til hvad der er borgerens mål, og afpasse tilbuddet dertil: 'Det er det der med, "hvad har du brug for hjælp til", sådan spørger jeg vist ikke... Det er jo også, fordi vi er jo også opdragede til, at vi skal ikke opfinde nogen vanskeligheder, som borgeren ikke selv kommer med fx, så det er jo også at holde sådan lidt igen'. Karls 'mål' var derimod mere konkret: at få hjemmehjælp, men man finder i samtalen hurtigt ud af, at Karls ønske er at kunne holde huset rent, og ikke mindst at støvsuge og vaske køkkengulvet, en opgave, han har svært ved at udføre selv.

Allerede før samtalen med Karl er den umiddelbare vurdering af visitator og ergoterapeut, at han nok skal tilbydes rehabilitering, og samtalen understøtter dem i denne beslutning. Karl bliver derfor under samtalen tilbudt træning i bl.a. gulvvask, hvilket ikke var det udfald, han havde ventet. Her blev der med andre ord ikke etableret et fælles mål omkring rehabilitering. Som han siger i det efterfølgende interview: 'Det er først, når man tænker over bagefter og så siger, "hvad fanden var det egentlig, de gjorde? Hvad var det, de gjorde ved dig?''.

Vi spørger, om han oplevede visitationssamtalen som en svær situation, hvortil han svarer: 'Det var en svær snak. Jeg skulle finde ud af, hvad drejede det sig egentlig om? Hvad var det, jeg havde bedt om, og hvad var det, jeg fik?'. Karl valgte som tidligere nævnt at klage over beslutningen – 'der er jeg altså gammel smeddreng og gammel tillidsmand. Så slår jeg i bordet' – og fik sidenhen tildelt kompenserende hjemmehjælp med rengøring én gang hver 14. dag. Til spørgsmålet om, hvordan han ville forholde sig i fremtiden, hvis han fik behov for mere hjælp og igen blev tilbudt rehabilitering, siger han: 'Så ville jeg sgu sige nej igen. Det ville jeg, fordi jeg er i den situation, nu bliver jeg 80 år (griner), nej, jeg mener også, jeg har været med til at skabe et samfund, nu kommer smeddrengen op [i mig] igen'.

Selve ideen med mødet var heller ikke klar for Hans, ikke mindst fordi han slet ikke endnu havde været på egen hånd i sin lejlighed efter genoptræningsopholdet og derfor ikke vidste, hvordan eller om han ville kunne magte hverdagsopgaverne igen: '... bagefter så kunne man måske have fået af vide... Hvad det gik ud på... Hvad det skulle, altså hvorfor... Hvad vi skulle have ud af, for at jeg skulle snakke om, hvad mit behov var. Det var jo ikke... Ved at være her i en time vil jeg jo ikke kunne se, hvad mit behov var. Jeg kunne se hvad mit behov var til hjælp, da jeg var [på genoptræningscenteret]'.

8.3.2 Udskrivningskoordinator laver funktionsevnevurdering

Andre gange kan vurdering af, om der skal tilbydes rehabilitering, ske rent administrativt ved udskrivning fra hospital, hvor visitator måske kan læne sig op ad en funktionsevnevurdering fra udskrivningskoordinator på sygehuset. Som Lotte, der er visitator i Middelfart Kommune, fortæller, bunder denne praksis ikke mindst i en ressourceovervejelse ud fra antallet af visitatorer: 'Hvis det var, vi var flere folk, så ville vi heller ikke vælge at sige, det vi får fra sygehuset, det tager vi som gode vare og sender det videre til andre. Så ville vi jo besøge dem. Men så mange er vi bare ikke. Så må vi jo gøre det på den næstbedste måde, og det er jo at sige, at vi tager, vi tror på det'.

Lotte er dog også opmærksom på, at det måske ikke er et fyldestgørende billede af borgeren, de får på denne måde, og at der efterfølgende ligger en stor opgave hos terapeuterne og SOSU-medarbejderne i forhold til at vurdere, om borgeren virkelig har potentiale for rehabilitering: 'Vi ved godt, at det, vi får fra sygehuset, det er af varierende kvalitet, men... det er det bedste, vi har. Og det er det, vi sender videre til de næste, som så er terapeuterne, som så må gå hen og fortælle os: 'Det der, det passer ikke, eller også er det hjælperne, der finder ud af, det der holder ikke en meter, det er helt hen i vejret'.

De retningsgivende mål kan udover vurderingen, at der skal gives et rehabiliterende forløb, også angive, hvilke hovedområder af hverdagsaktiviteter rehabilitering skal rette sig mod, og hvor der opstilles et mål om, at borgeren er helt eller delvist selvhjulpnen inden for området efter endt forløb. Disse hovedområder opfattes dog i den samtale, der udveksles mellem Christina og Lotte, henholdsvis SOSU-hjælper og visitator i Middelfart, som standardiserede funktionsopgaver og ikke nødvendigvis nogle, der umiddelbart afspejler borgerens ønsker:

Christina (SOSU-hjælper): 'Det er næsten altid de samme, der står, er det ikke det?'. Lotte (visitator): 'Målene er meget de samme... det er meget standardiseret, og det er også, fordi at det ligesom er rammer for det, I skal arbejde mere konkret inden for. Hvor formålet, det er jo det, vi har aftalt med borgeren, hvad er det vi skal?... Det er jo altid sådan noget, at de skal få nok at spise og drikke, gøre hjemmet rent og tøj, rent tøj og sådan noget'.

Der er fokus på at det retningsgivende mål og evt. hovedgrupper af opgaver skal fungere som en overordnet beslutning, der ikke hæmmer de udførende medarbejdere i at identificere de faktiske borgermål sammen med borger. Som Heidi, leder af visitatorerne i Middelfart, siger: 'Det der er faren ved at lave alt for specifikke mål for en myndighed, det er jo, at reducerer man metodefriheden ude hos udfører? Så det er vi i hvert fald meget opmærksomme på... man skal have lov til at gå den snoede vej nogle gange'.

8.3.3 Videreformidling af formål om selvhjulpnenhed

Uanset om borgeren har modtaget et besøg i hjemmet, eller om visitationen til rehabilitering er sket rent administrativt, overtager terapeuten eller hjemmetræneren ansvaret for det videre forløb. Majbrit, der er ergoterapeut, fortæller, at medarbejderne ofte starter op med formidling til borgeren af, at det overordnede formål for indsatsen er træning mod selvhjulpnenhed. Hun

savner egentlig nogle opstartsmøder, hvor visitator sammen med de andre faggrupper kunne formidle til borgeren, hvad indsatsen kommer til at handle om. Ikke mindst fordi borgeren i mødet med Majbrit nogle gange hverken selv er klar over formålet eller egentlig er indstillet på at skulle arbejde mod selvhjulpethed. Et opstartsmøde ville – og ud fra flere faglige perspektiver – bedre kunne formidle formålet med den rehabiliterende indsats over for borgeren:

‘Altså generelt så har vi et problem i forhold til målsætning, fordi der ikke bliver holdt de her opstartsmøder med visitationen og sådan noget, som der gør mange andre steder. Det er et afgørelsesbrev, der ligger til borgeren i forhold til rehabilitering, og det er langt fra alle, der forstår det. Når hjemmetræneren og jeg kommer, prøver vi jo efter bedste evne at formidle, at det er en træningshjælp, borgeren er blevet tildelt, og målet med den er, at du bliver så selvhjulpethed som muligt, for det er det jo, men det er ikke sikkert, det lige er givet, at det er borgerens egen målsætning’ (Majbrit, ergoterapeut i Middelfart Kommune).

I kommunikationen om at fokusere på selvhjulpethed i hverdagsaktiviteterne er det ikke mindst væsentligt, hvordan denne opgave første gang bliver præsenteret for borgeren. Især i forhold til opgaver, der relaterer sig til praktisk hjælp, såsom rengøring. Erfaringen er, at borgeren kan opleve det provokerende at få besked på at skulle ‘lære’ eller ‘træne’ hverdagsopgaver, som de tidligere har mestret, såsom rengøring. I Middelfart har man derfor valgt at lade terapeuterne spille en væsentlig rolle i denne indledende snak med borgeren: Det er noget af det, hvor det er rigtig vigtigt, at terapeuten er formuleret sådan, at man ikke siger: “træne dig i”, for ‘jeg har gjort rent hele mit liv, jeg ved godt, hvordan man gør!’ Så det er jo den måde, man får det formuleret på i forhold til... Det er i hvert fald nogle af de steder, hvor det kan være rigtig svært, og hvor vi ofte vælger, at det er terapeuten, der går ud’ (Karin, leder af træningssektionen, Middelfart Kommune).

Som Anni, borger i Middelfart Kommune, siger, er det lige præcis det ordbrug, der provokerer hende rigtig meget: ‘De siger, at jeg skal lære det... Det irriterer mig, at de kommer med det udtryk. For der er jo ingen, der skal lære mig noget, for jeg kan jo godt. Hvis jeg kunne selv, så var det intet problem... De ved jo udmærket godt, at jeg kan, synes jeg, for jeg har jo gjort det hele tiden, og for det, at jeg har klaret mig selv hele tiden’. Med andre ord, er der i Annis optik ikke behov for at lære nye færdigheder. Hun ved godt, hvordan man udfører disse hverdagsaktiviteter. Problemet er bare, at hun lige nu ikke kan udføre dem selv. Et eksempel på, hvordan også borgernes oplevelser og erfaringer formes af det institutionaliserede sprog, er dog, at også Anni - og nok lidt ubevidst - også har taget ordbrugen om ‘at lære’ til sig i sin hverdag, ikke mindst i forhold til, hvordan hun håndterer den mikrobølgeovn, hun til sin store irritation har måttet acceptere at få ind i huset, så hun selv kan varme maden fra kommunen. Her omtaler hun, at hun har behov for at være åben over for at ‘lære’ nye måder at gøre tingene på og dermed opnå selvhjulpethed på dette område:

Interviewer: ‘Er målet om selvhjulpethed noget, du selv har givet udtryk for, eller er det noget, som nogen har sagt til dig?’

Anni: ‘Jamen, det ved jeg ikke, det kommer sådan hen af vejen. At man tør, og man skal lige lære, hvordan man skal bære sig ad. For at varme maden og alt det der. Det er ikke noget man sådan lige har... sådan en ovn har jeg aldrig haft. Den har jeg fået’.

8.3.4 Langsom identifikation af borgers mål

Hvordan finder man så frem til borgerens mål? Hvad er udgangspunktet og processen? Som Linda, sygehjælper og hjemmetræner i Middelfart, fortæller, er der meget stor forskel på borgernes udgangspunkt: ‘Nogle er jo fuldstændig skarpe på at sige, ‘jeg skal gerne af med jer hurtigst muligt’, og andre har måske ikke gjort sig så mange overvejelser, de er måske i krise,

og de står måske et sted, hvor de kommer hjem, og livet er vendt fuldstændigt på hovedet. De er ikke i stand til at sætte mål på det tidspunkt'.

Det falder således ikke altid nemt for borgerne at deltage i processen omkring identifikation af mål, hvor det så for medarbejderne handler om at finde ind til, hvad der har værdi for borgere, dér, hvor borgeren er nu i livet: 'Mange af dem har også svært ved at sætte målene, synes jeg, når vi nogle gange spørger dem, så kan det være, "jamen, jeg vil egentlig helst bare klare mig selv, som jeg kunne tidligere", og så er snakken selvfølgelig, "hvad har du kunnet tidligere, og hvad er vigtigt for dig?"'(Ulla, rehabiliteringsterapeut, Svendborg).

Der er ikke nødvendigvis nogen formaliseret måde at tale med borgeren på om, hvad der giver mening for dem i deres hverdag. Terapeuterne i Middelfart benytter dog en struktureret samtale i denne snak med borgeren, hvorimod Linda, sygehjælper og hjemmetræner i Middelfart, oplever, at det ikke på samme måde er muligt for hende som hjemmetræner med en sådan metode, fordi de borgere, hun arbejder med, typisk er rigtig svage: 'De trænende terapeuter de kommer som regel ud og laver en ret struktureret samtale med borgeren. Det kan vi bare ikke altid, der hvor vi står, fordi mange af de borgere, som vi taler med, [kommer] hjem og er pivedårlige'.

At identificere, hvad der er vigtigt for borgeren, og dermed, hvad der skal være udgangspunkt for de individuelle borgermål, kan være en proces, der tager tid. Som Gitte, SOSU-assistent og hjemmetræner i Middelfart, siger skal man ind på livet af hinanden: 'Altså, jeg har gerne sådan, at når vi får nye forløb, så den første dag måske den bruger vi bare på primært at sidde og snakke, og jeg gør rigtig mange af tingene. Og vi hjælpes ad, hvis det er ting, som vedkommende selv kan. Jeg er ikke fortaler for at træde ind af døren og sige: 'Bla-bla-bla, sådan er det, og du skal jo træne, og du skal ditten, og du skal datten'. Altså. Man skal lige ind på livet af hinanden'.

Mange hjemmetrænere taler om, at identifikationen af borgermålene kommer ved at være opmærksom og lyttende i forhold til, hvad borgeren undervejs i forløbet løbende fortæller, og så 'fange det', der giver mening for borgeren, men samtidig ikke tage initiativet fra borgeren i forhold til, hvordan man så bevæger sig hen mod målet:

Mie: 'Jeg tror bare, det er noget vi gør, fordi man kommer hos borgeren hver dag, så ser du jo også nogle nye ting eller opdager nogen andre ting, eller hører borgeren sige et eller andet, et pip om et eller andet, hvor man skal fange dem lidt i luften nogen af tingene' (SOSU-assistent og hjemmetræner, Svendborg).

Klaus: 'Den der "jeg kunne også godt tænke mig", den er god. Så siger jeg ja, men har du så nogen idéer til, hvordan du kommer til at kunne det der? Så er der åbnet op for debatten'. (SOSU-hjælper og hjemmetræner, Svendborg).

Og det gælder for Mie også om at bistå borgeren med at sortere de mindre væsentlige ting fra, for derved at kunne fokusere på det, som borgeren virkelig vil investere i at træne i: 'Det kan være noget, hun bare slynger ud sådan her, og så kan jeg sige til hende, "Jamen, hvad mener du, er det her noget, du mener seriøst?"'.

Det gradvist gode kendskab til borgeren betyder, at hjemmetræneren nok i højere grad, end hvad der er muligt for visitator i den indledende snak, kan indfange, hvad der giver mening for borgeren. Borgeren Hans oplevede fx, at visitator tilbød ham at få leveret mad fra kommunen, hvor hans hjemmetræner Anja i stedet fangede hans ønske om selv at tilberede sin mad og så dette som en mulighed i at træne ham i at blive selvhjulpnen i denne aktivitet. Som Hans siger, var beskeden fra visitator på det indledende møde: 'Ja, jeg kunne bare få bestilt mad udefra... Så kom der én, der kunne varme det for mig. Det havde jeg ikke lyst til... Anja foreslog, om

det ikke kunne lade sig gøre, at vi kunne lave det sammen, og så siger jeg, at det vil jeg da gerne'.

8.3.5 Realitetsforhandling og forventningsafstemning

Nogle gange handler processen mod borgers mål også om at realitetsforhandle. Det handler med andre ord for medarbejderne om at bistå borgeren i at stille realistiske mål og forventningsafstemme i forhold til, hvad man tror, borgeren kan opnå. Pernille, der arbejder i den kompenserende hjemmehjælp i Middelfart, fortæller om et bestemt og noget urealistisk forløb med en borger, hvor de dog gradvist sammen endte et sted, hvor hun kunne se både sig selv og borgeren: 'Altså de første mål de var sådan lidt vilde... det skal forhandles ned... Det var en borger, som gerne ville op og kunne gå (griner), som var lidt urealistisk, men så blev det så sidst sådan, at hun ville egentlig gerne bare melde sig tilbage i dartklubben og måske kunne spille lidt dart igen. Og dét, synes jeg, var smadder godt set, at vi kan ikke få hende op fra den ene dag til den anden og gå, men at hun selv sådan blev guidet lidt i gang med, hvad kan man så? Jeg synes i hvert fald, det gør det meget nemmere at komme oppe ved borgeren, efter vi har haft det der møde der' (Pernille, SOSU-assistent og hjemmehjælper, Middelfart).

Majbrit, der er ergoterapeut i samme kommune, kan godt genkende denne situation og udfordringen for medarbejderen i, at borgerne har et meget forskelligt udgangspunkt i forhold til, hvad de realistisk kan opnå: 'Nogle er allerede ude i, at de skal ud og løbe et maraton, og andre tør ingenting, og det er dér, vi er. Altså, hvor jeg tænker, det er jo alt inde imellem de der møder, der ligger, hvor vi taler med borgeren om, hvor langt de er, og hvad er næste skridt, og der får du også forventningsafstemt en hel masse undervejs, og de får afprøvet nogle ting og siger, "Okay det kan jeg godt se. Jeg troede godt nok, det her gik stærkere". Nogle bliver skuffede, og nogle bliver glade'.

Ud over at hjælpe borgeren til at være realistisk i forhold til sin egen formåen, kan denne proces også handle om at sætte grænser for borgerens forhåbninger til, hvad hjælpen fra kommunen kan bistå med. Ikke mindst da hjælpen er fokuseret på at gøre borgeren selvhjulpnen i forhold til almindelige hverdagsaktiviteter. Her bliver de institutionelle rammer for rehabilitering meget tydelige i forhold til det mulighedsrum, som står til rådighed for medarbejdere og borgere. Som for Marianne, ergoterapeut i Middelfart, der gerne forsøger at få borgeren tilbage på sporet i forhold til mestring af hverdagsaktiviteten, men også ser det som en udfordring at tøjle borgerens 'vilde' drømme og indpasse dem i den hjælp, som hun kan tilbyde: 'Jeg kommer ud og siger: Nu er det det her, det handler om. Og når vi nu snakker rengøring, hvor er det så, vi skal starte? Hvad vil du gerne? Det bliver jeg nødt til, for hvis jeg siger: "Hvad er dit mål, hvad vil du gerne?", "Jamen jeg vil gerne ud og spille golf". Jamen, nu skal vi altså gøre rent. "Men jeg vil hellere spille golf". Jamen, det duer ikke, vel? Så derfor, så bliver du nødt til at afgrænse det og sige, nu handler det om rengøring. Altså, så kan du bestemme, hvor starter vi henne? Hvad skal vi kigge på?... Der har jeg det sådan lidt, jah. Det er op ad bakke, det er rigtig meget op ad bakke'.

8.3.6 Selvhjulpnenhed – det underforståede mål

Det er heller ikke altid, at det for borgeren står helt klart, at man har haft en proces der skulle identificere målene for indsatsen. Heri er der dermed et institutionelt mismatch mellem det klare og italesatte fokus på at identificere borgers mål under visitationen og den senere mere langsommelige og mindre transparente proces med at afklare de daglige mål for indsatsen sammen med borger. Der kan dog være forskellige forklaringer på dette. Én af dem er, at borgerne måske senere ikke erindrer denne proces. Som mange medarbejdere og ledere i interviewene peger på, er borgerne ofte i krise, når hjælpen indledes. I andre tilfælde kan

borgerne være kognitivt svækkede. Interviewene med borgerne tyder dog på, at man ikke klart italesætter, at man nu har en proces om at identificere mål, og hvad målene stiler mod. Og at man heller ikke i det daglige nødvendigvis konkret taler om 'mål' for indsatsen. For borgeren Inge fx var det ikke den stor samtale omkring selvhjulpenshed, som hun husker, men mere hvilke fysiske øvelser, hun skulle udføre:

Interviewer: 'Hvordan, har I snakket om mål? Om du havde et mål om at være selvhjulpenshed eller et mål om selv at kunne gå i bad, eller? Er det noget, I sådan har snakket om?'

Inge: 'Nej, det tror jeg såmænd ikke, vi gjorde. Jeg fik jo nogle øvelser der, som jeg skulle gøre, og det har jeg også gjort'.

Heller ikke Verner erindrer, at der har været nogen speciel snak om selvhjulpenshed og om, hvad der skulle udgøre hans mål. Han mener heller ikke, at Linda, der til daglig kommer i hjemmet som hjemmetræner, taler om mål for indsatsen:

Interviewer: 'Er det noget, du har snakket med, da du snakkede med kommunen, var der så nogen, der spurgte dig omkring, jamen hvad kunne du tænke dig på længere sigt, hvis vi nu hjælper dig... '.

Verner: 'Det har de jo ikke snakket om'.

Interviewer: 'Har Linda snakket med dig omkring, om der er noget specielt mål med det, den hjælp, hun giver dig? Skal du opnå noget?'

Verner: 'Næ... Jamen, man skal vel opnå, at jeg kan gå med tiden. Men det ved jeg sgu ikke'.

Vi snakker efterfølgende med Linda, Verners tilknyttede hjemmetræner, og spørger ind til, hvordan man arbejder med målene i hverdagen, og om man fx konkret henviser til dem. Som hun forklarer ligger de implicit i den tilgang, hun anvender, men at hun ikke nødvendigvis fremhæver målene i det daglige.

Interviewer: 'Snakker du til dagligt omkring målene, altså de praktiske ting, det der med, at han skal tage bukserne på, ikke? Er det nogle gange oppe at vende, nu skal du kunne klare dig selv i forhold til maden, eller personlig pleje, eller er det sådan lidt underforstået?'

Linda: 'Åh. Vi snakker jo om det. Men altså ikke sådan på den måde. Han ved jo godt, han skal lave det mad der, men... Vi snakker jo ikke om det, som om det er et mål altså. Det tror jeg, han er ligeglad med, altså han skal have noget mad, og så er det det'.

Som hun ser det, er denne selvhjulpenshed en naturlig dagsorden, som man ikke behøver at italesætte, også i Verners tilfælde:

Interviewer: 'Så det er indforstået, det ved man godt sådan... Det behøver man ikke at bringe op, og... '.

Linda: 'Nej, men hvad tænker du på, at vi skal have sådan et mål med, at han? Altså... Han ved jo godt, han skal have mad, det skal vi jo alle sammen, og han skal så selv lave den. Fordi det gør jeg ikke, han kan! Altså. Så det... Jeg står ikke og uddyber hvorfor. Altså, det går jeg egentlig ud fra, at så ved han det'.

Interviewer: 'Så du snakker ikke med ham om, at det er vigtigt, at du kan klare dig selv på sigt, eller... ?'

Linda: 'Jo, jo, jo, jo. Altså, det ved han jo godt, at det er det, altså det... Det er jo formålet med, at jeg kommer og hjælper, at jeg ikke gør tingene for ham'.

8.3.7 Funktions- eller målopnåelse

Med det daglige fokus på træning af borgerens funktionsevne, kan det brede borgermål, hvad enten det handler om at komme ud at fiske eller komme ned i billardklubben igen, dermed godt forsvinde lidt. Og med en sådan fokus på funktionsevnetræning, kan det for medarbejderne opleves som en udfordring, hvis ikke borgeren har samme opfattelse af, at funktionsevnetræningen er nødvendig for at opnå målet.

Verners hjemmetræner, Linda, finder fx, at Verner pga. sine kognitive vanskeligheder ikke har øje for, at funktionsopnåelsen er vejen frem mod sit mål: 'Han havde ikke selv ret meget øje for de her ting, som var knyttet op på visiteret ydelse, det betød ikke det store for ham, om han blev selvhjælpen i det. Det var ikke der, han heller havde sine tanker og tænkte, "jamen, jeg skal kunne tømme min kateterpose selv, hvis jeg står nede i billardklubben, når jeg skal". Det havde han svært ved, at koble de der ting' (Linda, sygehjælper og hjemmetræner, Svendborg).

Verner synes ellers selv, at han tænker anderledes, fordi han har sit mål skarpt for øje:

Interviewer: 'Tænker du anderledes på det med fx, at du sørger for at komme ud af sengen og får trænet lidt med at gå frem og tilbage... Er du begyndt at tænke på en anden måde omkring det?'

Verner: 'Jamen, det gør jeg jo, når jeg er tændt på at komme over i billardklubben også'

Men hvis rehabilitering skal være meningsgivende for borgeren, skal målet benyttes som motiverende faktor og dermed anvendes i træningen i funktionsopnåelse. Som Majbrit, ergoterapeut i Middelfart, siger, handler det om at have daglig fokus på målet og se funktionstræningen som vejen dertil: 'Vi prøver jo, det er jo det, vi gør i deres hverdag. Vi prøver at finde ind til, "hov, der er måske noget med konfirmation her i foråret", så er det jo det, vi griber og tager fat i, så det er ikke, fordi vi hver eneste dag står og siger, "du skal også kunne gå på toilettet."'

8.3.8 Borgers eget mål

Målet kan bedst motivere, hvis det er sat af borgeren selv. Det er der i interviewene generel enighed om blandt ledere og medarbejdere. Som Klaus formulerer det: 'De skal jo kunne se formålet med det, de er i gang med, for ellers er motivationen der ikke. Det er den gyldne vej, det er, at det er deres egne mål, du går ud fra. Det er ikke mig eller andre, der kommer og pådutter dem, nu skal du det og det. De skal kunne se fornuften i det, ellers får du dem ikke i gang med noget' (Klaus, SOSU-hjælper og hjemmetræner, Svendborg).

Verner er da også helt på linje med medarbejderne med hensyn til, at han skal blive bedre til at kunne gå rundt uden hjælp af rollator, og har sit mål klart for sig:

Interviewer: 'Så det der med at kunne gå, det er vigtigt?'

Verner: 'Det er vigtigt'.

Interviewer: 'Er det vigtigt for Amina og Majken (de tilknyttede medarbejdere), eller er det også vigtigt for dig?'

Verner: 'Det er også vigtigt for mig, da. Det der med at komme over i billardklubben'.

Processen mod at identificere borgers mål er dog en vekselvirkning mellem, hvad borger selv kommer frem til, og hvad medarbejder som udgangspunkt er indstillet på. Som Elinor, der bor

i et stort hus med etageadskillelse, forklarer, var det medarbejderne, der konkretiserede hendes mål ud fra denne hverdagsituation: 'De var meget interesserede i, at jeg skulle lære at gå på trapper, og så sagde jeg, "det kan jeg godt." Elinor var dog selv optaget af at kunne mestre trapperne, da hun normalt sov i kælderen, og nu havde fået flyttet en hospitalsseng ind i stueetagen.

I borgeren Annis situation var målet fra start at hun skulle blive helt selvhjulpen, men der var måske ikke helt enighed om hvornår dette var opnået. Hun har haft brækket hoften og har efter et længere rehabiliteringsforløb efter medarbejderes mening lidt svært ved at skulle give slip på hjælpen, som lige nu kun handler om lidt sårpleje. Anni har ikke været tilfreds med rehabiliteringsforløbet, som i hendes optik ikke har været fokuseret på at hjælpe hende. Og hvor medarbejderen har haft for meget fokus på hvad Anni kunne tidligere. Det har derfor været et lidt frustrerende forløb for både hende og medarbejderen. Vi spørger i interviewet med Linda, sygehjælper og hjemmetræner for Anni, ind til problematikken med at finde et fælles mål i dette forløb som passer til Annis hverdagsliv:

Interviewer: 'Har I så et fælles mål, for på Anni lød det jo lidt som om, at hun måske har et lidt andet mål end det, du beskriver her, tænker jeg?'

Linda: 'Ja, ja. Det har hun'

Interviewer: 'Er det så en udfordring, at I ikke har det samme mål?'

Linda: 'Det kan jeg godt se, ja... Altså, jeg kan jo godt se, hvorfor at hun er nervøs for lige pludselig at stå på egne ben. Og jeg har det mål, at det skal hun helst, for det kunne hun før'.

Linda mener dog også, at de er kommet langt i forløbet, og nu lige kun mangler at få afsluttet den lille rest af daglig hjælp, så Anni kan vende tilbage til den måde, hun levede på inden sit fald: 'Men altså... det er jo meget godt gået, fra at have fuld morgenhjælp og middagshjælp og aftenhjælp, at hun så kun har de ti minutter nu, hvor hun sådan ligesom ved at, jamen vi kommer altså'.

Andre gange kan det være pårørende, der presser på. Ikke alle pårørende er enige i, at lige deres mor eller far skal træne mod selvhjulpenhed, på trods af, at de måske i princippet bakker op om dette som overordnet mål. Som Henriette (leder af hjemmeplejesektoren i Middelfart) fortæller: 'Jamen det er jo svært at være uenig i. Men så kommer det der med, "men nu er der lige noget andet med min mor". Andre gange kan det være de pårørende, der presser på, for at borgeren skal blive selvhjulpen, og der må medarbejderne afveje, hvad der egentlig er borgerens eget behov og ønske. Som Elinor, der egentlig helst ville flytte til en plejebolig, men hvor de pårørende af forskellige årsager gerne ser, at hun bliver i sit store hus. Her er Mette, som hendes hjemmetræner, lidt splittet, for hvis mål om selvhjulpenhed er i fokus her? Som hun siger: 'Hun siger tit, at [huset] er for stort til hende. Det er svært, når de [pårørende] har en forventning om, at hun skal blive der'.

8.3.9 Borgerens mål som motivation

Hvad består borgers mål så af? Netop Elinor ser sit mål at hun selv kan komme op og ud af sengen. Som Mette, hendes hjemmetræner, forklarer: 'Hendes mål er også det der, som hun siger: "Kan jeg nu bare komme op og sidde og lade være med at gå i seng igen, og ved jeg, at jeg kommer ud af sengen, selvom I ikke kommer". Altså, det vil hun også, at hun får den der energi tilbage, at hun har lysten til at komme op'.

For Rie i Svendborg handler det om også at kunne komme op ad trapperne til førstesalen og få sin hverdag tilbage med de fritidssysler og -aktiviteter, der optager hende:

Rie: 'Jo, men altså bare det at komme op og sove deroppe, og så også komme op til alle mine malersager osv.'

Ries mand, Børge: 'Og din symaskine'.

Interviewer: 'Og dine hårelastikker, som du ikke kunne finde sidst!'.

(Der grines)

Rie: 'Og så håber jeg også, at jeg bliver så frisk, at jeg kan komme over i genbrugsbutikken igen. Det vil jeg gerne igen'.

Rejsen mod at opnå borgers mål handler i høj grad om at benytte dette mål i det daglige motivationsarbejde. Ulla, rehabiliteringsterapeut i Svendborg, forklarer fx om, hvordan man kan motivere borgeren til at udføre hverdagsaktiviteten, fordi det på sigt bringer dem nærmere deres mål: 'Netop, hvis man gerne vil have dem med ud i køkkenet og smøre sin mad og lave sin kaffe. At det er måske også et led i, at de faktisk får den bedre balance, så de igen kan gå over til deres nabo og drikke kaffe. [Det] kunne også være noget af det, man også har en snak med dem om, fordi... "du har faktisk sagt, at du før gik over til din nabo og drak kaffe, og det ville du gerne kunne igen, så det med at gå handler også om at styrke din balance og udholdenhed"'.

At indsatsen bør tage udgangspunkt i borgers mål, kan også benyttes til at fremhæve, hvem der har det endelige ansvar for at have formuleret disse mål. Når arbejdet mod målet er hårdt for borgeren, kan medarbejderen derfor trække frem, at det er borgeren selv, der har bestemt, at man skal denne vej: Som Mie, SOSU-assistent og hjemmetræner i Svendborg, siger: 'Det er hele tiden borgeren, der kommer frem til [målet], og det ikke er os. Sådan så de ikke skal komme og sige, "det var også dig, der sagde det. "Nej, det var det så ikke, det var dig"''. Mette, SOSU-hjælper og hjemmetræner i Middelfart trækker samme argument frem: 'Det gør jeg ude ved de borgere, hvor vi kan se, at her skal der være et mål, og det er der, vi skal frem, og hvis de så ikke vil eller et eller andet: "Jamen, du har selv været med til at sige, at det er her, du skal op"'. Det er en måde at motivere borgeren på og også en måde, hvorpå medarbejderen nemmere over for sig selv kan retfærdiggøre, at man lægger pres på borgeren.

8.3.10 Delmål

En anden udbredt strategi for opnåelse af borgers mål er at opdele målet i mindre bidder, så det ikke virker for uoverskueligt for borgeren. På den måde kan de små sejre for hvert delmål også anerkendes, inden man begiver sig videre mod næste delmål. Som Pernille, SOSU-assistent i Middelfart, siger, 'Jeg synes, det er meget fornuftigt med de små delmål, og så kan man sige, nu har du gjort det, og give et skulderklap og tage et skrift videre måske'.

Dog skal man overlade initiativet til borgeren til selv at identificere, hvad der skal være det næste delmål: 'Og når det mål er nået, så kan man rykke videre nu og sige, nu er vi nået dertil, hvad er så det næste trin på trappen? (Pernille, SOSU-assistent i Middelfart). I et andet interview er Karen og Klaus, begge hjemmetrænere fra Svendborg, helt med på den linje: 'Det bedste er jo, at de synes, de har nået målet, og de sætter nogle nye'. Klaus: 'Mange små sejre i stedet for ét stort nederlag'. Karen: 'Mange delmål'.

Borgeren Hans fortæller om de små skridt på vej mod hans mål om selv at kunne gå i bad og smøre sine madder – og om, at han har følt sig tryk hele vejen, fordi hjemmetræneren Anja var der for ham, i starten ved fysisk at være til stede og efterfølgende, ved at hun over telefonen støttede ham til selv at gå i gang med opgaven: 'Jamen, vi startede jo med, at jeg skulle vaskes, fordi jeg ikke kunne nå ned til mine fødder, og så blev det det. Jeg skulle gøre det, jeg

kunne, jeg puttede shampoo i min hånd og vaskede mit hår, selvom det ikke er ret langt. Og sådan nogle småting. Så kunne jeg vaske mine fødder og hele min krop selv, men hun var der stadigvæk. Og så blev det til, at hun ringede ti min. før og sagde, at jeg godt kunne begynde at gå i bad, og så kom hun og hjalp mig med det, jeg ikke kunne. Altså med at blive tørret ordentligt på ryggen. Jamen så gjorde vi det, og nu gør vi det bare sådan, at jeg går i bad, når jeg har lyst' (Hans, Svendborg).

Interviewer: 'Har du hele tiden følt, at det var noget, du kunne overkomme?'

Hans: 'Ja, fordi det er jo en sejr hver gang, jeg kommer lidt længere. Jeg fik jo også smurt min mad før. Så spurgte hun, om jeg ikke ville være en del af det, for så kunne hun smøre dem, og så kunne jeg lægge pålæg på'.

Interviewer: 'Så føles det trygt nok nu?'

Hans: 'Det føles fint'.

Linda, sygehjælper og hjemmetræner i Middelfart, oplevede en borger, Laura, der var meget svag. Hun havde tidligere været meget optaget af sin have, og udover hendes sygdom gik det hende også på, at hun ikke længere kunne passe haven. Linda fik tacklet dette ved at give borgeren ideer til, hvordan hun igen kunne pille lidt ved ukrudtet i haven og på en overskuelig måde: 'Hun sagde: "Jeg kan jo ikke noget mere, jeg kan jo ingenting". Så sagde jeg, at hun jo gerne måtte gå. Men hun kunne ikke i sin have. "Prøv at se min have", sagde hun. Så sagde jeg: "Ved du hvad, hvorfor går du ikke ud i haven, Laura?". Jamen det kunne hun jo ikke. Så sagde jeg: "Helt ærligt, hvis vi sætter stole op ude i havnen, så kan du jo godt komme derud og pille lidt ukrudt og gå videre til næste stol og pille lidt". Det hjalp på hende, og så kunne hun ligesom se lyset igen'.

8.3.11 Fleksibilitet

Udover at opdele opgaven og målet i mindre bidder, må man som medarbejder også være fleksibel i forhold til, hvad det er muligt at opnå, og acceptere, at borgeren måske ikke bevæger sig lige så hurtigt i den tiltænkte retning: 'Det kan jo ikke hjælpe noget, at man sætter urealistiske mål. Man er nødt til at finde der, hvor borgeren er, og så sige, "Jamen, når vi ikke det hele, jamen, så må vi jo nøjes med det, vi kan nu", lidt er jo bedre end ingenting' (Linda, sygehjælper og hjemmetræner, Middelfart).

Ligeledes må man som medarbejder i situationen vurdere om man skal insistere på den rehabiliterende tilgang eller være mere fleksibel, ikke mindst hvis tanken om brugerinddragelse og brugerorientering skal respekteres, men også i forhold til hvad der virker for den enkelte borger. Anja, Hans' hjemmetræner, vurderer løbende om den rehabiliterende tilgang skal suppleres med mere kompenserende hjælp, således at opgaven ikke virker for uoverskuelig for Hans: 'Vi har så fundet ud af ved at snakke lidt sammen frem og tilbage, at han har det faktisk bedst med, at vi arbejder med små delmål, så han skal forholde sig til én ting af gangen. Og det, vi har nået at træne, gør han så selv, og det, vi ikke har nået at træne, der går jeg ind med kompenserende hjælp og gør det for ham' (Anja, SOSU-hjælper og hjemmetræner, Svendborg).

Anja fortæller, at hun generelt tillader sig at tage en fleksibel tilgang til udførelsen af rehabilitering, så længe det bringer borgeren tættere på målet – og så længe det er inden for rimelighedens grænser og dermed ikke går ud over, hvad Svendborg Kommune har fastlagt som ydelser. Her er de institutionelle rammer stadig styrende for hendes indsats i forhold til, hvilke ydelser der kan gives, men hun har mere autonomi i planlægningen og sammensætningen af dem i det daglige:

Anja: 'Hvis jeg kommer derover og Hans siger: "Ved du hvad, kan du ikke bare nøjes med at låse pillerne ud i dag, og så kunne jeg egentligt godt tænke mig, at vi gjorde noget andet", så er der frit slag i bolledejen der. Det skal selvfølgelig være inden for rimelighedens grænser'.

Interviewer: 'Hvad er rimelighedens grænser? Hvad ville du sige nej til?'

Anja: (griner) 'Hvad jeg ville sige nej til? Jeg ved ikke, hvad Hans kunne finde på at foreslå. Hvad jeg ville sige nej til? Jeg ville nok ikke begynde at gøre rent derovre, fordi at, selvom vi er hverdagsrehabilitering, så er vi jo stadigvæk underlagt Svendborg Kommunes retningslinjer, så vi kan ikke lave den ydelse. Men vi kunne måske lave den aftale, at, hvis Hans tømte kolberne, så kunne jeg lægge rent sengetøj på, hvis han lige pludselig har lyst til det. Ud over det sædvanlige'.

8.4 Eksempler på borgerforløb

For at illustrere, hvad rehabiliteringsforløbene kan indeholde, beskrives her afrundende for afsnittene om borgers mål to udvalgte borgerforløb fra undersøgelsen. Beskrivelsen af forløbene giver et blik ind i et afgrænset område af borgerens livsverden, som jf. SIMREB-modellen tænkes at påvirke borgerens perspektiv på rehabiliteringsforløbet, fx via indflydelsen fra den hverdagskultur- og forståelse, der former borgerens holdninger, tanker om livskvalitet osv.

Borgerforløb Verner

Baggrund: Verner er en 75-årig mand, der bor alene i en lejlighed på første sal i Middelfart Kommune. Vi interviewede Verner to gange: første gang i november 2015, da han havde været i gang med et rehabiliteringsforløb i cirka en måned, og igen i starten af marts 2016, hvor han ikke længere var i rehabiliteringsforløb men modtog almindelig hjemmehjælp efter § 83 i serviceloven. Inden Verner begyndte på sit rehabiliteringsforløb, havde han været igennem et længere sygdomsforløb og havde været indlagt.

Indsatser i rehabiliteringsforløbet og hjemmehjælpen efterfølgende: I Verners tilfælde har indsatserne hos ham ikke ændret sig af navn i skiftet fra rehabiliteringsforløb til almindelig hjemmehjælp efterfølgende. Da vi besøgte ham både første og anden gang, fik han hjælp til de samme ting, fx personlig pleje morgen og aften, bad, tilberedning af måltider, tøjvask og rengøring. Men måden at udføre indsatsen på, og hvad indsatsen kaldtes, er forskellig fra rehabiliteringsforløbet til hjemmehjælpen. En del af indsatserne, fx rengøring, bad og tilberedning af måltider, blev i rehabiliteringsforløbet givet som en såkaldt træningsydelse. Det vil sige, at fokus var på at træne Verner til selv at kunne udføre opgaverne i så vid udstrækning som muligt. Efter rehabiliteringsforløbet blev de forskellige indsatser visiteret som almindelig hjemmehjælp efter § 83. Derudover fremgår det af funktionsvurderingen, at medarbejderne også skulle støtte Verner til såkaldte 'øvrige træningstiltag', der i hans tilfælde dækker over at gangtræne i lejligheden, at rejse og sætte sig og at lave høje knæløft. Interview og observationer peger dog på, at der ikke er samme fokus fra alle medarbejdere i den almindelige hjemmepleje på at træne med Verner.

Borgerforløb Emmy

Baggrund: Emmy er en kvinde på 68 år, der bor med sin ægtefælle i en villa i Svendborg Kommune. Vi interviewede første gang Emmy i midten af november 2015. Der var hun cirka 1 måned henne i sit rehabiliteringsforløb. Det efterfølgende interview blev foretaget i marts 2016, hvor Emmys rehabiliteringsforløb var afsluttet, og hun modtog almindelig hjemmehjælp. Emmy er delvist lammet i den ene side efter en apopleksi, men var ved tidspunktet for det første interview flyttet tilbage til sit hjem efter et længere genoptræningsophold. Den første måneds tid i hjemmet modtog Emmy almindelig hjemmehjælp, hvorefter hendes rehabiliteringsforløb begyndte.

Indsatser i rehabiliteringsforløbet og hjemmehjælpen efterfølgende: I det første interview med Emmy nævnte hun som personlige mål, at hun gerne ville kunne sy og anvende computeren igen. Et andet vigtigt mål for Emmy var selv at begynde at kunne bevæge sig rundt i hjemmet med støtte fra en stok samt at kunne gå udendørs og besøge venner igen. Ved det andet interview med Emmy var der stor fremgang at spore i forhold til hendes mål. Hun kunne, i modsætning til under det første besøg, selv så småt bevæge sig rundt i huset ved hjælp af sin stok, og hun var begyndt at kunne orientere sig mod at besøge venner og familie igen. Hendes ægtefælle trænede gangfunktion med hende dagligt, ligesom Emmy både under og efter rehabiliteringsforløbet modtog genoptræning og fysioterapi med henblik på at øge bl.a. gangfunktionen.

Emmy modtog både under rehabiliteringsforløbet og efterfølgende, da hun overgik til almindelig hjemmehjælp, hjælp til personlig pleje i forhold til toilette, bad og påklædning. Hendes lammelse betød, at Emmy fysisk ikke selv kunne/kan klare at udføre al personlig pleje. Også kognitivt voldte det problemer at koordinere påklædningen. Især at tage en bluse på gav hende problemer. Her sørgede terapeuten for, at Emmy fik en lamineret, 1-sides billedserie, der illustrerede, hvordan man tager en bluse korrekt på. Ved det første interview observerede vi, hvordan hjemmetræneren og Emmy anvendte billedserien: Emmy sad på en stol i badeværelset efter badet. Hjemmetræneren rakte hende det laminerede ark med billeder og guidede verbalt Emmy igennem billedserien og iklædningen af blusen. Ved det andet interview fortalte Emmy, at hun stadig anvendte billedserien til at komme i tøjet, men at det blev nemmere og nemmere for hende. Udover hjælp til at komme i bad og påklædning, hvilket hjemmetræneren stod for, fik Emmy også hjælp om aftenen og natten til at komme på toilettet og blive vendt i sengen. Denne hjælp er også videreført efter rehabiliteringsforløbet. Som led i rehabiliteringsforløbet besøgte en ergoterapeut fra rehabiliteringsteamet i Svendborg Kommune Emmy ugentligt. Fokus for ergoterapeutens indsats var, ifølge Emmy, især fysiske øvelser med Emmys arme pga. de udfordringer, den delvise lammelse medførte for hendes armfunktion. De fysiske øvelser bestod ikke bare af 'armstræk og armbøj', ergoterapeuten guidede fx også Emmy til at bage, da det var en handling, hun tidligere havde sat stor pris på. Det at bage virker måske ikke som noget, der ligger inden for hjemmeplejen eller rehabiliteringsteamets regi, men i bagningen lå ikke kun den fysiske træning af armen – fx ved tilberedning af dej og isætning af bageplader i ovn – også Emmys kognitive funktioner blev trænet, i og med at hun skulle lære at læse en opskrift igen. På den måde kan en aktivitet som bagning være med til at udvikle en borgers både fysiske og kognitive funktionsevne i rehabiliteringsforløbet.

8.5 Fælles mål mellem medarbejdere

8.5.1 Behov for fælles fodslag

Lige såvel som borger og medarbejder har behov for at arbejde mod samme mål, så har medarbejderne imellem også behov for at have samme opfattelse af, hvad borgeren magter, og hvad indsatsen skal stille imod. De forskellige tværfaglige mødefora er en måde at finde fælles fodslag, og at plejemedarbejdere og hjemmetrænere i hverdagen gør meget ud af at overlevere til hinanden, og som Linda, sygehjælper og hjemmetræner i Middelfart, siger, er det dog ikke det store problem i hverdagen. Har man forskellige opfattelser faggrupperne imellem, må man spørge ind til det og være indstillet på at finde fælles fodslag: 'Vi nødt til at have en fælles holdning, det er simpelthen, det er man nødt til... Altså der kan jo godt være, at man ligesom har lidt forskellige opfattelser af, hvad [borgeren] kan, og hvad han ikke kan... Men så må man jo se, om man kan få fundet ud af, "hvad er det lige, du mener, hvorfor siger du det, du gør, og hvad tænker du omkring det?". Det kan jo godt være, man overser et eller andet. Men jeg tænker ikke, problemet er så stort, fordi jeg synes, at vi arbejder rimelig godt sammen, altså'.

Om borgeren så oplever, at de forskellige medarbejdere stiller forskellige forventninger til borgeren, er ikke sikkert. Inge oplever i hvert fald, at de forskellige medarbejdere, der kommer hos hende, har noget forskellige tilgange:

Interviewer: 'Synes du, at de medarbejdere, der er kommet her i hjemmet, siden du faldt og op til nu, har de haft samme forventninger til, hvad du kunne, som du selv har?'

Inge: 'Tjaaa. Det er lidt svært at vurdere. De er jo ligeså forskellige, som folk nu engang er. De er meget forskellige, og nogle tager det mere højtideligt end andre med hjælpen'.

Interviewer: 'Det kan du mærke?'

Inge: 'Ja, det kan jeg. Så meget har jeg da heroppe, at jeg kan mærke og se det'.

8.5.2 Alliance hjemmetrænere og terapeuter

Generelt synes der dog at være opstået en stor enighed mellem SOSU-medarbejdere, der nu arbejder som hjemmetrænere, og terapeuterne. Linda, som sygehjælper og hjemmetræner, siger: 'Jeg føler, at vi tænker det samme. Det synes jeg, vi gør'. Og Henriette og Karin, henholdsvis leder af hjemmeplejesektoren og leder af træningssektionen, Middelfart, er helt enige i denne beskrivelse og i, at det gode samarbejde ikke mindst hviler på, at terapeuterne er lydhøre over for hjemmetrænerens synspunkter:

Henriette: 'Altså, de er meget enige om det... Jeg kan ikke mindes en situation, hvor man har været uenig med terapeuten, hjemmetræner og terapeut har været uenig, det kan jeg faktisk ikke'.

Karin: 'Og de er gode til, de snakker sammen og altså... Og jeg... Jeg tænker faktisk, og det kan godt være, jeg tænker, det er meget personbestemt, men terapeuterne... Altså... De vægter faktisk det, der bliver sagt højt, altså fra hjemmetrænerne'.

Terapeuterne synes generelt at have været en væsentlig katalysator for at vende faglige dagsorden mod større selvhjulpethed, også i Svendborg, hvor de med Merete, myndighedschefens, ord har været spydspidsen i omstillingen til rehabilitering: 'Terapeuten har helt klart været med til at sætte en anden dagsorden. Jo, helt sikkert... Vi kan ikke undvære den faglighed. Vi kan ikke undvære dem til at sætte de mål eller lave linjen'.

Det er dog ingen selvfølge, at respekten for andre faggruppers tilgang er til stede som udgangspunkt. Der skal vælges de rigtige medarbejdere, og de skal være indstillet på at have respekt for andre faggruppers perspektiv. Som lederne i Svendborg taler om, har det været nødvendigt med udskiftning af de terapeutiske medarbejdere for at sikre det succesfulde tværfaglige samarbejde:

Dorte (sektionsleder i hjemmeplejen, Svendborg): 'Det kræver jo en gensidig respekt for hinandens arbejde... vi har også fra ledelsens side brugt rigtig meget energi på at få ansat terapeuter, som også går ind, uden der er hierarki. Altså hvor vi virkelig tænker at bruge hinanden som sparring'.

Merete (myndighedschef i Svendborg): 'Det er jo det setup, vi sætter, og de mennesker, vi ansætter. Vi har også nogle terapeuter, vi har ansat, som ikke er her mere. Altså, det er jo vigtigt, at vi har en fælles forståelse af, hvordan er det, vi skal samarbejde omkring det her?'

Marie (sektionsleder i hjemmeplejen, Svendborg): 'Der er sket rigtig meget i den seneste tid her i hjemmesektionerne, fordi der er kommet nogle terapeuter, som virkelig forstår at være med ude på lige fod med personalet. Og som personalet har tillid til nu og går fuldt ud til, når det er'.

8.5.3 Fælles mål med kompenserende hjemmehjælp

Netop at have fælles mål i den rehabiliterende såvel som i den kompenserende indsats kan være en udfordring. Hjemmetrænerne har qua både deres interesse for den rehabiliterende tilgang og deres (omend korte) videreuddannelse fået en anden position og tilgang til arbejdet, som skiller sig ud i forhold til deres tidligere kollegaer i den kompenserende hjemmehjælp. Hvis borgeren efter et rehabiliterende forløb overgår til kompenserende hjemmehjælp, kan man som hjemmetræner være bekymret for, om der mistes fokus på at bevare de opnåede resultater, ikke mindst, fordi kulturen opfattes som anderledes i den almindelige hjemmehjælp.

Som Mie, SOSU-assistent og hjemmetræner i Svendborg, siger om kollegaerne i den almindelige hjemmepleje: 'Der var også nogen, der synes, det var synd for borgeren'. Og hendes kollega Karen, SOSU-hjælper og hjemmetræner, supplerer: 'Ja, rigtig synd. Nu skal de det hele selv, hvor er det dog "synd for dem-agtigt"'. Karen følger op og nævner, at det skaber derfor en bekymring for, om resultaterne skulle gå tabt: 'Hvis vi så har afleveret nogen til hjemmeplejen, så kunne man godt frygte lidt, at de [kollegaerne i den almindelige hjemmehjælp] så bare gjorde tingene. Og så overhørte det, som vi egentlig... eller, de havde fået øvelsen i og fået tilbage, at det så lige pludselig forsvandt, fordi de gjorde det'.

8.5.4 Fra rehabilitering til almindelig hjemmehjælp: Verners eksempel

Verner fra Middelfart er et godt eksempel på en sådan udvikling.⁷ Han har sammen med hjemmetræneren Linda bl.a. trænet selvhjulpethed i forhold til at kunne lave øllebrød og varme sin mad i mikroovnen. Han har også tidligere selv klaret at tage opvasken og sætte på plads, og er senere overgået til almindelig hjemmehjælp. Da vi som i opfølgingsinterviewet besøger Verner igen, kommer hjemmehjælperen Ayse tilfældigvis forbi. Det viser sig, at hun nu udfører mange af de opgaver, som Verner ellers har trænet på, bl.a. med at varme øllebrøden i mikroovnen, og som han fortæller, han ellers godt selv kan stå for om søndagen. Mens vi er der, varmer hun også hans suppe for ham og bærer hen til bordet, hvor Verner sidder. Vi spørger i interviewet ind til, hvem der nu laver øllebrøden:

⁷ Se også boks i afsnit 8.4 for beskrivelsen af Verners rehabiliteringsforløb.

Interviewer: 'Det laver du selv, så?'

Ayse: 'Nej, det laver vi'.

Verner: 'Det laver de, men søndag så laver jeg det selv'.

Interviewer: 'Ja, men da Linda var her, som hjemmetræner, og hjalp dig. Der mener jeg, at du selv varmede din frokost, gjorde du ikke? Selv puttede den i mikroovnen'.

Verner: 'Jo, jo, men det havde jeg da også gjort i dag, hvis det var sådan, at du ikke havde kommet'.

Interviewer: (griner) 'Okay. Så jeg tænkte bare på, nu hjælper du [hjemmehjælperen Ayse] ham med at varme [suppe] og laver også morgenmaden?'

Ayse: 'Ja... Men når vi er her, han kan sagtens finde på at varme maden op. Men opvasken, den... '.

Her går det op for Ayse, at Verner selv vurderer, at han er selvhjulpnen på at vaske op:

Verner: 'Jo, den tager jeg også selv'.

Ayse: 'Den tager du også nu?'

På vej ud minder hun ham så om, at han skal klare opvasken, og tilbyder dog at komme og sætte de rene kopper og tallerkener på plads senere:

Verner: 'Ja ja. Jeg skal nok... '.

Ayse: 'Jeg kommer senere og kigger... og sætter det på plads'.

Verner: 'Det var godt'.

Vi spørger efterfølgende ind til, om han har behov for hjælp med den sidste del af opvasken:

Interviewer: 'Okay. Det der med opvasken, nu sagde hun, hun ville komme tilbage og sætte tingene på plads, når det var tørret. Er det noget, du kan selv, hvis det var?'

Verner: 'Ja. Hvis det var, så kunne jeg godt selv sætte det på plads'.

Interviewer: 'Okay. Så det behøvede du egentlig ikke hjælp til?'

Verner: 'Næh'.

Interviewer: 'Men er det rart, hun kommer lige og kigger til dig, eller hvordan?'

Verner: 'Ja, ja'.

Tilsvarende viser det sig i interviewet med Verner og Ayse, at der ikke ER samme fokus på at motivere ham til træning som tidligere, når aftenvagten kommer forbi:

Interviewer: 'Om aftenen, laver du øvelser der, eller?'

Verner: 'Ja, ja, sommetider'.

Interviewer: 'Du laver dem selv?'

Verner: 'Ja'.

Ayse: 'Jeg tror, han laver dem selv... Aftenpigerne, de har ikke tid til det... De har travlt. Måske har de tid til det, men jeg tror det ikke'.

8.5.5 Rehabilitering på tværs af vagtplan og kursusaktiviteter

Fokus på rehabilitering er i Verners tilfælde ikke det samme, efter at han er overgået til almindelig hjemmehjælp. Et andet observationspunkt er, hvordan rehabilitering kan sikres på tværs af vagtplanen. Dette er bl.a. oppe og vende i Svendborg i forhold til en borger, som har været specielt svær at opnå resultater med. Her er overvejelsen efterfølgende, om aftenvagten kunne have spillet en anden rolle, og på en måde, så rehabiliteringsindsatsen ikke blev brudt af, at en anden medarbejder end den faste hjemmetræner overtog om aftenen, og således, at der var et kontinuerligt rehabiliteringsfokus. Som Dorte, sektionsleder i hjemmeplejen, siger: 'Måske kunne man jo godt, altså når man står i sådan en lidt hårdknode og sådan ikke lige ved, måske man kunne lave nogle mål sammen med ham selv, altså som aftenvagt, og så sætte sig ned og måske bruge lidt mere tid på at lave mål, fordi selvfølgelig har I gjort det, og I laver det jo fint i borgerplanen, men måske have gjort lidt mere ud af at få præciseret fra starten af, hvad er det vi går efter? Hvad er det målet skal være her om aftenen?'

Ligeledes kan fokus på rehabilitering brydes, hvis den fast hjemmetræner er væk, og andre medarbejdere midlertidig kommer i stedet. Som, Mette, SOSU-hjælper og hjemmetræner i Middelfart, fortæller om borgeren Elinors forløb: 'Elinor og jeg har snakket om, at det har været et lidt forvirrende forløb, fordi jeg har været på kursus, og den anden hjemmetræner har ikke været her, for ellers ville det mest være hende og mig, der ville komme her om dagen. Så der har været mange forskellige, og det er forvirrende'. Og Elinor supplerer: 'Det er jo heller ikke alle hjemmehjælpere, der er ens, det er det ikke'.

8.5.6 Automatik og (vel høje) ambitioner i forhold til rehabiliteringspotentiale

Der kan også være forskel på, den måde man i visitationen og i det udførende led ser på, hvad der skal være fælles mål for indsatsen. Udførende medarbejdere kan opleve, at der i selve visitationen sættes nogle urealistiske mål op for, hvad borgeren kan trænes i af hverdagsaktiviteter. Og hvor visitation måske lidt per automatik vurderer, at borgerne har potentiale for at arbejde med selvhjulpener. Som Linda, sygehjælper og hjemmetræner i Middelfart, siger, kan hun ikke altid se det fælles mål her: 'Altså jeg har da indtryk af, at mange af dem, der kommer hjem, at de bliver nok lige stoppet i den kasse, der hedder rehabilitering ... For visitator der gælder det jo om at få så mange selvhjulpne som overhovedet mulig. Sådan kan man godt tænke ... Men der er jo altså bare nogle gange, at det ikke lykkedes'.

Mette, også hjemmetræner fra Middelfart samt SOSU-hjælper, fortæller, at hun som fagperson kan undre sig lidt over tilgangen: 'Altså vi snakker jo faktisk tit om, at nogle gange undrer vi os over det, når vi kommer hjem fra en træningsøvelse... Fordi at man tænker, at det her får vi dem jo aldrig... Altså, man kan næsten se det første gang, man kommer ind, at det her kommer vi aldrig videre med. Eller hvis det er en borger, vi har haft i systemet i flere år, og vi kender godt, som lige pludselig har været på sygehuset og skal være en træningsopgave, hvor vi bare ved, at det er omsonst, og det kommer vi aldrig til at nå'.

Mette oplever, at det bl.a. går galt, når visitationen sker, uden at visitator har et kendskab til borgeren: 'Det er sammen med visitatoren, at [sygehuset] de aftaler, at det skal vi have trænet op igen... Og det er sådan lidt... De glemmer at vurdere... Altså det kører de meget med her, at, når du har været på sygehuset, så kan du også godt komme hjem og starte med at være

en træningsopgave. Og så ser vi hvor længe. Altså de tager også terminale her og siger, at du er en træningsopgave’.

Hendes kollega SOSU-assistent og hjemmetræneren Gitte har ligeledes oplevelsen, at visitator ikke altid er realistisk i sin vurdering af borgerens potentiale: ‘Jamen, nogle af tingene kan [borgeren] sagtens blive selvhjulpne med, men nogle af tingene er ikke realistiske. Og så bliver den bare afsluttet som træning og visiteret som almindelig hjemmehjælp, fordi vi har nogle forløb, hvor vi tænker, jamen, det bliver ikke brugt. Det bliver ikke til mere, og så bliver det fast hjælp’.

Hun fokuserer i stedet på at få føling med, hvad borgeren egentlig magter og finder interessant, og så udvikler det sig gerne derfra - og ofte til nogle tilfredsstillende forløb for både hende selv og borgeren: ‘For når vi starter forløbene, så står der jo træning ved alle besøgene og både til måltider og det hele og sådan, og man kan sige, det er jo ikke realistisk til at starte med. Så øver [borger] måske nogle ting, og så laver jeg morgenmaden i det første stykke tid. Og så putter man mere og mere på og kan reducere lidt i tiden, og så er det nogle gode forløb’ (Gitte, SOSU-assistent og hjemmetræner, Middelfart).

Andre gange kan visitator måske være lidt tilbageholdende i forhold til, hvad man synes borgeren skal rehabiliteres til. Det kom til udtryk i Karls situation. Han havde søgt om hjælp til rengøring og blev i stedet tilbudt rehabilitering. I samtalen med visitator kommer han også ind på, at han holder meget af at lave mad, men ikke helt kan magte det mere, og at han som løsning ofte køber færdigretter fra supermarkedet. I stedet for at tænke det ind som en del af rehabilitering, råder visitator ham til at skifte til den kommunale madordning, da ‘der er mindre salt i maden’. I det efterfølgende interview med visitator spørger vi ind til, hvorfor rehabilitering ikke var oppe og vende i forhold til at hjælpe Karl til fortsat at kunne være selvhjulpne omkring madlavning. Visitators argument er, at de ikke skal oversælge tilbuddet om hjælp, men også, at hun ikke kunne se et træningsforløb omkring madlavning som en del af ydelsen, hvis det skulle vise sig, at Karl har behov for at overgå til almindelig hjemmehjælp:

Line: ... det er sådan en balancegang at holde os, fordi nu var det hele det her rengøring. Vi skulle ikke ligesom ud og sælge så meget mere. Og så er det jo også, at vi skal jo så trække det hele i land igen, hvis han skal overgå til almindelig hjemmehjælp... I almindelig hjemmehjælp der tilbyder vi så de her madordninger’.

8.5.7 Ydelseskataloget hæmmer

Selvom indsatsen skal tage udgangspunkt i borgerens oplevede problemområder og dennes mål for indsatsen, kan vurderingen af borgeren i nogle tilfælde blive lidt automatiseret, i og med at man måske i lidt for høj grad tager udgangspunkt i ydelseskataloget og de eksisterende ydelser, når man skal fastlægge borgermålene. Blandt lederne er holdningen, at denne lidt vel automatiske tilgang karakteriserer visitators dagsorden og præger samarbejdet i det daglige med de andre faggrupper. Rehabilitering har således især udfordret visitatorerne i forhold til ikke længere at skulle tænke i ydelser, men i borgerens mål. Som Merete, myndighedschef i Svendborg, siger: ‘Der er også forskel på, hvor gode visitatorerne er til at opstille mål, ikke? Lidt mere firkantet kan de tænke på nogle ting. Det har været svært for os ikke at have vores ydeshierarki at give hjælp ud fra. Vi tænker stadigvæk i det, fordi det er vi alle sammen opdraget til. Men vi forsøger ligesom at sige, ”jamen, det er egentlig ikke det, der er det afgørende. Det afgørende er at støtte den her borger i at kunne komme til at klare nogle ting selv”’.

Men også andre faggrupper end visitatorer genkender problematikken med, at man tager udgangspunkt i ydelseskataloget, snarere end i borgers mål. Således også Ulla, rehabiliterings-terapeut i Svendborg, der på det tværfaglige koordinerende møde siger: 'Jeg synes også, der kan være en fare i, nogle gange, at vi kommer til at kigge på ydelserne (flere af hendes kollegaer på det tværfaglige møde samtykker), men det skal jo være i den direkte dialog, når man er ude ved borgeren, at man har snakket om, "hvor er det, du gerne vil hen, og hvordan er vejen derhen, og "hvor er vi nu? Er vi på rette vej, eller hvad forestiller du dig", så den der inddragelse eller dialog, som nogle gange, tror jeg, også kan være en udfordring, fordi man kommer til at kigge på, jamen, hvad er det for nogle ydelser, man har'.

Her kan det være hjemmetrænerne, der tænker mere fleksibelt, og til tider også arbejder uden for ydelseskataloget. Som hos dem, der gerne ville bytte ydelser efter behov, men fik at vide af visitator, at hjemmetræneren ikke måtte arbejde fleksibelt. Men her fandt hans hjemmetræner Anja en måde, hvorpå det kunne lade sig gøre, som inddrog Hans i opgaverne. Hans fortæller, at han sagde til visitator: 'Om der var noget, jeg kunne bytte med, hvis jeg nu kun fik vasket tøj hver fjortende dag, om jeg så kunne; fx lige kunne få vasket køkkengulvet og lige her omkring, hvor jeg er'. Fordi når der er gået fjorten dage, så klitrer skoene altså... Jamen, det kunne jeg ikke, det måtte hun ikke. Og så kommer Anja tilbage og siger, at hun ville godt gøre de småting der, hvis jeg også ville hjælpe til med at være en del af rengøringen. Og Hans mener, at Anja fik ændret i hans visitation, 'så der står, hvad de må og ikke må. Så det er ikke sådan en luskeaftale'. Og dermed er hjælpen med gulvvask inden for rimelighedens grænser.

Tilsvarende med Louise, SOSU-hjælper og hjemmetræner i Svendborg, der opfanger, at Rie gerne vil til frisøren og med lederens billigelse sørger for det. Ikke mindst fordi Louise kan benytte dette mål til at motivere Inge til at gå-træne: 'Først så var der det der med, at hun synes, at hendes hår var så klattet, så siger jeg, jamen, så skal du da til frisøren. Ja, det ville hun rigtig gerne. Jeg havde så snakket med en leder og fået grønt lys til det, så jeg sagde, "så kan jeg godt tage med og få dig med ind og ud derfra"... Nå, men så er det der med at tænke, jamen hvis vi skal til frisøren, så skal du kunne gå en distance, der er så lang; du skal kunne gå et trappetrin og sådan. Årh, jamen hun havde da ikke lige tænkt over, det skulle være så vildt. Så sagde jeg, jamen det bliver du jo nødt til, og det vidste hun godt. Sådan blev det'.

8.5.8 Fælles måleredskaber

Én måde, hvorpå man kan sikre, at medarbejderne arbejder efter fælles mål, er at tage udgangspunkt i samme afdækning af borgerens behov. Her arbejder man fx i Svendborg med en systematisk afdækning af borgerens præferencer og livssituation, hvortil der benyttes det standardiserede måleredskab til måling af helbredsrelateret livskvalitet, EQ-5D. Det er et redskab, som typisk har været benyttet af bl.a. ergo- og fysioterapeuter i indledende afdækning af borgers behov, men i Svendborg er det hjemmetrænerne, der benytter det i den første samtale med borgeren. Muligheden for at tage udgangspunkt i dette redskab skaber derved et fælles ståsted for hjemmetrænerne og terapeuterne. Som det forklares under interviewet med ledere i Svendborg, skaber brugen af skemaet derudover en god forståelse af borgerens samlede situation:

Marie (sektionsleder, Svendborg): 'Ved det, at du sætter dig ned og snakker omkring alle de her ting, så kommer der en masse andre spørgsmål frem jo. Og det har hjemmetrænerne med ud en af de første gange, de er ved borgeren, og sætter de sig ned og snakker med borgeren om livshistorie og får at vide "hvad er det lige... hvad er det, du kunne tænke dig nu?" Og de laver nogle aftaler om, "hvad skal vi så?"'.

8.5.9 Fordel ved at mødes

De forskellige mødefora, hvad enten det er ugentlige tværfaglige koordinerende møder eller middagsmøder, hvor hjemmetrænere kan mødes lidt mere uformelt med terapeut, fungerer selvfølgelig også som et sted, hvor man finder sammen om det fælles mål om borgeren.

På det tværfaglige koordinerende møde, vi observerer i Svendborg, har man dog fokus på borgerens funktionsevne og i mindre grad de konkrete borgermål. Vi spørger i interviewet ind til, hvorfor man ikke har fokus på borgermålene under mødet, da disse jo burde være udgangspunktet for indsatsen. Marie, sektionsleder leder i Svendborg, forklarer, at det er visitatorernes retningsgivende mål, der fokuseres på, på mødet:

Interviewer: 'Det var meget funktionelle mål. Altså, "skal kunne..."?'

Marie: 'Ja, men det er igen de formål, som visitatorerne de sætter, når de har været derude ved borgerne. Så er det jo, trænerne de går ind, enten hjemmetrænerne alene eller sammen med terapeuten, og laver de mere... altså de mål, der bliver arbejdet efter i dagligdagen'.

At borgermålene sættes af hjemmetrænere og terapeuter forklarer dog ikke, hvorfor borgermålene ikke optræder, når man diskuterer en borger, der er godt i gang med et rehabiliteringsforløb og derfor sammen med medarbejderen har opstillet sine mål for indsatsen. Ulla, rehabiliteringsterapeut fra Svendborg, forklarer, at de har ændret praksis, da det blev for uoverskueligt for dem også at skulle tage udgangspunkt i borgermålene under snakken på det tværfaglige koordinerende møde:

'På et tidspunkt havde vi faktisk skrevet temmelig meget mere ned her, hvor nu har vi ligesom for at kunne have overblikket, så har vi skrevet formålet her, og så kan vi jo, når vi er inde i borgerplanen, se på de individuelle mål'.

8.6 Opsamling

Målorientering er en af de væsentlige søjler i den rehabiliterende tanke. Indledende i processen om målorientering vil visitator ved enten et personligt besøg eller som en administrativ visitation sætte det retningsgivende mål for indsatsen. Et sådant mål er typisk rettet mod selvhjulpenhed i en given hverdagsaktivitet, såsom at kunne spise selv. Og som interviewene har illustreret, opfattes disse mål af nogle af social- og sundhedsmedarbejdere som lidt standardiserede og uden egentlig udgangspunkt i borgers eget mål. Selve identifikationen af borgers mål ligger da også i den efterfølgende udredende proces, hvor hjemmetræner eller terapeut besøger borgeren. Det er ofte her, at borger første gang erfarer, at det er en rehabiliterende indsats, der er givet. Og den første opgave består derfor i at formidle, hvorfor det er en god ide. Her gælder det om at vælge de rette ord og ikke mindst undgå at formidle til borger, at de skal 'lære' igen at kunne udføre hverdagsopgaver, som de tidligere har mestret.

Borgerens individuelle mål identificeres af medarbejderne i et tæt samarbejde med borgerne, og det kan tage tid og falder ikke altid lige let for borgeren. Her anvender hver medarbejder, de faglige teknikker, de finder bedst, da dette fungerer bedst over for de ofte 'pivdårlige' borgere, hvorimod terapeuterne i højre grad tager udgangspunkt i en struktureret samtale. I processen mod at identificere borgers mål skal man være lyttende og opmærksom på de signaler, som borger sender, og det fordrer et vist kendskab til borgeren og, at man har tid nok. Processen kan inkludere, at målene skal realitetsforhandles i forhold til, hvad man som medarbejder tænker, borger magter, men også i forhold til hvad indsatsen er tænkt at skulle gå ud på. Handler den visiterede ydelse om at træne selvhjulpenhed i rengøring, kan fokus nødvendigvis

ikke være på et mere overordnet mål om at kunne spille golf igen. Dette på trods af, at det netop, som mange medarbejdere fremhæver, kan være mere meningsgivende for borgerne at fokusere på borgermålet fremfor den mere instrumentelle funktionsevneopnåelse.

Opnåelse eller vedligeholdelse af selvhjulpenshed er dog målet for den rehabiliterende indsats, selvom det for borgeren ikke altid er lige tydeligt kommunikeret. Og målet om selvhjulpenshed trækkes ikke altid frem i udførelsen af den daglige træning, men tænkes ind som et implicit mål på vej mod borgerens mål. Netop her anes en uklarhed i den måde, man anvender og kommunikerer om mål i rehabilitering: borgermål anvendes både om selvhjulpenshed i forhold til en specifik funktionsevne og om borgermål, der mere overordnet repræsenterer borgerens ønsker til det gode liv, hvad end det handler om at kunne spille golf eller billard igen. Dette risikerer at skabe forskellige forventninger til, hvad man som medarbejder og borger skal arbejde hen imod.

Det kan generelt være mere overkommeligt for borgeren, hvis målet om selvhjulpenshed deles ind i delmål. Medarbejderen må også være indstillet på at være fleksibel i forhold til, om og hvor hurtig borgeren opnår at blive selvhjulpenshed. Og hjemmetrænerne synes generelt at udvise mere fleksibilitet, også over for, hvilke opgaver der skal udføres i det daglige, end visitator gør, igen ud fra tanken, at det er en måde, hvorpå man kan motivere borgeren.

Fælles mål handler også om, hvordan de forskellige faggrupper ser på målet for borgerens indsats. Her synes især hjemmetrænerne og terapeuter at have fundet fælles fodslag. Det har dog også krævet omstilling fra terapeuterne, og ledernes erfaring er, at det gælder om at vælge de rigtige medarbejdere til at indgå i de tværfaglige team, også blandt terapeuterne, som dermed ikke automatisk qua deres faglige baggrund altid kvalificerer sig til at arbejde med rehabilitering. Ligesom med hjemmetrænerne og de andre faglige grupper handler det om at finde medarbejdere, der er motiveret for at arbejde rehabiliterende.

Men også i samarbejdet med kollegaer i den almindelige hjemmehjælp kan det for hjemmetrænerne knibe med at finde fælles mål. Her er bekymringen fra hjemmetrænerne, at man måske ikke har samme fokus på at opretholde selvhjulpensheden hos borgeren, hvis denne overgår til den almindelige hjemmehjælp. Vores observation hos borgeren Verner synes at understøtte denne bekymring.

Selv om de har et skarpt øje for borgerens mulige potentiale for rehabilitering, oplever mange hjemmetrænerne også, at visitator nok har et lidt højere ambitionsniveau, end hvad muligt er. I hjemmetrænerens optik synes der at være en lidt vel automatisk visitation til rehabilitering, som ikke helt hænger sammen med, hvad borgeren kan opnå. Og visitatorernes lidt mere firkantede tilgang menes at skyldes, at de tager for meget udgangspunkt i ydelseskataloget og igen ikke er tilstrækkeligt fleksible. De tværfaglige mødefora giver dog mulighed for at få snakket sig frem til forskelle og ligheder i tilgange, og ikke mindst for at finde frem til et fælles mål for borgeren. Et opmærksomhedspunkt fra observationen af de tværfaglige koordinerende møder var dog, at der her i den faglige udveksling ikke blev taget udgangspunkt i borgers individuelle mål, men derimod kun i det retningsgivende mål og dermed, om indsatsen overordnet skulle være rehabiliterende og i forhold til hvilke funktionsevner.

9 Roller og relationer i rehabiliteringspraksis

9.1 Indledning

At arbejde rehabiliterende i hjemmeplejen har betydning for praksis og praksisforståelse i forhold til de roller og relationer, som medarbejderne indgår i. Både i forhold til de roller, som medarbejdergrupperne hver især har, og dem, der har ændret sig som følge af indførelsen af rehabilitering i hjemmeplejen, men også i forhold til de relationer, som medarbejderne har til hinanden, og deres forventninger til hinandens roller. Rehabilitering tænkes også at påvirke relation og roller mellem medarbejdere og borgere, ikke mindst da der i rehabilitering er en forventning til, at borgerne ønsker at arbejde hen imod selvhjulpenhed. Jævnfør SIMREB-analysemodellen bevæger vi os derfor i dette kapitel på spændingsfeltet på den ene side mellem roller og relationer, som de kommer til udtryk i den professionelle praksis, og på den anden side den måde, borgers hverdagsliv påvirker dennes forventning til forløb og roller og relationer i indsatsen. På baggrund af observationer og interview ser kapitlet derfor nærmere på, hvordan rehabilitering som ide og organisering skaber forskellige forventninger til roller og relationer til både medarbejdere og borgere, og om disse forventninger kan indfries. Også i forhold til frivillige, netværk og pårørende kan det at arbejde rehabiliterende i hjemmeplejen medføre ændrede roller og relationer, hvilket også belyses her.

9.2 Mellem fag- og funktionsgrupper i rehabilitering

9.2.1 Terapeuter som konsulent eller sparringspartner

Interviewene peger på, at terapeuter og hjemmetrænere har et tæt samarbejde i rehabiliteringsforløbene i begge kommuner. Samarbejdet bærer generelt præg af en god relation, ikke mindst på baggrund af en udbredt respekt for hinandens fagligheder, som nærmere beskrevet i kapitlet om faglighed. Relationen er dog ikke nødvendigvis ligestillet. I mange tilfælde har terapeuterne en 'konsulentpræget' relation til hjemmetrænerne, hvor hjemmetrænerne fx spørger terapeuten til råds eller beder dem tage med på et besøg hos en borger med henblik på at finde løsninger på en given udfordring i rehabiliteringsforløbet.

Det er ganske efter intentionen, og Karin, der er leder af terapeuterne i Middelfart Kommune, uddyber således: 'Det er på den måde, at – og det har vi faktisk gjort fra starten af – der er terapeuter i hverdagsrehabiliteringen, som har sådan en konsulentfunktion og kan være med ude ved borgeren første gang, eller når borgeren er kommet i gang og sammen med den, der nu er i hjemmet, hjemmetræneren, eller en anden kontaktperson... Hvor man så sammen kigger på, hvordan skal vi få organiseret omkring badet, så borgeren selv kan klare det eller kan blive mere selvhjulpen. Og så kan man træne det, som den, der kommer og hjælper med badet' (Karin, Leder af træningssektionen, Middelfart).

At terapeuten kan trækkes ind som konsulent efter valg – og ikke af tvang – af hjemmetræneren, giver hjemmetrænerne stor indflydelse på, hvordan og hvornår terapeuten indgår, og skaber derved grobund for det gode samarbejde. Henriette, der er leder af hjemmeplejesektoren i Middelfart, understreger betydningen for samarbejdet af, at terapeuterne indtager denne rolle i rehabiliteringsforløbene: 'Jeg synes, der har været et langt større samarbejde med terapeuterne, netop fordi de kommer ud som konsulent i gruppen og bliver brugt rigtig meget. Der kan godt være nogen, som egentlig er afsluttet i et træningsforløb, men nu går det ikke lige så godt med det, så har man jo stadigvæk terapeuten i gruppen engang imellem, hvor

man lige kan få nogle gode råd eller "kan du ikke lige komme med ud og kigge, for nu går det den forkerte vej?". Så det må man sige, det har løftet'.

Terapeutens øjne kan bruges til at bekræfte og afklare hjemmetrænerne i, om vurderingen af borgeren er rigtig, og her kommer den forskellige faglighed og den indbyrdes respekt samarbejdet til gode. Der er da også indikationer af, at terapeuten ses som en ligeværdig samarbejdspartner snarere end en overordnet faggruppe, som kun benyttes til at træffe endelige afgørelser. Christina, SOSU-hjælper i Middelfart, anvender aktivt terapeuten som sparringspartner i sager, hvor hun har brug for et andet fagligt blik på borgeren: 'Sådan en som Marianne [som er ergoterapeut i rehabiliteringsteamet], hun kommer jo ud og ser borgeren. Altså, jeg har bedt hende om at komme med ud og se på en borger, fordi jeg tror... Jeg tror, at der er potentiale i ham, og han er ikke sendt hjem med hverdagsrehabilitering, og det er der sandsynligvis flere grunde til, men vi kan, vi er et par stykker, der kan se noget... Et udviklingspotentiale i ham... Så må Marianne ud og vurdere...'. Christina bruger altså begrebet *sparringspartner* om terapeuten, hvilket indikerer en anden og mere jævnbyrdig form for relation mellem terapeut og hjemmetræner end den konsulentfunktion, som terapeuterne også tillægges i interviewene.

Også i Svendborg Kommune oplever hjemmetrænerne et givtigt samarbejde med terapeuterne, og som nedenstående citat fra et fokusgruppeinterview med tre hjemmetrænere viser, så går samarbejdet og koordineringen ikke kun fra terapeut til hjemmetræner; terapeuterne kan også bede hjemmetrænerne om hjælp og inspiration med at komme videre med en borger. Dette kan ses som udtryk for, at de forskellige faggrupper indgår i ligeværdige relationer, hvor begge parter oplever at få noget ud af hinandens fagligheder.

Interviewer: 'Hvad med øvrige faggrupper, er der nogen, I arbejder nemmere sammen med end andre?'

Karen: 'Jeg synes, at jeg har haft god brug af de der trænerterapeuter, når jeg lige har spurgt, om de vil komme ud og vise nogen ting. Og vi har jo også en terapeut, men lige trænerterapeuter, dem har jeg haft god brug af'.

Mie: 'Der har vi et godt samarbejde, synes jeg'.

Interviewer: 'Og hvordan bruger I dem? Ringer I og beder om at få dem med ud til borgere eller hvad?'

Karen: 'Vi skriver til dem og spørger, om de vil komme, hvis de er i deres regi også'.

Mie: 'Det kan også være den anden vej, at de skriver, om vi vil være med i forhold til nogen øvelser derhjemme'.

Interviewer: 'Hvor terapeuten så beder om at få jer ud?'

Mie: 'Ja. Det har jeg prøvet et par gange. Så har vi kunnet mødes derude og så... '.

Interviewer: 'Går I så ind? Vil det så sige, at det er en borger, I normalt ikke er koblet på, og som har et andet hjemmeplejeteam eller andet? Og så kommer I ind som ekstra til hjemme træningsdelen, eller hvordan foregår det?'

Mie: ' De trænende terapeuter kan ringe efter os ja, eller vi kan ringe'.

9.2.2 Visitators lydhørhed over for terapeut

Hjemmetræneren synes også at have en allieret i terapeuten i forhandlingen med visitator om vurderingen af borgeren. Terapeuten synes bedre at kunne skaffe sig lydhørighed hos visitator. Hun kan derfor bedre fremsætte – og blive hørt i – argumenterne for, hvorfor en borger måske ikke kommer helt så langt i forhold til målet om selvhjulpnehed og således har behov for kompenserende hjælp fremover. Der er således en forskel i faglig vægt på de to faggrupper over for visitator. Som Henriette, leder af hjemmeplejesektoren i Middelfart, siger: 'Der hvor, det er rigtig rart for hjemmetræneren at have terapeuten, det er der, hvor man simpelthen ikke kommer igennem. Nu er borgeren blevet så gode, som de kan, og de når ikke at blive selvhjulpne. Der er det rigtig godt for hjemmetræneren at have terapeuten til at beskrive det her på ny over for visitator, for så har det altså, der har det en forskel i vægt, hvem der siger det. Det må man sige'.

Alliancen mellem terapeut og hjemmetræner gør således, at der ikke kun er én, men to medarbejdere, der over for visitator kan fremhæve deres (fælles) synspunkt. Men, som det beskrives i citatet, synes terapeuterne generelt at have mere vægt i deres faglige fremstilling af borgerens behov end hjemmetrænerne har. Denne større lydhørhed fra visitators side over for terapeuterne kan skyldes, at de to faggrupper i højere grad deler fælles faglighed. Det kan dog også skyldes organiseringen af arbejdet, hvor netop den fysiske adskillelse af de visiterende og udførende medarbejdere efter indførelsen af Bestiller-Udfører-Modellen har betydet, at de i mindre grad kunne samstemme deres synspunkter. Med indførelse af rehabilitering har man bevæget sig lidt væk fra denne typiske NPM⁸-organisationsform og tillader i dag mere flydende samarbejdsformer mellem de tidligere adskilte udfører- og bestillerfunktioner. Her kan de tværfaglige mødefora, hvor visitator også deltager, eksempelvis de tværfaglige koordinerende møder, være en vej til at sikre den nødvendige koordination og samarbejde mellem visitatorer i myndighedsafdelingen og de øvrige medarbejdere.

9.2.3 Terapeuter som visitators forlængede arm

Noget af lydhørheden kan også skyldes, at terapeuterne ofte fungerer som visitators forlængede arm, og at de derfor i et vist omfang deler arbejdsopgaver. Rehabiliteringsforløbene anvendes også til at vurdere borgerens behov for hjælp, både i selve forløbet og efterfølgende, og terapeuterne har her ifølge lederen af visitationen i Middelfart Kommune en vigtig rolle i forhold til vurderingen af borgerens funktionsevne: 'Altså vi beror jo på vores beslutning, vores vurdering på terapeuten... de er vores forlængede arm, for at vi kan tage en grundig beslutning... visitatorerne har brug for den her forlængede arm, det her kvalificerede beslutningsgrundlag, til at træffe en beslutning. Så det er jo, det er jo lidt med at sige, hmm, de kan godt vælge at sige: Ej, det er en 83a⁹, altså... Men det ville ikke være på et kvalificeret grundlag, fordi det skal der nogle andre faggrupper til at vurdere' (Heidi, leder af visitorteam, Middelfart).

Karin, der er leder for terapeuterne i Middelfart Kommune er enig og påpeger også, at terapeuten qua sin rolle i det daglige tværfaglige arbejde med borgerne i højere grad end visitatoren har mulighed for at se borgerens samlede situation: 'De er medvirkende til at vurdere det, fordi visitator kan sagtens ved nogle borgere vurdere – og det gør de også – det her er en 83'er¹⁰, og det her er et og et andet, og sådan er det bare det. Og så kommenterer terapeuten ikke på det, med mindre der er nogle andre ting. Men det er klart, at terapeuten, fordi de jo ser den samlede situation sammen med plejen, sammen med sygeplejerske, at så er de jo med til at kvalificere... Det kan godt være, at visitatoren har tænkt, det her, det er jo en [§] 83a,

⁸ New Public Management, se kapitel 5

⁹ § 83a i Serviceloven.

¹⁰ § 83 i Serviceloven.

og den her borger kan sagtens blive bedre, men, når man så kommer ud, så er det begrænset, hvor meget... ' (Karin, leder af træningssektionen).

9.2.4 Sygeplejerskens rolle

Også sygeplejerskerne møder forventningen om at indgå i nye roller som samarbejdspartner med andre fagligheder. I Svendborg havde man oprindeligt tiltænkt sygeplejerskerne en mere selvstændig og egenrådig rolle som dem, der bestemte og trak i nødbremsen, hvis fx borgeren skulle indlægges. Som Merete, myndighedschef i Svendborg, fortæller: 'I starten af projektet ville vi også gerne give dem den magt, at de enerådigt kunne vurdere alle sygeplejeydelser, om borgerne skulle have dem som sygeplejeydelser, eller det skulle være rehabiliterende. Det tænkte vi, det var det rigtige. Det, syntes vi, var meget klogt, og vi lavede et notat på det [der grines af alle deltagerne i interviewet]'

Men oplevelsen blandt lederne var, at sygeplejerskerne gik ind og overtrumfede de andre faggrupper. Merete fortæller om eksempler, hvor teamet egentlig er kommet langt med borgeren også på typiske områder, hvor sygeplejersken tidligere har været egenrådig, fx i forhold til selv at kunne dosere sin medicin: 'Så kommer sygeplejersken en aften, borgeren er ked af det og græder. Så tænker hun, "det er da også urimeligt", så sætter hun lige på igen, at den her borger skal have hjælp til insulin tre gange daglige fremadrettet. Og sådan nogle eksempler har vi haft i starten, fordi hver vores faglighed, og hver forståelse af det'. Det endte derfor med, at ledelsen tog en beslutning om at lægge alle sygeplejeydelser ind under det tværfaglige team.

9.2.5 Roller og relationer på det tværfaglige koordinerende møde

Ét af de steder, hvor nye relationer og roller har skulle etableres, har været på det tværfaglige koordinerende møde. Her mødes bl.a. hjemmetrænere, øvrige plejemedarbejdere, sygeplejersker, terapeuter og visitator. Udover at diskutere indsatsen over for borgeren har disse møder den afledte virkning, at de forskellige faggrupper i rehabiliteringen får en tættere relation til hinanden i organisationen. Christina og Lotte, der er henholdsvis SOSU-hjælper og visitator i Middelfart Kommune, fortæller fx:

Interviewer: 'Har det med de tværfaglige koordinerende møder givet en anden adgang til visitator?'

Christina, SOSU-hjælper: 'Ja det har det jo, fordi man får jo også et ansigt på visitator, og det er egentlig rart synes jeg. Det synes jeg'.

Lotte, visitator: 'Vi mødes jo også nogle gange i hjemmene, men det er jo meget tilfældigt, både med hvem der er med til de forskellige møder, men også hvem, man mødes med ude i hjemmet. Nogle gange, så møder man jo nogen, man kender, og andre gange, så ved man ikke, hvem hinanden er. Altså så må man hilse pænt på hinanden og finde ud af, okay det er dig, der er [SOSU-]hjælper (griner). Altså det kan man jo ikke se på folk'.

9.3 Nye lederroller

Rehabilitering har ikke kun medført nye roller for medarbejderne. Også for lederne i kommunerne medfører det at arbejde rehabiliterende ændringer. Fx i forhold til deres egne roller i forhold til at støtte op om de udførende medarbejdere, som har den direkte kontakt med borgerne og dermed skal formidle og forklare kommunens politik og kvalitetsstandarder for po-

tentielt kritiske borgere og deres pårørende. Merete, der er myndighedschef i Svendborg Kommune, fremhæver at ledelsens rolle her er at forsikre de udførende medarbejdere om, at de har ledelsesmæssig opbakning: 'Når du går ud og beder borgerne om at gøre det selv, så står vi bagved dig'. Det gælder både for den første tid op til og efter introduktionen af rehabilitering, men også i det fortsatte arbejde, hvor især hjemmetrænerne skal overbevise borgere, pårørende og tidligere kollegaer i den almindelige hjemmepleje om, at det er den rette vej frem. Som Susanne, hjemmeplejeleder i Svendborg siger, skal man som leder melde klart ud, at man tror på projektet. Og man skal være parat til at gå ind i diskussionen og forsvare, hvorfor det er det rette valg:

'Det er det her med, ligesom hvis man skal være en autentisk leder, så skal man jo fuldstændigt udstråle, med hele sin krop, "det er det her, jeg mener". Det skal man jo også gøre med rehabiliterende. Altså grunden til, at det er blevet en succes, er jo, fordi at [vi som ledere] mener det helt ind i knoglemarven, at "det her, det er fandeme det gode tilbud. Yes! Så kom an og diskuter med mig, fordi jeg har alle argumenterne. Det her, det er godt for borgerne".'

I Middelfart Kommune har lederne et tilsvarende fokus på ledelsens rolle og relation i forhold til de udførende medarbejdere, der skal arbejde rehabiliterende. Henriette, der er leder af hjemmeplejesektoren i Middelfart, uddyber: 'Og det kræver meget opbakning til, specielt til hjælperne, når de skal ud og have de dialoger der, for de skal virkelig klædes på og bakkes op i det der: "Det er rigtigt, og du er nødt til at gøre og..."', fordi nogle gange, så har de svært ved at udtrykke krav til borgeren, og at der er faktisk et krav [til borgeren] om, at det er den her vej vi går'.

9.3.1 Ledere som mæglere i det tværfaglige samarbejde

Som ledere oplever de ikke kun, at indførelsen af rehabilitering har medført ændringer i forhold til deres egne roller og relationer, men også, at de i højere grad end før må have mere fokus på roller og relationer blandt alle medarbejdergrupperne. Heidi, der er leder af visitatorerne i Middelfart Kommune, sætter især det relationelle arbejde mellem medarbejderne i sammenhæng med den øgede dialog, som det tværfaglige samarbejde fordrer: 'Altså jeg tænker også, som alle ledere på det her område, når vi baserer det her så meget på dialog, så kræver det selvfølgelig noget omkring relationerne, det kræver, hvordan man har en dialog, altså... Så hele tiden at have fokus på, hvad er det for relationer, vi har, fordi det er hele tiden tværfagligt samarbejde, og kunne snakke sammen og have det der... Så det sætter da store krav til os som ledere, med hvilken funktion vi har og kvaliteten af den, hvordan vedligeholder vi den'.

Det tværfaglige samarbejde i rehabiliteringsforløbene forløber ikke altid gnidningsfrit, og her må ledelsen også ind og se på både medarbejdernes relationer og roller, og ikke mindst på medarbejdernes *forventninger* til hinandens roller. Heidi, der er leder af visitatorerne i Middelfart Kommune, og Karin, som er leder af terapeuterne samme sted, giver et illustrativt eksempel på, hvordan de som ledere måtte samarbejde om at udrede og mægle i en konflikt mellem en terapeut og en visitator, dvs. mellem det udførende led og myndighedsleddet:

Heidi: 'Karin henvendte sig, at hun havde en terapeut, som ikke rigtig kunne komme igennem hos en af mine visitatorer, fordi at den rapport, der var fra som afslutningsrapport, den var ikke god nok, fordi der ikke var de oplysninger, der skulle bruges, af flere forskellige årsager. Og der må Karin og jeg gå ind, fordi det her, det spidser lidt til i forhold til de her to medarbejdere der, de kunne i hvert fald ikke komme overens med det her. Så må Karin og jeg gå ind og sige, "okay, hvad er det så, vi gør her. Er der noget andet, vi skal kigge på, og hvem skal vi have fat i?". Altså der må vi træde til, ikke? Og det handler jo om hvilke opgaver, og hvad kan man forvente af hinanden, altså hvad kan vi egentlig forvente af hinanden'.

Karin: 'Så det er jo lidt det der helikopter-perspektiv, vi må nogle gange tale det ned, der kan være konflikt til ikke at være konflikt, men mere en interesse... '.

Heidi: 'Hvad mangler vi, og hvor kan vi få det henne?'

Interviewer: 'Men er det en konflikt, der opstår på grund af de forskellige fagligheder?'

Karin: 'Ja, eller roller. Myndighed og udfører'.

Karin: 'Så der får vi da en væsentlig funktion i forhold til... '.

Heidi: 'En mæglende funktion faktisk... '.

9.3.2 Behov for gode relationer lederne imellem

Karin og Heidi fortsætter med at understrege vigtigheden af gode og stærke relationer mellem lederne, så de fremstår med enig front vedrørende samarbejdet og rehabiliteringen:

Karin: 'Jeg har bare lyst til at fremhæve, hvor vigtigt det er med ledelsesrelationer i forhold til, at vi også kan understøtte samarbejdet og relationerne for vores medarbejdere, så vi ikke konfliktoptrapper, men at vi snakker sammen og prøver at finde løsninger, og ikke tror, at vi vil hinanden det ondt. Jamen det tænker jeg bare. Det er simpelthen så vigtigt... Og det skal man ville, og det skal man signalere, og det betyder rigtig meget for, når tingene skal lykkes'.

Heidi: 'Altså vi smitter af. Det kan vi jo se. Karin og jeg havde noget undervisning sammen... Og man kan jo sådan se, at medarbejderne sådan kigger på os, hvordan snakker vi sammen... '.

Karin: 'Ja, "hvordan ser de ud, ja... Det så godt nok ud, så kan vi... (griner) Ja, det er fint" '.

Heidi: 'Det betyder enormt meget, for så er der understøttelse, okay så kan vi koncentrere os om rehabiliteringsopgaver. Det andet, det er der styr på. Det giver ro til at udføre arbejdet'.

Helt fra direktør-niveauet i kommunen har der været fokus på at sikre det bedst mulige samarbejde mellem medarbejderne i rehabiliteringen. På undersøgelsestidspunktet i november 2015 havde en tværfaglig medarbejdergruppe lige gennemført et pilotprojekt, hvor de blev undervist i og skulle arbejde med principperne fra relationel koordinering¹¹, som medarbejderne bl.a. har arbejdet med på temadage. Heidi og Karin, der som nævnt er henholdsvis leder af visitationen og leder af terapeuterne, samt Margrete, der er leder af den samlede hjemmepleje, deltog alle i pilotprojektet og gav i interviewet udtryk for et ønske om, at det ville blive implementeret i de øvrige distrikter også.

9.3.3 Stærk mødeledelse

Endelig oplever lederne også behovet for, at især sektionslederne indtager en ny og stærk rolle som mødeleder for de tværfaglige koordinerende møder, hvor de forskellige faggrupper udveksler erfaringer om borgeren og giver inspiration til løsningsmodeller. Her kræves en klar mødeledelse, der sikrer de forskellige faggrupper taletid og ikke mindst fastlægger, hvilken fagperson der har ansvaret for at følge op på de aftaler, der indgås. Her har der været behov for et uddannelsesmæssigt løft: 'Vi har lavet, jo ikke en lang uddannelse, men vi har haft nogle temamøder for sektionslederne, hvor vi har prøvet på at uddanne sektionslederne i forhold til at sidde for bordenden i et tværfagligt team: Hvad er der af rolle og forventninger til dig som

¹¹ Teorien om relationel koordinering er udviklet af den amerikanske professor Jody Gittel og fokuserer på koordinering og kommunikation i arbejdsprocesser, som går på tværs af faglige funktioner og sektorielle opdelinger.

mødeleder i et tværfagligt team? Hvordan er det hensigtsmæssigt at gøre det, og hvad skal der være?’ (Karen, myndighedschef, Svendborg). I vores observationen af et tværfagligt koordinerende møde er det da også klart, at mødet foregår efter en på forhånd stramt planlagt struktur, som både skal være effektiv i forhold til tidsforbrug og skal sikre, at de deltagende medarbejdere er klare på deres roller på mødet og hvem, der har ansvar for at følge op efterfølgende.

9.4 Roller, relationer og status hos de udførende medarbejdere

Selvom kommunerne over tid er blevet mere inkluderende i forhold til, hvor mange borgere, der tilbydes rehabilitering, er der stadig borgere, der modtager almindelig hjemmehjælp udelukkende eller i kombination med rehabilitering. Organiseringen af arbejdet mellem hjemmehjælp og rehabiliteringsforløb har indflydelse på de roller, som medarbejderne kan og forventes at indtage, og i relationerne til henholdsvis borgere og andre medarbejdere.

I både Svendborg og Middelfart Kommune er der eksempelvis forskel på arbejdsvilkår for henholdsvis hjemmetrænerne og de øvrige plejemedarbejdere i hjemmeplejen, og det influerer på den måde, de kan fylde deres rolle som medarbejder ud. Dette fx i forhold til, hvor meget tid der er hos en borger, alt efter om borgeren er i rehabiliteringsforløb eller får hjemmehjælp efter § 83. I interviewene spurgte vi derfor medarbejdere og ledere i de to kommuner, hvordan de oplever roller og relationerne mellem hjemmetrænerne og øvrige plejemedarbejdere, herunder hvorvidt der er forskelle i forventninger til og status mellem de to medarbejdergrupper.

9.4.1 Forskellige forventninger i forhold til specialiserede og integrerede team?

Merete, der er myndighedschef i Svendborg Kommune, betoner netop de forskellige arbejdsvilkår som baggrunden for, at der er forskellige forventninger til henholdsvis hjemmetrænerne og øvrige plejemedarbejdere, der ikke har samme muligheder for at arbejde rehabiliterende med borgeren. Også forskelle i hvilken slags pleje – det, hun kalder *’kærlig omsorg og pleje’*, som hun her betegner som en del af det arbejde, der foregår i hjemmeplejeydelserne efter § 83 – eller *’hverdagsrehabilitering’* – som medarbejderne qua deres personlige og faglige tilgange er bedst til, har betydning for, hvilke forventninger der er til rollen. Men også, at der for borgerne er forskel på, hvilken slags pleje, deres behov fordrer:

’Og det er heller ikke de forventninger, vi har, for vi ved godt, at der ikke er lige vilkår. Altså, fordi det er der jo ikke. Der er bare forskel på, hvordan man... hvis man er kronisk dårlig, så har man jo brug for en hjemmepleje, og så har man brug for at være i et stabilt forløb. Og så kan vi arbejde rehabiliterende med borgerne der, i forhold til om man har det bedre eller dårligt, men det er de samme medarbejdere. Og relationer er jo en væsentlig del. Det synes jeg, vi har fået bekræftet gang på gang. At det er relationerne, der ligesom bærer igennem. Og der er nogle, der er gode til kærlig omsorg og pleje, og de relationer på den lange bane. Og så er der nogle, der er gode til hverdagsrehabilitering og at sige, ”nu kommer du her”, og italesætte ”ved du hvad, jeg tænker med det, vi står med nu her, i løbet af 14 dage-tre uger, der vil du kunne klare dig selv igen”, og arbejde henimod det. Og så lykkes det med borgeren. Så det er ligesom to forskellige tilbud. Jeg ser det ikke som et A- eller et B-hold, eller at der er forventninger om de samme resultater, fordi det er ikke samme arbejdsvilkår’ (Merete, myndighedschef, Svendborg).

Kommunerne adskiller sig som tidligere beskrevet fra hinanden ved, at hjemmetrænerne i hverdagsrehabiliteringen i Svendborg kun arbejder med borgere i rehabiliteringsforløb, mens

overgangene er mere glidende i Middelfart, hvor hjemmetrænerne fx også har opgaver hos borgere, der ikke er i rehabiliteringsforløb. Henriette, der er leder af hjemmeplejesektoren i Middelfart, siger følgende om relationer og roller mellem hjemmetrænere og de øvrige plejemedarbejdere:

'Jeg synes jo ikke, der er den store udfordring i det. Altså der er en... Altså man vil det gerne, det er attraktivt at være hjemmetræner, man føler sig hørt meget, men det er selvfølgelig også meget personbestemt, hvordan det lige er strikket sammen, hvordan relationen er blevet, men man bruger hinanden rigtig godt ... [Dem, der ikke er hjemmetrænere] føler sig faktisk ikke hægtet af, fordi de har jo så de der ydelser, hvor det kun er én træningsydelse, hvor de alligevel er en del af det også. Og hjemmetrænerne kommer jo også rundt ved alle mulige andre borgere, som ikke er i hverdagsrehabilitering. Det er jo ikke sådan, at de kun har det her. Men det har de primært. Og det, der så i øvrigt er tid til, der har de alle mulige andre borgere, og der går de jo også ind og siger: "Hov, hvad er det for noget, hende der... Hvorfor gør I sådan der? Og hun kan da godt selv og sådan ... ". Altså de ser på det med trænerøjne også' (Henriette, leder af hjemmeplejesektoren, Middelfart).

De plejemedarbejdere, der ikke er uddannede hjemmetrænere, indgår i Middelfart Kommune således også i rehabiliteringsforløbene hos borgere, hvor forløbene er mindre komplicerede, hvilket ifølge Henriette er medvirkende til, at medarbejderne ikke føler sig 'hægtet af'. Og hjemmetrænerne arbejder også med de mere kompenserende indsatser efter § 83, hvor de netop også trækker på deres hjemmetræner-rolle. I Middelfart betoner lederne altså ikke i lige så høj grad som i Svendborg, at der er og skal være forskel på medarbejdernes rolle, alt efter om de arbejder med rehabilitering eller ydelser efter § 83, men de understreger, at det er attraktivt at være hjemmetræner, fordi det er en rolle, der i højere grad bliver hørt.

9.5 Statusforskelle?

Uanset organiseringsform er der i både Svendborg og Middelfart Kommune gjort meget ud af som institutionel norm at tildele arbejdet som hjemmetræner status og at gøre det attraktivt at være hjemmetræner. I Svendborg Kommune har man bl.a. valgt, at hjemmetrænerne i hverdagsrehabiliteringen bærer specielle, gule uniformer som en måde at adskille disse medarbejdere fra de øvrige. Merete, der er myndighedschef, fortæller, at det er led i en strategi for at fremhæve, hvor vigtige disse medarbejdere er: 'Og så kan vi lidt grine af det der med det gule og det alt muligt andet, men hvad gør man for at få lavet en ny kultur og sige "Nu starter vi op på noget helt andet. Hvad gør vi?". "Jamen I er noget særligt. I får blomster, I får bøgger, og vi anerkender, og vi siger, det er det vigtigste, og vi gør... fordi vi vil have jer til at arbejde for det her. Vi vil have jer til at brænde for at være hjemmetrænere"'.

Ledelsens beslutning om farven på uniformen og den generelle anerkendelse var et led i at fremhæve den nye kultur. Men det fremgår også af interview med både medarbejdere og ledere, at det var medvirkende til at skabe nogen afstand mellem de to medarbejdergrupper.

Nogle af de interviewede hjemmetrænere fortæller, at de har oplevet udfordringer med rollen som hjemmetræner i hverdagsrehabiliteringen i forhold til relationen til de øvrige plejemedarbejdere, der ikke i samme grad arbejder rehabiliterende. Karen, der er social- og sundhedshjælper og hjemmetræner i Svendborg Kommune, fortæller, hvordan det var at blive en del af 'det gule team': 'Jeg har arbejdet 25 år med [kompenserende hjemmehjælp]. Næsten, 24 måske. Så det var da noget af en omvæltning. Det har været hårdt med kollegaer fra de andre sektioner. Det synes jeg, det har været indimellem. Lidt op ad bakke... For at blive accepteret for det, vi gik og gjorde'.

Karin, der er leder af terapeuterne i Middelfart, er bevidst om, at, da kommunen indførte hjemmetrænere og hverdagsrehabilitering i 2010, blev hjemmetrænerne netop udfordret på både deres roller og relationer til de øvrige medarbejdere, som de ikke følte sig set og værdsat af, måske fordi de fik lidt særbehandling: 'For jeg kan faktisk godt huske i starten, da vi havde hjemmetrænerne, og de andre ikke havde, der kunne jeg jo godt høre, at... Hjemmetrænerne bliver indkaldt 1-2 gange om året sammen med terapeuterne, og hvor de jo også tager udfordringer op, og der bliver lagt en undervisning ind, så man prøver at holde gryden i kog, men der... faktisk på nogle af de første [undervisningsdage], der sagde de, at de følte sig ikke set og værdsat i grupperne, og deres kollegaer synes da, det var noget mærkeligt noget, og sådan...'.

Over tid, og efterhånden som den rehabiliterende tanke bredte sig i kommunen, fik hjemmetrænerne dog en mere positiv relation til kollegaerne i den almindelige hjemmepleje: 'Men det har jo skiftet, det har jo ændret sig. Alle kom jo med på "Medvirken til rehabilitering" [Middelfarts rehabiliteringsprojekt fra 2011]. Så det har ændret sig' (Karin, leder af terapeuterne, Middelfart).

Som vi tidligere beskrev i kapitlet om (tvær)faglighed, er der også andre faktorer, der gør sig gældende for, om man arbejder henholdsvis rehabiliterende eller med almindelig hjemmepleje. Der afsættes således mere tid per borger til de medarbejdere, som arbejder rehabiliterende, ligesom de i højere grad selv kan disponere over deres tid og de ydelser, som de synes, der skal gives i det daglige. Men evt. afstand mellem de to grupper kan også have grobund i, at medarbejderne i den almindelige hjemmepleje var usikre på, hvad introduktionen af rehabiliteringen ville betyde for deres jobmuligheder. Som Anja, SOSU-hjælper og hjemmetræner i Svendborg, siger, handler en evt. dårlig stemning således ikke om forskelle i den allokerede tid: 'Nej, jeg tror ikke, det er så meget det med, at du har så meget tid. Jeg tror mere, at de har været bekymrede, og måske stadigvæk lidt er det, for at de skulle blive arbejdsløse, fordi der kommer jo færre borgere ind, som de skal hjælpe'.

9.6 Relationen mellem borger og medarbejder i rehabiliteringsforløbet

At arbejde rehabiliterende medfører også ændrede roller for borgerne, der i højere grad end tidligere forventes at deltage i både udredning af behov, fastlæggelse af indholdet i indsatsen samt aktivt deltage i træningen af sin funktionsevne. Og relationen mellem borger og medarbejder ændres ligeledes.

9.6.1 Borgernes syn på relationerne

Den rehabiliterende tilgang bygger således på, at medarbejder og borger kender hinanden tilstrækkelig godt til, at det kan lykkes at have dette samarbejde om borgers mål og indsats. Det fordrer, at medarbejderen kommer tilstrækkeligt ofte eller over gentagne gange. Kommunerne forsøger da også i vid udstrækning at sørge for, at der ikke kommer for mange forskellige medarbejdere i borgerens hjem. Og de fleste borgere, der modtager rehabilitering, er – og noget til forskel fra borgere, der modtager almindelig hjemmehjælp – vant til, at der kun kommer 1-2 forskellige medarbejdere fast, selvfølgelig med forbehold for ferier og fridage. Men det kan naturligvis aldrig undgås, at borgeren skal forholde sig til flere forskellige medarbejdere. Inge, der bor i Middelfart Kommune, har et afslappet men også lettere resigneret syn på relationerne til medarbejderne. Hun føler, at hun har en god relation til alle medarbejderne, og

kan sagtens navigere i deres forskellige tilgange og væremåder: 'Selvfølgelig er de da forskellige. Sådan vil det jo altid være. Nogle gør det på én måde, andre gør det på anden måde... Det må man affinde sig med, når man har hjælp' (Inge, Middelfart).

9.6.2 Borgerens følelse af at have indflydelse og selvbestemmelse

De borgere, som vi har interviewet i hver kommune, har haft svingende holdninger til, hvorvidt de havde indflydelse på og selvbestemmelse i forhold til den hjælp, de modtog. De fleste har givet udtryk for i en vis grad at føle sig inddraget, men Inge fra Middelfart følte ikke, at hun havde den store indflydelse på indhold, mængde og varighed af den hjælp, hun modtog: 'Vi [de ældre] er jo heller ikke medbestemmende, det er sådan set... Pigerne kommer og siger "fra den dag er det sådan, og så er det sådan, og så er det sådan"... Det skal man bare finde sig i, affinde sig med. Jeg har jo ikke direkte noget at klage over, det er jo ikke det. Jeg er da glad for den hjælp, jeg får... Nej, jeg har ingen indflydelse. De kommer jo og siger, at nu kommer de ikke mere og sådan og sådan og sådan. Så kan jeg så sige, "nå", og så er det det, men de må jo have vurderet, at jeg ikke har brug for mere' (Inge, Middelfart).

Inges oplevelse af (ikke at) have den store indflydelse på indsatsen er i høj grad i uoverensstemmelse med de grundlæggende elementer i rehabiliteringstanken omkring borgernes medindflydelse, selvbestemmelse og at tage udgangspunkt i borgernes mål. Men samtidig må det tages med i betragtning, at medarbejdere og ledere i begge kommuner giver udtryk for, at hjemmeplejen også skal have fokus på, at borgerne ikke modtager mere end den nødvendige hjælp og kun i den periode, de har behov for det. Men som rapporten flere steder viser, så er der altså ikke altid overensstemmelse mellem kommunen og borgerens vurdering af, hvad der er den nødvendige hjælp.

Hans fra Svendborg Kommune oplevede en højere grad af indflydelse på det daglige indhold af hans hjælp: 'De starter normalt med at spørge, hvordan jeg har det... Og så de dage, hvor vi skal lave mad, så siger hun, "hvad har du lyst til, vi skal lave?"' (Hans, Svendborg).

9.6.3 Kalde en skovl for en skovl

Medarbejderne nævner blandt andet tilpasning af deres måde at kommunikere på til den enkelte borger som en vigtig del af at opbygge og vedligeholde en god og personlig relation til borgeren i den rehabiliterende tilgang. De kommunikative og relationelle kompetencer, som medarbejderne trækker på, når de tilpasser deres kommunikation til den enkelte borger, er noget, der ifølge Gitte, der er social- og sundhedsassistent og hjemmetræner i Middelfart Kommune, er vigtigt at overveje men noget, hun ikke eksplicit tænker over. Og hun understreger, at relationelle kompetencer udvikles over tid:

'Jeg gør det jo bare ubevist. Jamen, du ved jo hvilket hjem du træder ind i, når du kender dem efterhånden. Og du ved også, hvordan agerer jeg her, og hvordan snakker jeg her, fordi nogen skal have det på en måde, og nogle skal have at vide, at en skovl er en skovl, og det er simpelthen så forskelligt fra hjem til hjem. Så jeg tænker ikke så meget over min tilgang, om det er det ene eller det andet. Jeg ved, hvad de skal have lavet, og så ved jeg også, hvordan er forløbet, eller hvad man skal sige, hvordan er besøget... Jamen altså, nogle borgere har man jo et andet sprog nede ved og er lidt mere frit og skal have det på en måde, som fru Jensen måske ikke skal, som har været lidt mere på strå i sine dage. Og det lærer man lynhurtigt, når man kommer ud til folk, hvordan er det gerne man vil have det. Nogle steder hjælper det lige at fyre et eller andet af... Det er bare sådan noget, der kommer med årene, hvor man lærer at, man... Du agerer bare på forskellige måder i de forskellige [hjem]. Primært er man jo bare sig selv, det er jo det man kommer længst med, men der er stadig nogle hjem, hvor man har et

sprogbrug, man ikke ville bruge andre steder' (Gitte, SOSU-assistent og hjemmetræner i Middelfart).

9.6.4 Noget for noget i relationen

Gitte fortæller også, at en del af det at opbygge en relation til borgeren også handler om reciprocitet: 'Altså, du har jo en forskellig relation til de forskellige borgere, du kommer ved [...] Men jeg skal bare ikke forvente, at fru Jensen kommer med hendes livshistorie til mig, hvis ikke hun kan få af vide andet end, at jeg hedder Gitte, og jeg arbejder i Middelfart Kommune. Det kommer man ingen vegne med. Altså, jeg har nogle af mine gamle damer og en anden herre, jeg havde engang, jamen, de vidste alt, og de spurgte til mine børn hver dag, og det var simpelthen bare det, der var glæden ved, jamen, nu kommer du, og så skal de høre om det og det, og så var der lidt indhold... Og det kommer man altså meget længst med. Men jeg tror også, det er meget forskelligt fra personale til personale med, hvor meget du vil give af dig selv, fordi du vurderer jo altid selv, hvad du siger' (Gitte, SOSU-assistent og hjemmetræner i Middelfart).

I arbejdet med at opbygge og vedligeholde relationen til borgerne prioriterer Gitte også gerne et mere socialt aspekt som kaffedrikning, men betoner samtidig, at denne indgangsvinkel ikke nødvendigvis vil være relevant for andre medarbejdere: 'Og så er det det der med at prioritere. Er der nogen, der byder på kaffe, jamen ved du hvad, så bruger du syv minutter på at drikke den kop kaffe og lige sidde og snakke og komme lidt mere ind på... Eller bare sidde to minutter, at det ikke er jap ind og jap ud. Men igen, det er forskelligt fra personale til personale. Det er min indgangsvinkel, og det er det, jeg oplever, at jeg kommer længst med' (Gitte, SOSU-assistent og hjemmetræner i Middelfart).

En hjemmetræner i Svendborg, der dermed kun arbejder med rehabiliteringsforløb, har et lidt andet perspektiv på det med den tætte relation til borgeren: 'Kunsten er jo også, at de ikke skal blive for tæt på os, altså blive for vant til, at vi kommer og gør tingene for dem. Synes jeg, fordi det kan hurtigt blive en vane, at det er også fint, at vi lige gør det jo, det går også lidt stærkere, når du gør det' (Mie, SOSU-assistent og hjemmetræner Svendborg). De afvigende holdninger mellem medarbejderen i de to kommuner kan måske delvis forklares med, at de har forskellige arbejdsvilkår. Gitte i Middelfart arbejder fx både med rehabiliteringsforløb men har også en del opgaver af mere kompenserende art, hvor relationerne til borgerne, som nævnt ovenfor, er af en anden og oftest mere længevarende natur. Mie i Svendborg, derimod, arbejder kun med de tidsafgrænsede rehabiliteringsforløb, hvor hjemmetrænerne netop ikke når – eller ønsker – at opbygge de samme, længerevarende relationer med borgerne, da dette kan skabe en afhængighed af hjælp hos borgeren. Dette illustrerer et iboende dilemma i organiseringen af rehabiliteringen: måloppstilling og samarbejdet bygger på et godt kendskab til borger, men rehabiliteringsforløbene er ofte af en ganske kort varighed.

9.6.5 Relationen som hindring

Forskelle på tilgange og holdninger til fx nærhed til trods, så finder medarbejderne i de to kommuner i det hele taget, at den personlige relation til borgeren er noget af det, der har størst betydning for det rehabiliterende arbejde, og ikke mindst, fordi de som medarbejdere i høj grad benytter deres personlig tilgang som redskab til at motivere borgeren. Det betyder også, at medarbejderne er bevidste om, hvordan relationen med den enkelte borger er, og om relationen eventuelt hindrer et hensigtsmæssigt rehabiliteringsforløb. Hjemmetræneren Klaus fortæller: 'Men der er jo forskel fra person til person, hvordan man går ind i de relationer, og det er da heller ikke alle borgere, man kommer rundt til, som man kan med. Altså, det må man bare se i øjnene, at der er nogle steder, hvor det klinger, og nogen steder hvor det bare slet

ikke gør. Altså, sådan er det. Der er ikke to mennesker, der er ens... Så må man så melde ud i gruppen jo og sige, at det her, det fungerer altså ikke, der er nødt til at komme en anden en derud' (Klaus, SOSU-hjælper og hjemmetræner, Svendborg). Hans hjemmetrænerkollega Karen supplerer: 'Det er okay at sige fra. Det gavner jo ingen steder, at vi render her og vil hjælpe folk tilbage til deres oprindelige, hvis ikke tingene fungerer derude, og der er alt for mange gnidninger. Så er det jo okay at sige fra og sige, det her det duer ikke, der bliver nødt til at være en anden på, som Klaus siger' (Karen, Svendborg).

9.6.6 Er relationen anderledes når man arbejder rehabiliterende?

De interviewede medarbejdere i begge kommuner er dog enige om, at man får en anden relation til borgerne i det rehabiliterende arbejde, end man gør i den mere kompenserende hjemmehjælp. Relationen i et rehabiliteringsforløb tager i højere grad udgangspunkt i det, der skal opnås, altså i opnåelsen af målet og ikke i relationen. Mette, der er SOSU-hjælper og hjemmetræner i Middelfart, beskriver forskellen på relationen til borgerne i henholdsvis rehabiliteringen og den almindelige hjælp med disse ord: 'Jamen, fordi at her, når vi er ude ved dem, der træner, så snakker vi hele tiden meget om, "når vi nu når det næste mål, så er det det og det, vi lægger på". Og når vi er ude ved dem, som ikke længere er træningsopgaver eller aldrig har været det, så er det bare pudse nusse, og så bliver det meget sådan socialt på en eller anden måde, i forhold til når det er træningsopgaver, fordi de vil gerne videre'.

Mie, der er SOSU-assistent og hjemmetræner i Svendborg og tidligere har arbejdet i den almindelige hjemmepleje, men nu kun arbejder med rehabiliteringsforløb, mener også, at noget af det, der adskiller sig, er den øgede dialog med borgeren, men også sådan noget som at tage udgangspunkt i borgerens ønsker, hvilket forudsætter et bedre kendskab til borgeren:

Mie: 'Her snakker vi jo meget med borgerne om tingene, synes jeg. Jeg kender næsten de borgere bedre end de borgere, jeg kom hos før, fordi vi snakker meget mere om tingene her. Det gjorde vi ikke dengang. Der kørte vi jo bare ind og lavede vores opgaver, så kørte man igen... Altså den anden [måde], der var jo ligesom en dagsorden, det var allerede på kørelisten, en dagsorden for, hvordan jeg skulle gøre. Om det så var morgenmad, så stod der, hvad de skulle have, hvor jeg tænkte, hold da op, Jonna har fået øllebrød hver morgen i syv år, det var godt nok længe da...'.

Interviewer: 'Og hvad, hvis hun havde lyst til havregrød?'

Mie: 'Det kom jeg jo til at spørge om, og så ville hun egentlig gerne have en ostemad og en kop kaffe. Jamen, sådan nogen ting, hvor jeg synes, det var godt nok ... det var lidt rystende for mig at opleve at komme ud hos en borger, og jeg havde selvfølgelig ikke lige set, hvad der stod og siger, nå hvad skal du have til morgenmad? "Uh, jeg kunne godt tænke mig to ostemadder og en kop kaffe. Du er godt nok den første, der har spurgt, hvad jeg ville have". Men jeg tænker, jeg ville jo ikke selv have øllebrød 7 år i træk hver morgen... Det rystede mig lidt. Så dér begyndte jeg virkelig at spørge folk, hvad de ville have til morgenmad'.

Mie: 'Men jeg synes heller ikke, jeg havde den relation til borgerne før. Man kom bare ind og gjorde tingene, og så kørte man igen'.

Hvor Mie og Mette især fremhæver, at fokus på borgers ønsker og mål, som er et af kernepunkterne i rehabiliteringsarbejdet, er af betydning for relationen, supplerer Klaus, der er hjemmetræner i Svendborg, med et perspektiv på vigtigheden af tillid i relationen også: 'Det kræver jo, at man får et eller andet tillidsforhold til den borger, man har, for at kunne nå nogen som helst steder jo. Det er jo ret vigtigt, vil jeg sige... Det er det første trin på trappen, det er at få skabt noget tillid. Så der har man nået halvvejs nærmest, hvis det er, at de sådan stoler

på, at du ved, hvad du egentlig har gang i, og føler sig tryk ved dig. Det har rigtig meget at sige' (Klaus, SOSU-hjælper og hjemmetræner, Svendborg).

9.6.7 Ene borger, mange medarbejdere

Og apropos trapperne, så kan det tværfaglige set-up også betyde, at borgeren skal forholde sig til og forklare sig over for flere medarbejdere, der ofte også har forskellige faglige baggrunde. Som det skete hos Hans i Svendborg, der blev bedt om at øve trapper sammen med adskillige medarbejdere, så de alle kunne se, hvori hans problemer bestod og forsøge sig med forskellige teknikker. Hans forklarer: 'Så hende der visitatoren, hun siger: "Men... ", jeg havde lige sat mig, "Ja, jamen prøv lidt at lade en af de andre gå op og ned ad de trapper der med dig". Jeg har kraftedeme lige gået op mand. Skal jeg så... Så gik jeg ned, og så gik jeg op igen. Så mente jeg, så var det sgu nok. [Så sagde visitator:] "Jamen så kunne det være, der var én mere, der skulle prøve". Så sagde jeg: "Prøv at høre, nu er jeg gået op på anden sal, hvis det skulle svare til noget som helst, nu tror jeg ikke, jeg skal gå mere, hvis jeg skal gå ned igen også"'.

Samme Hans oplevede det også som overvældende, at der var fire medarbejdere til stede, da han første gang kom hjem efter genoptræningsophold, og de skulle diskutere hans behov:

Interviewer: 'Hvordan havde du med det der, at der var fire personer herinde [i lejligheden]?'.

Hans: 'Jeg synes det var voldsomt... Jeg fik heller ikke at vide, hvorfor der skulle være så mange mennesker'.

Og han oplevede, at relationen ikke var ligeværdig, ikke mindst da han sad ned, og visitator stod op under samtalen: '... man føler virkelig, man føler, når folk de står op, så føler jeg også, altså de står og taler ned til mig. Ikke altså? Jeg er også selv uddannet sygehjælper for mange herrens år siden. Det første, man lærer, det er jo, at man står ikke nede for enden af sengen og taler ned til patienten ... Det andet, det føler man, at man snakker ned jo. Når de begynder på det, når hun begyndte på det, så... Nej. Så stopper festen for mig der'.

Hvor det for medarbejdere med forskellige faglig baggrunde kan være berigende og sikkert også mere tidsbesparende at være samlet i det indledende møde med borgeren, er det derfor væsentligt at overveje rollerne og relationen i mødet. For borgeren – og ikke mindst en borger i krise – kan det være vanskeligt at skulle forholde sig til flere personer ad gangen, ligesom det for borgeren kan opfattes som et ulige magtforhold qua antallet af medarbejdere. Det er derfor vigtigt at også overveje, hvilken gevinst, der er for borgeren i, at flere medarbejdere er til stede samtidig. Ligeledes er det vigtigt at overveje, hvordan det sikres at mødet bliver en ligeværdig udveksling, hvor borgerens synspunkter også tilgodeses.

9.7 Roller og relationer i forhold til frivillige, netværk og pårørende

Interviewene kommer også ind på, at man bruger borgernes netværk, pårørende og de frivillige tilbud på en anden måde nu, end før man begyndte at arbejde rehabiliterende i ældreplejen. Men det er nok ikke kun en naturlig konsekvens af, at man har indført rehabilitering. Også andre faktorer spiller ind på, at frivillige indtænkes i rehabiliteringsforløbene i stigende grad, fx synet på opgavefordelingen mellem kommunen og de frivillige tilbud: 'Tilbuddene er anderledes i dag i frivillige organisationer. Der er jo kommet meget mere fokus på frivillige hænder, og at det er okay, at det er ikke nødvendigvis en kommunal opgave at fortsætte med at være social ude ved en borger. Det kan sagtens være en frivillig organisation, der har den sociale rolle' (Jytte, visitator i Svendborg Kommune).

Lotte, der er visitator i Middelfart Kommune, fortæller således, at der generelt er fokus på at indtænke de frivillige tilbud: 'I kommunen er der i det hele taget fokus på, at vi skal køre flere ting over på det frivillige, fordi på det der område er der meget lidt på de kommunale hylder, kan man sige ... Der er jo rigtig mange, der er ensomme, men hvis vi skulle åbne sådan alt for meget for det, så er det sådan ... Det er mere end vi kan overskue ... '. (Lotte, visitator Middelfart) At indtænke de frivillige tilbud i kommunen ved eksempelvis ensomhedsproblematikker er altså en måde, hvorpå de sociale dimensioner eller udfordringer hos en borger indtænkes i rehabiliteringen, uden at det nødvendigvis er kommunen selv, der varetager selve den sociale indsats derefter.

Hendes kollega Marianne mener dog, at det er en generel tendens, at andre aktører end det offentlige kommer ind over opgavevaretagelsen: 'Det er vel både frivillige, men det er vel også meget, at man begynder mere og mere at se på, at netværket og familien også skal ind over' (Marianne, ergoterapeut Middelfart).

9.7.1 Rehabilitering og ensomhed

De frivillige instanser nævnes ikke mindst i forhold til ensomhed. Flere medarbejdere nævner ensomhedsproblematikken hos borgere som en særskilt udfordring, der kan stå i vejen for borgernes motivation for at blive selvhjulpne. Det sker ikke mindst, hvis borgeren egentlig er blevet selvhjulpnen, men stadig holder fast i behovet for fortsat hjælp ud fra et socialt behov. Og medarbejderne indtænker i de tilfælde forskellige frivillige muligheder, fx besøgsvenner, som et redskab i rehabiliteringsforløbet. Linda, der er sygehjælper og hjemmetræner i Middelfart Kommune, overvejer frivillige tilbud på baggrund af et helhedssyn på borgerens hverdagsliv og udfordringer, fx hvis en borger fremstår forbeholden i rehabiliteringsforløbet:

'Altså, så skal jeg jo i hvert fald kunne sætte mig ind i, at hun eller han sådan ligesom er lidt tilbageholdende. Og hvorfor er det, at hun ikke vil de ting der. Hvad er det der gør, at hun ligesom bliver ved med at finde nye ting, hun ikke kan. Altså hvis man når ét mål, så er der noget andet, som gør, at hun ikke kan slippe os fx, hvad er det, der gør det? Er det fordi hun har ondt, er det fordi hun er bange for lige pludselig at stå alene... skal man hen og finde noget... Er der ensomhed? Er det, skal man hen og finde noget alternativ til os fx? Er det, fordi hun er bange for, at der ikke kommer nogen i løbet af dagen, jamen, så kan man jo få sådan en kæde... Ældre Sagen har sådan en telefonkæde, ville det hjælpe fx? Eller skal man have en fra Røde Kors ud? En besøgsven. Ville det hjælpe?' (Linda, sygehjælper og hjemmetræner, Middelfart).

Linda mener, at det store fokus på de mulige ressourcer på frivilligområdet er fulgt med rehabiliteringstanken i kommunen: 'Jeg tror, man begynder at tænke sådan lidt bredere, efter rehabiliteringen er kommet. At man forsøger hele tiden at finde muligheder for, hvordan man kan hjælpe den her person' (Linda, hjemmetræner, Middelfart). Dette suppleres af medarbejdere fra Svendborg Kommune, som fortæller, at inddragelsen af frivillige tilbud til borgerne ikke kun overvejes, når borgeren er ved at være klar til at blive afsluttet fra rehabiliteringsforløbet og/eller hjemmeplejen; det overvejes også undervejs i forløbet. Ældreplejen i kommunen har haft fokus på de frivillige tilbud siden opstart af projekt 'Nye veje til aktivt liv', og nogle medarbejdere har fx været på besøg i Frivilligcentret, der er samlingssted for frivillige og tilbud i kommunen.

En hjemmetræner fra Svendborg Kommune, hvor rehabiliteringsforløbene jo udføres af særskilte hverdagsrehabiliteringssektioner, pointerer dog, at der i det rehabiliterende team er afsat tid til at hjælpe borgeren med at etablere sådanne sociale relationer. Til forskel fra medarbejderne i hjemmeplejen, som ikke har samme tidsmæssige ressourcer til rådighed til at indtænke frivillige instanser: 'Vi er nok mere opmærksomme på, at det eksisterer, end man er ude i den

almindelige hjemmepleje. Men det er nok igen det med, at vi har mulighed for at etablere og hjælpe med at starte det op og sådan nogle ting' (Anja, SOSU-hjælper og hjemmetræner, Svendborg). Medarbejderne i henholdsvis rehabilitering og almindelig hjemmepleje har således et forskelligt udgangspunkt for at kunne inddrage de frivillige og dermed for at hjælpe borgeren med denne problemstilling.

9.7.2 Borgeren som frivillig

Inddragelsen af et frivillighedsperspektiv i rehabiliteringen handler ikke kun om at indtænke de forskellige tilbud i borgerens rehabiliteringsforløb; medarbejderne forsøger i nogle tilfælde også at få mere ressourcestærke borgere til at involvere sig i frivilligt arbejde. Dette fx, hvis borgeren for nyligt er flyttet til kommunen og derfor ikke har så stort et netværk, eller hvis medarbejderne oplever, at der er en ensomhedsproblematik hos borgeren. Men også i forhold til at styrke den frivillige indsats i kommunen, hvor borgeren således kan bidrage. Borgeren tænkes således at kunne hjælpe sig selv, men også andre borgere. En visitator i Svendborg forklarer i dialog med en terapeut: 'Det er ikke så mange borgere, vi har, men der er da nogen, hvor I [terapeuterne] også har tænkt ind, at de kunne yde noget som frivillige. At det var dem [borgere], der var ude og levere noget. At det ikke bare var dem, der skulle modtage, men at de måske havde nogle ressourcer, så de faktisk kunne være en del af det, det ved jeg, I også har snakket med nogen om'. (Ulla, rehabiliteringsterapeut, Svendborg). Visitatoren og terapeuten forklarer videre, at de er vant til at tænke i borgerens ressourcer qua deres faglighed (de er henholdsvis ergoterapeut og fysioterapeut), men at de også oplever det at forsøge at inddrage frivillighedsperspektivet, både i forhold til borgerens ressourcer som frivillig og i forhold til de frivillige tilbud i kommunen, som noget, der altid har været en del af hverdagsrehabiliteringen i kommunen, dvs. tilbage fra projekt 'Nye veje til aktivt liv.

En af de borgere, som blev vurderet til at ville have glæde af at deltage i frivilligt arbejde, havde dog et andet perspektiv derpå. Som tidligere nævnt havde Karl ansøgt om hjælp til rengøring, men blev tilbudt rehabilitering. Han havde tidligere i sit liv været aktiv frivillig bl.a. med at hjælpe andre ældre med problemer med computeren og var generelt god til det tekniske. Hans oplevelse fra tidligere var dog også, at det frivillige havde det med at tage overhånd, hvorfor han ikke kunne passe det ind i sit nuværende hverdagsliv. Han blev under visitationen kraftigt opfordret til at involvere sig i de lokale frivillige aktiviteter i kommunen og fortalte senere, at han følte sig noget presset. Karl gav under visitationssamtalen gentagne gange udtryk for, at han ikke følte, at han havde det nødvendige overskud til at arbejde som frivillig, og at, som han udtrykte det, 'man skal passe på, man ikke bliver så involveret, at man ikke kan komme ud igen' (Karl, Svendborg). Karl havde med andre ord bedt om hjælp, men blev i stedet opfordret til at hjælpe andre.

9.8 Roller og relationer i forhold til netværk og pårørende

9.8.1 Nye perspektiver?

Medarbejderne indtænker også borgernes netværk og pårørende i rehabiliteringsforløbene, når de sammen med borgeren skal forsøge at finde løsninger. Ikke mindst i forhold, at borgeren kan føle sig tryk, lægges der i højere grad op til, at det er en opgave, hvor andre end den kommunale hjemmepleje kan træde til. Som i eksemplet her i forhold til aleneboende borgers utryghed ved risikoen for at falde i badet, hvor to medarbejdere fra Svendborg Kommune fortæller: Line (visitator): 'I forbindelse med bad fx, der er ofte det der med utryghed, de kan egentlig godt tage badet, men de er utrygge, og det er der altså meget snak om. Jamen så kommer hjemmetræneren faktisk og sidder ude i køkkenet for at skabe tryghed, og så snakker

de om, "jamen hvad er det så egentlig der skal til for at du kan føle dig trygt?". Ulla (rehabiliteringsterapeut): 'Og det kan være, "jamen, hvis vi ikke var her, har du så andre, du kan kontakte, har du naboer?". Medarbejderne forsøger altså i dette tilfælde at finde frem til, om en nabo kan inddrages, således at borgeren fx kontakter naboen inden badet, og naboen dernæst tjekker, om borgerne er ok efter badet.

Medarbejdernes syn på betydningen af netværket i borgerens rehabiliteringsforløb drejer sig dog ikke kun om, hvorvidt det kan være mere hensigtsmæssigt, at netværket, og ikke hjemmeplejen, hjælper borgeren i et givet tilfælde. Det handler også om betydningen af, at netværket støtter op om borgerens rehabiliteringsforløb. Og medarbejderne oplever, at der her er sket et holdningsskift. Som Jytte, visitator i Svendborg, her beskriver: 'Altså jeg ved ikke, om man har et andet syn på, hvad de kan og bør gøre, men jeg synes omgivelserne, altså de pårørende og venner og naboer, har fået et andet syn på, hvad rehabilitering er og, hvad det betyder for den enkelte borger. Altså forstået på den måde, "Jamen det er måske ikke det bedste, at jeg som nabo går ind hver dag med avisen, det er måske bedre at blive ved med at træne og hente avisen, som [hjemmetræneren] startede op på", altså jeg synes folk får et andet og bredere perspektiv på rehabilitering ... Der sker en kulturændring lige så stille og roligt'.

9.8.2 Udfordrede relationer til pårørende

Medarbejderne oplever dog nogle gange relationen med borgerens pårørende som udfordrende, hvilket også kan stille borgeren i en klemme: 'Og borgeren kommer også i et dilemma mellem kommunen og mellem de pårørende, fordi de pårørende holder jo fast i, nu skal du bare beholde det hjemmehjælp du har, nu skal du ikke begynde at sige, du kan selv. Fordi at det er mere trygt, hvis der kommer nogen og gør det... Og hvis der er mange pårørende inde over, som har en anden dagsorden, så beder de jo mere om hjælp og støtte til at få det her igennem, det gør de' (Henriette, leder af hjemmeplejesektor, Middelfart). En årsag til, at de pårørende efterspørger mere eller anden hjælp til den ældre, er tryghed – at de pårørende kan føle sig trygge ved, at fx deres mor eller far får hjælp og herunder jævnlige besøg fra hjemmeplejen, som de nu ikke længere nødvendigvis får, efter at rehabilitering er blevet indført. Men en udfordring kan også være, at de pårørende har et andet syn på, hvad borgeren kan og ikke kan i forhold til rehabilitering end medarbejderne. Pernille, der er SOSU-assistent i Middelfart Kommune, uddyber: 'Der er ofte også pårørende, der siger, "Mor kan ikke det, og mor må ikke, og mor vil ikke" og så står man også i en svær situation, fordi vi måske oplever, at det kan damen altså godt! Men de pårørende bliver bekymrede, det er de jo selvfølgelig... Det er [også] de pårørendes tryghed jo, for at sørge for, at vi er i hjemmet enten lidt længere eller lidt længere varigt, og det kan også være svært nogle gange' (Pernille, SOSU-assistent, Middelfart).

9.8.3 Forventningsafstemning

Gitte, der er hjemmetræner i Middelfart Kommune og uddannet SOSU-assistent, oplever også, at det kan være udfordrende for relationen mellem medarbejdere og pårørende, at de pårørende generelt efterspørger mere, end hvad hun mener ligger i hjemmeplejens opgaver og dermed i hendes rolle, fx når en borger skal til lægen: 'Jamen altså, det er lidt op ad bakke, fordi man falder meget hurtigt i den der, jamen det kan hjemmeplejen gøre. Hvor der bliver lagt mere og mere op til sådan noget med de steder, hvor vi ikke rigtig kommer... Altså, fordi folk skal til lægen eller skal noget andet, så er det mere de pårørende, der skal på banen, eller dem selv, det er ikke ensbetydende med, fordi vi kommer i forbindelse med noget andet, at vi skal ordne altid. Men det er nemt at falde i den fælde, at det kan hjemmeplejen nemt gøre ... jeg synes, det er nemt for de pårørende ligesom at mene og ligesom stå sådan nogle gange og

kigge, "jamen, det er en selvfølge, at du gør det. Du er fra hjemmeplejen". Ja men... Jeg har en helt bestemt ting, jeg skal her, og jeg skal ikke ordne alt muligt andet og sørge for ditten og sygehusbesøg eller lægebesøg eller alt muligt andet, eller hvad det nu er. Det er jo folks eget ansvar' (Gitte, SOSU-assistent og hjemmetræner).

I sådanne tilfælde kan det være nødvendigt at afstemme forventningerne til indsatsen, hvilket fx Gitte gør via dialog og uden nødvendigvis at henvise til kommunens kvalitetsstandarder: 'Nej, vi snakker bare om tingene. Og så kan de jo godt se det mange af gangene, at det... '. Gitte mener, at en af grundene til, at samarbejdet og relationen med de pårørende nogle gange kan være udfordrende, er, at der generelt stilles større krav til de pårørende end førhen. Det har ikke nødvendigvis nogen sammenhæng med indførelsen af rehabilitering, men påvirker relationen mellem medarbejdere og pårørende: 'Men den der med de pårørende, den er jo også kommet mere og mere med ind over, hvor meget de egentlig skal. Der ligger jo også meget større forventninger fra kommunen om, at hvad de pårørende skal, end der måske gjorde førhen, ikke også, så det er lidt... '.

9.8.4 Visitator som bussemand og leder som bagstopper

Ifølge en hjemmeplejeleder i Middelfart Kommune kan der være forskel på, hvilke medarbejdergrupper, der bedst kan tackle et eventuelt pres fra de pårørende. SOSU-medarbejderne kan finde det udfordrende at skulle forsvare rehabiliteringstanken over for pårørende. Her er oplevelsen fx, at terapeuter kan have lettere ved dialogen med pårørende end de øvrige faggrupper, omend de også oplever vanskeligheder: '[Terapeuterne] kan også støde ind i udfordringer og blive presset der jo, men grundlæggende ja' (Karin, leder af hjemmetrænerne, Middelfart). Det kan altså være en god ide at overveje, i hvilke faggrupper rollen som kontaktperson til eventuelt kritiske pårørende bedst placeres.

Heidi, der er leder af visitatorerne i kommunen, ser også gerne, at udførende medarbejdere inddrager visitatorerne i de mest udfordrende situationer: 'Nogle gange har jeg også sagt, så brug os! Så brug visitatorerne, hvis der er noget, der skal, altså hvis det bliver for komplekst, og der er nogle pårørende, så må vi jo som myndighed træde til, så medarbejder derude kan koncentrere sig om deres arbejde. Så er det os, der er bussemand, om du vil' (Heidi, leder af visitorteam, Middelfart).

Og ellers kan man altid, som Gitte her fortæller, benytte lederen til at være bagstopper og tage de vanskeligste samtaler med pårørende: '... vi har nogle forløb som er lidt stramme og meget op ad bakke, men det er sjældent'. De [pårørende] bliver simpelthen henvist til, at det er det svar, jeg kan give, og sådan er det, og det er det, jeg skal. "Og så må I ringe og tale med Henriette [leder af hjemmeplejesektionen]". Og så har Henriette jo dialogen, så er den ligesom ude af vores [hænder]' (Gitte, SOSU-assistent og hjemmetræner).

9.8.5 Inddrage pårørende i rehabilitering

Samarbejdet og dialogen med de pårørende er, ligesom med de frivillige tilbud i kommunen, kommet mere i fokus, efter kommunen er begyndt at arbejde rehabiliterende. De pårørende blev måske ikke ligefrem glemt før i tiden, men dialogen og inddragelsen af dem har ændret sig, således at dette prioriteres i højere grad nu.

Og i nogle tilfælde inddrages de pårørende også rent fysisk i rehabiliteringsforløbet, fx i Middelfart Kommune, hvor Pernille fortæller: 'Vi fik også en pårørende til at træne oppe ved den anden borger, sådan nogle små træningsøvelser, det er jo skidegodt, at sådan noget kan lade sig gøre, og hvor skal de ellers vide det fra, især i sådanne situationer der, hvor de har fået lidt skade' (Pernille, SOSU-assistent, Middelfart).

Nogle gange kan det ligeledes være hensigtsmæssigt, at der i relationen mellem medarbejderne og de pårørende indgår et læringselement, hvor medarbejderne forsøger at få de pårørende til at 'tænke rehabiliterende' og ikke bare gøre tingene for borgeren, som en ægtefælle måske er vant til. Anja, som er SOSU-hjælper og hjemmetræner i Svendborg Kommune, forklarer: 'Jamen det kan fx være, hvis det er en rask ægtefælle, som er tilbøjelig til, hvis de siger, "Ræk mig lige det", fx, hvor vi så snakker med dem om, "Jamen det var måske en god ide at du sådan prøvede at trække dig lidt og lade vedkommende prøve at gøre tingene selv"... Nogle gange så snakker vi jo om, at, hvis de fx lader vedkommende smøre sin mad selv, hvad kan det så gøre ved vedkommende, "Ville du selv synes om, hvis du selv skulle have andre til at smøre din mad?"' (Anja, hjemmetræner i Svendborg).

9.8.6 Omsorg for pårørende

Den rehabiliterende indsats omfatter i mange tilfælde også de nære pårørende, ikke mindst fordi man i højere grad tager et helhedsperspektiv, men også, fordi man anerkender, at den pårørende er en vigtig ressource i rehabiliteringsforløbet. Marianne, der er ergoterapeut i Middelfart, giver et eksempel på, hvordan en hjemmetræner formår at hjælpe både borgeren og hans hustru: 'Vi har haft en borger i hverdagsrehabilitering... som var en del dårlig, og konen havde også brug for at tale, og der ser jeg en hjemmetræner, som siger: "Ja, en halv kop kaffe og så vandrer jeg lidt til og fra... og går det godt?". Fordi konen netop var lige ved at gå baglæns ud. Og så formår [hjemmetræneren] alligevel at give den der tryghed i hjemmet: "Jamen jeg er her, og jeg hører dig. Og så kigger jeg lige til, om han er ved at være færdig ude på toilettet", eller hvordan det er'. Hendes kollega Lotte, der er visitator, supplerer: 'Og vi er jo også opmærksom på, at hvis der er nogen, der er virkelig dårlige, at man skal jo også passe på den raske, ikke?... Fordi de er jo ressourcen, hvis de knækker også, så knækker det hele. Og det er jo noget af det, man bliver nødt til også. Man kan ikke kun fokusere på den syge. Man er nødt til at fokusere på, at der er sket noget herhjemme'. Relationen med de pårørende omhandler altså også et helhedssyn på borgerens situation, herunder at tage hensyn til den pårørende i hjemmet, fx ved at tale med dem om, hvilke opgaver hjemmeplejen kan hjælpe med, for at den pårørende skal klare belastningen.

9.8.7 Pårørende inde over rengøring

For mange borgere går grænsen for hjælpen fra pårørende dog ved rengøring, ikke mindst når de handler om at få en sådan hjælp fra voksne børn. En borger fortalte fx følgende om sin dialog med kommunens visitator: 'Men så kommer hende visitatoren jo med, om jeg ikke kunne få [mine børn] til at hjælpe med at gøre rent også? Og så siger jeg, at I kan kraftedme tro nej. Hvis de kommer her, så er det dejligt, og så skal de komme for at besøge mig, de skal sku ikke komme for at gøre rent. Altså hvad fanden!... Jamen det kunne hun da ikke forstå, at de ikke kunne, når de kunne handle ind for mig, så kunne de vel også gøre rent for mig. Det gad jeg ikke svare på, for det, synes jeg, ikke var relevant... Altså skal jeg inddrage min familie i, at når de kommer her, så ved de, at så skal de gøre rent og vaske tøj for mig og sådan noget. Det synes jeg da ikke... Det hører ingen steder hjem, gør det vel?' (Hans, Svendborg).

I andre situationer trædes der mere vande i forhold til at afklare om og lægge op til, at pårørende kan bidrage og evt. påtage sig rengøringsopgaver. Under visitationsmødet hos Karl, hvor hans datter var til stede, bliver der således ikke snakket om, hvorvidt hun kan hjælpe med fx rengøring. Visitatoren Line forklarede efterfølgende, at hun benytter at spørge til, om der er pårørende, men ikke direkte opfordrer dem til at hjælpe til: 'Jeg gør tit det, hvis jeg sidder alene, uden pårørende, så siger jeg, "har du nogen sådan nære, der kommer og besøger dig" og sådan, og så fortæller de om det. Der kan også sidde en pårørende, hvor jeg så siger, "bor I i nærheden, eller hvordan har I kontakt", og så siger de måske, "Jamen vi bor i nærheden,

men vi kan ikke hjælpe med noget. Nej men det var egentlig også mere for at høre, om der er sådan en kontakt med jeres far, hvis I oplever, han er dårlig". Men jeg har aldrig spurgt, om de kunne tænke sig at tage opgaven, for jeg tager det egentlig som givet, når vi sidder der, så er det fordi, at de har besluttet sig for ikke længere at gøre det, og ofte får vi også henvendelser, der går på, "vi har gjort rent hos vores far i så og så lang tid, og det ønsker vi ikke længere, vi vil gerne søge om hjælp til rengøring" (Line, visitator, Svendborg). Og Karl var da også helt klar på, at hans datter Susan ikke skulle inddrages i den rengøringen, som han havde søgt kommunen om – og i første omgang fået afslag på: 'Hvis familien har deres daglige arbejde fra morgen til aften, så skal de ikke belastes af det med mig' (Karl, Svendborg).

Endelig er der borgere, der vælger også at trække på de pårørende i forhold til rengøring, ikke mindst, fordi hjælpen fra kommunen ikke er omfattende. Lotte, der er visitator i Middelfart Kommune, fortæller: 'Og det, der er med rengøring, det er, at der er virkelig mange, der ikke gider søge det, fordi at det er så sjældent [at der jf. kommunens kvalitetsstandard bliver gjort rent], og så tænker de nej, det finder vi en anden løsning på. Eller mange har været vant til at købe sig til det i forvejen... Eller også så har man familie, der kan hjælpe med, eller barnebarn, der kan gøre det' (Lotte, visitator, Middelfart).

9.9 Opsamling

Det at arbejde rehabiliterende medfører tættere samarbejdsrelationer mellem især terapeuter og hjemmetrænere. Terapeuternes rolle beskrives både som 'konsulentagtig' og som 'sparringspartner', hvor sidstnævnte begrebsbrug især indikerer en mere jævnbyrdig relation mellem terapeuter og hjemmetrænere. Denne jævnbyrdighed forstærkes, når terapeuterne også trækker på hjemmetrænerne som sparringspartnere, og kan ses som udtryk for, at de forskellige faggrupper indgår i ligeværdige relationer, hvor begge parter oplever at få noget ud af hinandens fagligheder.

I både Svendborg og Middelfart Kommune er der forskel på arbejdsvilkår for henholdsvis hjemmetrænerne og de øvrige plejemedarbejdere i hjemmeplejen, og det influerer både på den måde, de kan fylde deres rolle som medarbejder ud på, og på de relationer, de indgår i med borgere og kolleger. De afvigende holdninger mellem medarbejdere i de to kommuner i forhold til, hvor tæt en relation rehabiliteringsarbejdet med borger fordrer, kan delvis ses i lyset af deres forskellige arbejdsvilkår. I Middelfart arbejder hjemmetrænerne både med rehabiliteringsforløb men også med kompenserende hjemmepleje, hvor relationerne til borgerne er af en anden og oftest mere længevarende natur. I Svendborg arbejder hjemmetrænerne derimod kun med de tidsafgrænsede rehabiliteringsforløb og når derfor ikke at opbygge de samme, længerevarende relationer med borgerne.

Også for lederne i kommunerne medfører det at arbejde rehabiliterende ændringer i deres rolle. Eksempelvis medfører indførelsen af hverdagsrehabilitering, at lederne i høj grad har fokus på aktivt at støtte op om de udførende medarbejdere, som har den direkte kontakt med eventuelt kritiske borgere og deres pårørende. Det fælles mål om selvhjulpethed skal løftes frem af lederen, der både skal anerkende og bakke op, når målet ikke nås, men også skal være den, der bærer ideen igennem, hvor end der opstår tvivl og kritik, hos medarbejdere såvel som hos borgere og pårørende. Lederne oplever også, at der er behov for, at de har rollen som mæglere i det tværfaglige samarbejde, og de betoner vigtigheden af gode relationer lederne imellem for at fremme 'rehabiliteringskulturen'.

Rehabilitering i hjemmeplejen medfører også ændrede relationer mellem borgere og medarbejdere. De interviewede medarbejdere beskriver, at man får en anden relation til borgerne i det rehabiliterende arbejde, end man gør i den mere kompenserende hjemmehjælp. Relationen

i et rehabiliteringsforløb er kortvarig af natur, samtidig med at borger og medarbejder skal kende hinanden tilstrækkeligt til, at de sammen kan identificere og arbejde hen mod borgerens mål. Et vigtigt redskab for medarbejderne i opbygningen af en god og personlig samarbejdsrelation til borgeren er tilpasning af deres måde at kommunikere på til den enkelte borger.

Fra borgerens perspektiv kan den tværfaglige indsats, og herunder møder med flere forskellige medarbejdere i borgerens hjem, betyde, at borgeren skal forholde sig til flere medarbejdere – evt. med forskellige faglige baggrunde – på samme tid, hvilket kan være problematisk for borgeren at navigere i. I de daglige rehabiliteringsindsatser i borgernes hjem skal de dog i de to undersøgelseskommuner forholde sig til færre forskellige medarbejdere, end borgere med mere kompenserende hjemmehjælp typisk skal, da begge kommuner bestræber sig på, at der kommer så få forskellige medarbejdere som muligt.

Når man i rehabilitering i højere grad end tidligere har øje for borgerens samlede situation, kommer borgernes netværk og familie også til at få fokus. I både Svendborg og Middelfart Kommune indtænkes borgerens netværk og de forskellige frivillige tilbud i kommunen fx som et naturligt led i overvejelsen om borgerens sociale behov. Det gælder både generelt og i forhold til rehabiliteringsforløbene. Som visitator forklarede i Svendborg, understøtter man også gerne borgerens egen aktive rolle som frivillig, og, som eksemplet med Karl viste, skete det i hans tilfælde i en grad, som han ikke var helt enig i.

10 Opsamling og diskussion

Rehabilitering er de seneste år blevet taget i brug i den kommunale ældrepleje med henblik på at sikre, at ældre borgere kan opnå den størst mulige grad af livskvalitet, og for at fremtidssikre den danske ældrepleje. Med lovændringen af 1. januar 2015 skal alle kommuner tilbyde rehabilitering til ældre borgere, der vurderes at have potentiale for at blive selvhjulpne i deres hverdagsaktiviteter.

Indsatsen er kortvarig, intensiv, målorienteret, helhedsorienteret og bygger på tværfagligt samarbejde. Lovændringen betyder dermed også en ændring i den måde, man tænker og organiserer hjælpen til svage ældre på. Der fordres et samarbejde på tværs af forskellige faggrupper, som terapeuter, sygeplejersker, visitatorer, social og sundhedshjælpere og -assistenter. Og indsatsen skal i langt højere grad end tidligere bygge på borgerens egne ønsker og mål, hvilket ikke mindst fordrer, at medarbejderen har et dybere kendskab til borgeren, og at borgeren stiller disse ønsker og mål til rådighed i samarbejdet.

Tidligere KORA-undersøgelser har bl.a. haft fokus på, om borgerens behov for hjælp ændres efter den rehabiliterende indsats, og dermed, om der potentielt er et besparende element for kommunerne, som muligvis også medvirker til at sikre den ældre større livskvalitet. KORAs undersøgelser har også vist, at borgerne lægger vægt på at være selvhjulpne og uafhængige af hjælp, og dette fungerer som en gennemgående motivationsfaktor i rehabiliteringsindsatsen. Undersøgelserne har også vist, at det kan være svært for borgeren at se formålet med den rehabiliterende indsats. Ikke mindst kommunikationen om at (gen-)erhverve tabte færdigheder kan være vanskelig og opfattes til tider af borger som værende respektløs. Andre undersøgelser har fremhævet, at der er forskelle i de forskellige faggruppers forståelser og praktisering af rehabilitering, hvilket understreger vigtigheden af, at de organisatorisk rammer understøtter udviklingen af en tværfagligt funderet indsats.

Der er derfor behov for et forskningsmæssig fokus på betydningen af de **samarbejds- og samspilsmekanismer**, der i daglig praksis skal sikre en succesfuld rehabiliteringsindsats. Formålet med denne undersøgelse har derfor været at sætte fokus på de konsekvenser, den nye model for samspil og samarbejde har for medarbejdere og borgere, i mødet og relationen mellem medarbejder og borger, samt for arbejdspraksis og samarbejde faggrupperne i ældreplejen imellem.

Undersøgelsens design og analyse tager udgangspunkt **SIMREB-modellen** (Systematic Inquiry into Models for Rehabilitation), der er en analytisk tilgang til at afdække rehabiliteringsmodeller, på baggrund af institutionel etnografisk teori. Tilgangen bidrager til at afdække både det professionelle perspektiv og borgerperspektivet på rehabilitering, samtidig med at de organisatoriske og relationelle forhold ved rehabiliteringsmodellen også belyses. Undersøgelsen er bygget op omkring et indledende litteratur- og dokumentstudie, men bæres fortrinsvis af viden baseret på kvalitative interview og observationsstudier i de to deltagende kommuner, Middelfart Kommune og Svendborg Kommune, med deltagelse af borgere, medarbejdere og ledere.

Organiseringsformen i de to kommuner kan, jf. de af KORA udviklede kategorier til Socialstyrelsens kortlægning (Kjellberg et al., 2013), karakteriseres som 'hjemmepleje i samarbejde med andre afdelinger' (fx sygeplejen og træningsafdelingen), samtidig med at Svendborg primært også anvender specialiserede enheder til rehabiliteringsforløbene.

Middelfart begyndte at arbejde med rehabilitering allerede i 2010, ikke mindst på baggrund af behovet for på kommunalt niveau at finde større besparelser. Her udføres den daglige rehabiliterende træning af såkaldte hjemmetrænere, der er rekrutteret blandt social- og sundhedsmedarbejderne i hjemmeplejen og opkvalificeret via efteruddannelse i at arbejde rehabiliterende. Disse indgår også i udførelsen af den almindelige hjemmehjælp, hvilket for de interviewede medarbejders vedkommende bevirker, at de generelt anvender den rehabiliterende tilgang, også hos borgere, som egentlig er visiteret til almindelig hjemmehjælp. Tre såkaldte rehabiliteringsterapeuter fra Sundhedsafdelingen er tilknyttet de forskellige distrikter og således ikke organisatorisk placeret i hjemmeplejen. Den tværfaglige koordinering foregår i flere forskellige mødefora, der er mere eller mindre formaliserede, herunder morgenmøder, team møder og endelig det ugentlige tværfaglige koordinerende møde, hvor foruden hjemmetræner og terapeut også visitator, sygeplejersker og daglig leder indgår.

Også Svendborg Kommune har arbejdet med rehabilitering inden lovkravet i 2015, her siden 2011, fortrinsvis for at finde nye og innovative måder at yde pleje og omsorg på. Kommunen har oprettet to sektioner i hjemmeplejen, én i hvert distrikt, som kun skulle arbejde med rehabiliteringsforløb, de gule uniformer, til forskel til medarbejderne i den almindelige hjemmepleje, de blå uniformer. Rehabiliteringsteamet består også i Svendborg Kommune af en såkaldt hjemmetræner og derudover af en medarbejder fra aftenholdet, teamleder, visitator, sygeplejerske, hjælpemiddeltherapeut og rehabiliteringsterapeut. Her har man med andre ord også lagt vægt på, at rehabilitering også videreføres i indsatsen om aftenen, og generelt ser man gerne, at alle medarbejdere arbejder rehabiliterende, også i den almindelige hjemmepleje. I Svendborg Kommune koordineres rehabiliteringsindsatserne ligeledes i forskellige tværfaglige mødefora, herunder det ugentlige rehabiliteringsteammøde. Mødedeltagerne består af en fast gruppe, rehabiliteringsteamet, hvori indgår hjælpemiddeltherapeut, rehabiliteringsterapeut, visitator, sektionslederen fra hverdagsrehabiliteringen samt en sygeplejerske. Derudover deltager hjemmetrænerne ad hoc. Der afholdes også efter behov møder med fokus på rehabilitering i den almindelige hjemmepleje.

Lige såvel som at den organisatoriske udformning jf. analysemodellen tænkes at sætte de institutionelle rammer for praksis i rehabiliteringsudførelse, tænkes også de bagvedliggende **paradigmer** at have en stor indflydelse på den givne rehabiliteringsmodel. Rapporten har derfor beskrevet de forskellige praktiske og teoretiske vidensfelter og diskursive forståelser, der overordnet præger den måde, man tænker om problemer og mulige løsningsmodeller på i dag, generelt og mere specifikt på ældreområdet. Her tænkes især på den brede forståelse for rehabilitering som en indsats, der har til formål at bistå borgeren i at opnå et selvstændigt og meningsfuldt liv, jf. Hvidbogen om rehabilitering. Og ud fra et udgangspunkt om, at det er muligt at forbedre eller som minimum vedligeholde den enkeltes funktionsevne. Rehabiliteringstilgangen trækker også værdimæssigt på et aldersparadigme om aktiv aldring og på et aldrings- og socialpolitisk spor, der baserer sig på aktivering, målorienterede handleplaner og borgerens ressourcer. Ligeledes tages der i tilgangen udgangspunkt i især én kvalitetsmarkør om facilitering, som fordrer, at den gode hjælp bistår borgeren i hjælp-til-selv-hjælp. At det til forskel fra tidligere nu især er kun én kvalitetsmarkør, der står i centrum, betyder, at der er mulighed for langt større værdimæssig fokus i indsatsen, hvilket givet vis gør det nemmere for medarbejderne at arbejde efter samme mål. Og endelig er der i det bagvedliggende paradigme overensstemmelse mellem den tværfaglige rehabilitering og nye tanker om styring og ledelse, der i samme grad opfordrer til borgerinddragelse, opgør med silo-tænkning, samproduktion og større tillid til medarbejdere og borgere.

Vi genfinder disse paradigmer og politiske spor i analysen i den måde, rehabilitering bliver betragtet som en naturlig del af forståelsen af **det sociale problem**, og ikke mindst i forhold til, hvad **den rigtige problemløsning** består af. Analysen af observationer og interview viser med andre ord, at man med udgangspunkt i paradigmerne identificerer rehabilitering som den

oplagte indsats til det givne problem. Rehabilitering trækker historisk på den tidligere hjælp-til-selvhelp-tankegang, som dog aldrig blev helt institutionaliseret i hverdagspraksisen i hjemmeplejen. Til forskel synes der at være bred opbakning til rehabilitering blandt de deltagende medarbejdere i undersøgelsen, ikke mindst de udførende hjemmetrænere (som også fortrinsvis består af medarbejdere, der selv har valgt at arbejde med denne tilgang), og med argumenter, som trækker klare tråde til paradigmerne og de politiske spor: Rehabilitering som tilgang tænkes at kunne understøtte bl.a. aktiv aldring ved at fremhæve den uheldige tendens til, at borgeren bliver afhængig af hjælp, og ved at insistere på, at borgeren fortsat bør være engageret og i udvikling. Opfattelsen er også, at den rehabiliterende tilgang i langt højere grad end tidligere lægger op til, at man kan og skal tage udgangspunkt i borgers egen forståelse af livskvalitet og borgers hverdagsliv, herunder den sociale dimension, som ellers kan have en tendens til at forsvinde i den almindelige hjemmehjælp. Man får dermed potentielt mulighed for en bredere problemforståelse.

Men den rehabiliterende tilgang har også nogle implicite svagheder og udfordringer i de problemer og løsningsmodeller, der identificeres – og som kommer til udtryk i hverdagen som dilemmaer, som medarbejderen må tage stilling til og løse, herunder forudsætningen om, at borgeren er interesseret i at blive selvhjulpne. En modvillig borger er derfor en 'tung' borger i modsætning til de 'lette' og dermed mere 'lækre' borgere, der er interesserede i at komme af med hjælpen igen så hurtigt som muligt. Det bliver dermed i nogen grad borgers indstilling til at blive rehabiliteret, der udgør problemet, og ikke deres funktionsevne, og om de (igen) kan komme til at kunne udføre de daglige aktiviteter. Det skaber ikke mindst udfordringer i forhold til rengøring, som af mange borgere betragtes som en dagligdagsopgave, man gerne i langt højere grad end personlig pleje 'udliciterer' til det offentlige. Her kan der dermed ikke trækkes på argumentet om bedre livskvalitet i forhold til at opnå selvhjulpnehed. Opgavens karakter og den betydning, den har for den enkelte borger, må dermed indtænkes. Borgeren kan også opleve, at den tilbudte løsning, som fx introduktionen af hjælpemidler, ikke er det quick-fix, som medarbejderen måske oplever det som, men derimod en klar tilkendegivelse af, at man er svag og skrøbelig, over for sig selv og omverdenen.

En anden udfordring er den efterhånden meget inkluderende tilgang man har til rehabilitering som problemløsning, ikke kun i de to deltagende kommuner, men generelt på tværs af kommunerne. Som det kommer til udtryk i denne undersøgelse er ambitionsniveauet højnet i forhold til hvilke borgere man tænker har udbytte af og potentiale for rehabilitering. Rehabilitering tænkes dermed institutionelt ikke kun som en løsning for fx de mest motiverede, men generelt for alle borgere, der søger om hjemmehjælp, også terminale borgere og borgere med kognitive vanskeligheder. Med udgangspunktet, at alle kan komme i betragtning til rehabilitering, ser man for det første bort fra det, der for nogle borgere i denne undersøgelse var en fast indvending: at både alder og trolige skatteindbetalinger burde kunne fungere som en legitim forklaring på, hvorfor man ikke burde blive tilbudt rehabilitering, men derimod almindelig hjemmehjælp. Borgerne ser dermed ikke altid rehabilitering som en løsning på deres problemer og oplever, at deres hævdundne ret ikke respekteres – og medarbejderne kan være tilbøjelige til delvist at give dem ret, i hvert fald i forhold til vurderingen af, at selvhjulpnehed har en forskellig betydning over livsfaserne, og at høj alder dermed kan være en legitim grund til at give kompenserende hjemmehjælp i stedet. For det andet rokker man med den mere inkluderende tilgang ved de succeskriterier, man som ledere og medarbejdere jævnligt måler sig op imod, nemlig hvor mange borgere der efter et rehabiliteringsforløb bliver selvhjulpne. Medarbejderne har opmærksomhed på at opnå resultater og dermed at få borgerne gjort selvhjulpne igen, ikke kun, fordi det optager dem personligt og fagligt, men også, fordi det er et led i en mere bæredygtig ældrepleje og en generel forståelse for de økonomiske udfordringer, som kommunerne står over for. Her gør man resultaterne op i SMART-mål, såsom hvor stor en andel af borgerne, der er blevet visiteret til rehabilitering, og hvor mange der efterfølgende

bliver selvhjulpne. Men medarbejderne kan være bekymrede for, om borgeren afsluttes for tidligt – og dermed om den resultatorienterede tilgang går ud over hensynet til borgeren.

Rehabilitering hviler på ikke kun på en ny problem- og løsningsforståelse, men også på en ny forståelse af **faglighed og samarbejde på tværs af fagligheder**, som præger den måde, man tænker praksis på, og som ikke mindst tager udgangspunkt i især en terapeutorienteret faglighed. Det kunne tænkes at udfordre specielt forholdet mellem de to faggrupper, som i det daglige indgår i et tæt tværfagligt samarbejde, de SOSU-uddannede hjemmetrænere og ergo-terapeuterne. Det synes dog langt fra at være tilfældet. Ledernes vurdering er, at især hjemmetrænere har udvist stor faglig omstillingsparathed, og at det kan skyldes, at netop denne medarbejdergruppe har været så reform-ramt de senere år, således at de har udviklet en speciel fleksibilitet over for organisationsændringer.

At hjemmetrænere har formået fagligt at omstille sig i den grad er lidt på trods af den satsning, der har været på formel efteruddannelse, som har været relativ kort for denne gruppe. Udover en ny fælles faglig orientering mod selvhjulpnehed trækker især hjemmetrænere da også meget på deres personlige tilgang til rehabilitering. Til forskel for dette valgte man i Svendborg, at videreuddannelsen skulle gå til sygeplejerskerne, som så skulle kunne fungere som faglig spydspids. Den faglige omstilling har dog i begge kommuner været udfordrende for sygeplejerskerne, der som også andre undersøgelser viser, har haft sværere ved at finde sit faglige ståsted i rehabilitering. Det kan skyldes, at de rent organisatorisk er blevet fastholdt i deres traditionelle kerneopgaver og dermed ikke på samme måde tvinges ud i at arbejde tværfagligt. Men, som det også påpeges af de deltagende sygeplejersker i undersøgelsen, er de helt fra deres uddannelse ikke gearret mod den rehabiliterende tilgang.

Medarbejderne er dermed i varierende grad blevet klædt på i forhold til videreuddannelse til at arbejde rehabiliterende og tværfagligt. De tværfaglige mødefora giver dog god mulighed for at afprøve sine faglige synspunkter blandt andre faggrupper, men, som vi har beskrevet, understøtter den valgte måde at organisere dem på ikke nødvendigvis læring ud over diskussionen af medarbejderens 'egen' borger. Det er dog lykkedes med dette møderum at skabe et mere uformelt forhold mellem de forskellige faggrupper, hvor man generelt føler sig tilpas, på trods af den lidt eksamensagtige form.

Det synes derfor især at være gennem det daglige samarbejde med ergoterapeuterne, at hjemmetrænere udvikler deres rehabiliterende orientering og finder deres faglige ståsted. Således bliver det for hjemmetrænere en naturlighed at tage hjælpemidler og træningsøvelser som knæløft ind i den daglige praksis. Ligeledes har de udviklet en række effektive, men til tider lidt grænseoverskridende, faglige greb, der anvendes i det daglige til at motivere borgeren, og som anvendes ud fra en overbevisning om, at det er til borgerens bedste at skubbe på, udskyde og glemme at udføre hjælpen, så borgeren bliver motiveret til selv at udføre opgaven. Heri indgår også at 'sælge opgaven', dvs. rehabilitering, på den rigtige måde, ved at fremhæve, at borgeren vil stå i en bedre situation ved selv at kunne udføre opgaven, fremfor at skulle være afhængig af kommunens (dårlige) kvalitetsstandard.

Det gode faglige samarbejde mellem terapeuter og hjemmetrænere muliggør, at de kan finde **fælles mål** for deres samarbejde. Derimod kan det knibe med at holde fælles institutionel fokus på at opretholde borgers nyvundne selvhjulpnehed, hvis denne overgår til den almindelige hjemmehjælp. Her mangler dermed fælles fagligt fodslag. Der anes hermed en institutionel udfordring i at fastholde målet om selvhjulpnehed, når borgeren ikke længere er i et rehabiliteringsforløb. Og hjemmetrænere efterspørger også fælles fodslag med visitatorer, der opfattes som at have et lidt vel højt ambitionsniveau på borgerens vegne – med andre ord at hjemmetrænere mange gange oplever at stå over for en noget umulig opgave med at motivere borger til selvhjulpnehed på hverdagsaktiviteter, hvor det ikke synes realistisk.

Fælles mål mellem borger og medarbejder er ligeledes et væsentligt udgangspunkt for samarbejdet. Der anvendes i rehabilitering en række forskellige mål, som også anvendes i dette samarbejde: Visitator arbejder med de retningsgivende mål, hvor målet er selvhjulpethed, og i forhold til specifikke funktionsområder. Det er typisk også de retningsgivende mål, der tages udgangspunkt i på det tværfaglige koordinerende møde. Disse mål opfattes dog af hjemmetrænerne som vel standardiserede og afspejler ikke altid, hvad disse medarbejdere senere i samarbejde med borger identificerer som borgerens mål. Borgeren er igen ikke altid klar over, hvad disse borgermål indeholder, ikke mindst, fordi borgermålene ikke altid benyttes i det daglige som motivation for borgeren. Og borgermål kan blive realitetsforhandlet af hjemmetræner, så de afspejler, hvad hjælpen kan bidrage til, såsom selvhjulpethed i rengøring, snarere end, hvad borgeren gerne vil have opnået, fx det måske mere urealistiske mål at kunne spille golf igen. De forskellige mål, der anvendes afspejler dermed en stor variation i formalitet, fleksibilitet og gennemsigthed for borgeren.

I forhold til **roller og relationer** skaber det fælles faglige fodslag mellem terapeuter og hjemmetrænere et godt udgangspunkt for en god relation mellem disse to faggrupper. Fra at blive set som 'konsulenter', optræder terapeuterne mere og mere som 'sparringspartnere', og samarbejdet om at finde fælles løsningsmodeller efterspørges af begge parter. Terapeuterne har også rollen som visitators forlængede arm, da visitator grundet arbejdspresset ikke kan være lige så meget inde over borgeren, som de gerne ville. Hermed bliver det også terapeutens faglige syn, der kommer til at være afgørende for vurderingen af borgers behov, hvilket betyder, at terapeuternes tilgang til rehabilitering bliver yderligere institutionaliseret i behovsvurdering og udmøntning af indsatsen.

Forventningen til udførende medarbejders rolle varierer derimod i forhold til, om de udelukkende arbejder i rehabiliterende eller almindelig hjemmehjælp, hvor de sidste i langt højere grad og lidt nedsættende tænkes at være drevet af omsorgsgenet og behovet for at 'nusse' om borgeren. De rehabiliterende medarbejdere fremhæves gerne. I Svendborg konkretiseres det ved at give dem gule uniformer fremfor blå, og det lader til i højre grad at have ledelsens fokus og opmærksomhed, hvilket ikke mindst, da rehabilitering blev indført, måske medvirkede til at skabe lidt afstand mellem medarbejdere i henholdsvis rehabilitering og almindelig hjemmepleje. Dette risikerer at institutionalisere et skel mellem medarbejderne, hvor medarbejderne i den rehabiliterende hjemmehjælp betragtes som dem, der er fagligt længst fremme i skoene – og ydermere synes at have bedre arbejdsvilkår i forhold til at have større indflydelse på planlægningen af deres arbejdsdag; de har mere tid til rådighed og har mulighed for at sammensætte mere fleksible indsatser. Den ellers traditionelle problematisering af ikke at have tid nok til udførelse af opgaven er dermed afløst som et konflikttema, i hvert i forhold til den rehabiliterende indsats.

Også lederne har fået en ny rolle at udfylde, som fortalere for rehabilitering, over for medarbejdere, men også over for evt. kritiske borgere og pårørende. De skal gerne fremstå som en enig enhed, så medarbejderne ikke oplever, at der sås tvivl om fordelene ved rehabilitering. Lederne skal også på de tværfaglige koordinerende møder agere som stærke mødeledere, som sikrer de forskellige faggrupper taletid og ikke mindst fastlægger, hvilken fagperson der har ansvaret for at følge op på de aftaler, der indgås.

Borgerens relation til medarbejderne er trods den store fokus på borgerinddragelse i rehabilitering præget af, at man må affinde sig med at blive rehabiliteret, og at hjælpen aftager og forsvinder efter et stykke tid – samtalerne med borgerne efterlader det indtryk, at borgerne mange gange ikke helt føler sig informeret om hvorfor. Omvendt angiver medarbejderne, at rehabiliteringstanken generelt skaber en opmærksomhed omkring og optik på, hvad der er borgerens egentlige ønsker om indretningen af hjælpen. Analysen viser, at, på trods af at borgerinddragelse er et plus-ord, som alle kan bakke op om, er det yderst svært at praktisere,

ikke mindst, fordi det ikke er blevet operationaliseres på en måde, så det står klar for de forskellige medarbejdere, hvordan man gør. Det er heller ikke klart, om der er nogen form for skriftlighed inde over udformning og udvikling af det konkrete rehabiliteringsforløb og afslutningen af dette, der kan fungere som borgerens retssikkerhed. I kombination med den lidt diffuse proces om inddragelse af borgeren i udvikling af borgerens eget mål for den rehabiliterende indsats synes borgeren på nogen måde at være dårligere stillet, end før rehabilitering blev indført. På ét område har borgeren dog fået mere indflydelse, og det er på udformningen af den konkrete indsats, som nu i højere grad aftales i det daglige mellem medarbejder og borger. Her synes man at have bevæget sig væk fra tidligere tiders NPM-kontrolregime til netop at åbne op for mere tillidsbaserede relationer og arbejdsprocesser, som det fremhæves i NPG-litteraturen.

Relationen mellem borger og medarbejder er også præget af, at medarbejderens opgave i høj grad er at motivere borgeren til at indgå i det rehabiliterende forløb. Flere medarbejdere benytter ifølge dem selv en meget direkte og konkret omgangstone i dette motivationsarbejde, som ikke helt harmonerer med værdighed og respekt for borgerens hverdagsliv og beslutninger. Men der er – og måske netop derfor – også en opmærksomhed fra medarbejdernes side på, at det relationelle er yderst vigtigt, og at man derfor som medarbejder må give lidt af sig selv. Arbejder man rehabiliterende, snakker man mere indgående med borgeren, bl.a. om dennes mål, og får derved en tættere relation til borgeren.

Endelig skaber rehabilitering en ny måde at inddrage pårørende og frivillige på, nok også parallelt med, at et sådant skifte generelt finder sted i samfundet. Måske derfor henvises ofte til de frivillige instanser, hvis borgeren har yderligere behov for sociale kontakter. Det er derfor ikke helt klart, om den større fokus på helhedsorientering og den sociale dimension i rehabilitering også konkret har udmøntet sig i, at man i kommunalt regi ser dette som en opgave, man selv skal løse, og dermed om evt. ensomhedsproblematikker er en opgave for rehabilitering at håndtere. Her synes man i højere grad at henvise til de frivillige instanser, trods den mulighed, der ligger i rehabilitering for en bredere problemforståelse. Derudover opfordres borgeren selv gerne til at yde en frivillig indsats, som med borgeren Karl, der søgte om hjælp til rengøring og i stedet fik tilbudt rehabilitering – og blev opfordret til at blive frivillig.

Litteratur

Albertsen, K., Wiegman, I.-M. og Limborg, H.J. (2014) *Hverdagsrehabilitering og relationel koordinering. Afsluttende rapport fra RekoHver-projektet*. Valby: TeamArbejdsliv.

Andersen, B.R. (2004) 'Ældrepolitik, pensionsordninger og kommunal omsorg'. I: Swane, C.E., Blaakilde, A.L. & Amstrup, K.: *Gerontologi – Livet som gammel*. København: Munksgaard.

Bach, H.B. (2002) *Kontanthjælpsmodtagernes forhold – aktivering og arbejdsudbud*. København: Socialforskningsinstituttet.

Biggs, S. (2001) 'Toward Critical Narrativity: Stories of Aging in Contemporary Social Policy'. *Journal of Aging Studies*, 15(4), 303–316.

Biggs, S. (2004) 'Age, Gender, Narratives, and Masquerades'. *Journal of Aging Studies*, 18(1), 45–58.

Borg, T. & Jensen, U. J. (2005) Paradigmer og praksisformer i rehabilitering: en analytisk tilgang. Upubliceret arbejdsrapport.

Boudiny, K. (2013) 'Active ageing': from empty rhetoric to effective policy tool'. *Ageing & Society*, 33, 1077-1098.

Christensen, B. (2012) *Evaluering af hverdagsrehabilitering*. København: Københavns Kommune, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

Christensen, U., Mallings, G.M. & Christensen, B. (2014) *Hverdagsrehabilitering. Rapport fra en kvalitativ undersøgelse*. Københavns Kommune, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, og Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, KU.

Cumming, E. & Henry, W.E. (1961) *Growing Old - The Process of Disengagement*. NY: Basic Books.

Glintborg, C., Mateu, N.C. & Høgsbro, K. (2016) 'Contradictions and conflicts in brain injury rehabilitation. A systematic inquiry into models of rehabilitation'. *Scandinavian Journal of Disability Research*, DOI: 10.1080./15017419.2016.1182943.

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

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

Harris, M. & Boyle, D. (2009) *The Challenge of Co-production*. London: NESTA and New Economics Foundation.

Havighurst, R.J. (1961) 'Successful Aging'. *The Gerontologist*, 1(1), 8–13.

Hilm, N. (2013) *Relationers betydning for trivsel i hjemmeplejen. Et borger- og medarbejderperspektiv*. Rapport udarbejdet for Ishøj Kommune. Ishøj: Ishøj Kommune.

- Høgsbro, K. (2007) *Etiba. En forskningsbaseret evaluering af rehabiliterings- og træningsindsatsen for børn med autisme, herunder af behandlingsmetoden ABA (Applied Behavior Analysis)*, Aarhus: MarselisborgCentret.
- Høgsbro, K. (2010) 'SIMREB – towards a systematic inquiry into models for rehabilitation'. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 12 (1), 1-18.
- Johansen J. S., Rahbek J., Møller, K. & Jensen, L. (2004) *Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*. Aarhus: MarselisborgCentret.
- Kjellberg, J. & Ibsen, R. (2012) *Træning som hjælp. Økonomievaluering*. København: Dansk Sundhedsinstitut.
- Kjellberg, P. K., Ibsen, R. & Kjellberg, J. (2011) *Fra pleje og omsorg til rehabilitering - Erfaringer fra Fredericia Kommune*. DSI projekt 3106. København: Dansk Sundhedsinstitut.
- Kjellberg, P.K., Hauge Helgestad, A., Madsen, M.H. & Reindahl Rasmussen, S. (2013) *Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet*. Odense: Socialstyrelsen.
- KL (2004) *Fælles sprog II. Dokumentation af afgørelser på det kommunale ældre- og handicappområde*. København: KL.
- Knudsen, M. & Højlund, H. (2010) 'Grænser for inddragelse: En analyse af inddragelsesidealer og beslutningsprogrammer på genoptræningsområdet'. I Kjær, P. & Reff, A. (eds.) *Ledelse gennem patienten: Nye styringsformer i sundhedsvæsenet*. Frederiksberg: Handelshøjskolens Forlag, s. 75-99.
- La Cour, A., Knudsen, M. & Thygesen, N.T. (2005) *Det systemteoretiske interview*, MPP-Working Paper 8. København: Copenhagen Business School.
- Laslett, P. (1987) 'The emergence of the third age'. *Ageing and Society*, 7(2), 133-160.
- Launsø, L. & Rieper, O. (2011) *Forskning om og med mennesker. Forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskningen*, 6. udg. København: Nyt Nordisk Forlag, Arnold Busck.
- Le Grand, J. (1997) 'Knights, Knaves or Pawns? Human Behaviour and Social policy'. *Journal of Social Policy*, 26(2), 149-169.
- Mik-Meyer, N. (2004) 'Problemfastsættelse – en neutral eller kontekstafhængig proces'. *Vera*, 27: 58-70.
- Moulaert, T. & Biggs, S. (2012) 'International and European policy on work and retirement: Reinventing critical perspectives on active ageing and mature subjectivity'. *Human Relations*, 66(1), 23-43.
- Navne, L.E. & Kjellberg, P.K. (2013) *Aktiv i din hverdag i Hillerød Kommune. En organisatorisk evaluering*. København: KORA.
- Osborne, T. (1997) 'On Health and Statecraft'. I A. Peterson & R. Bunton (eds.) *Foucault, Health and Medicine*. London: Routledge.
- Peirce, C.S. (1955) *Philosophical Writings of Peirce*. New York: Dover.
- Prahalad, C.K. & Ramaswamy, V. (2004) 'Co-Creation Experiences: The Next Practice in Value Creation'. *Journal of Interactive Marketing*, 18(3), 5-14.

Rostgaard, T. (2007) *Begreber om kvalitet i ældreplejen – temaer, roller og relationer*. København: Socialforskningsinstituttet.

Rostgaard, T., Brünner, R.N. & Fridberg, T. (2012) *Omsorg og livskvalitet i plejeboligen*, SFI-rapport 12:3. København: SFI.

Rostgaard, T. Andersen, M.H., Clement, S.L. & Rasmussen, S. (2014) 'Hjemmehjælp bidrager til livskvalitet'. *Gerontologi*, 30(1), 20-25.

Rostgaard, T. (2015) 'Kvalitetsreformer i hjemmeplejen - den svære balance mellem standardisering og individualisering'. I Jensen, P.H & Rostgaard, T. (eds.) *Det aldrende samfund - udfordring eller nye muligheder?* København: Frydenlund Academic.

Rowe, J.W. & Kahn, R.L. (1997) 'Successful aging'. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.

Smith, D.E. (2005) *Institutional Ethnography – A Sociology for People*. Toronto: AltaMira.

Sundhedsstyrelsen (2016) *Håndbog i rehabiliteringsforløb på ældreområdet*. København: Sundhedsstyrelsen. <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2016/~media/6D27215F08464CA0A68E949BBA4BD23B.ashx>

Svendborg Kommune (2014) *Afrapportering 'Nye veje til aktivt liv'*. Svendborg: Svendborg Kommune.

Sørensen, E. & Torfing, J. (2015) 'Enhancing Public Innovation through Collaboration, Leadership and New Public Governance'. I Nicholls, A. et al. (eds.) *New Frontiers in Social Innovation Research*. Houndmills: Palgrave Macmillian.

Thuesen, J. (2016) 'Aldring og rehabilitering'. I *Håndbog i rehabiliteringsforløb på ældreområdet*. København: Sundhedsstyrelsen.

Thuesen, J. (2016) 'Brugerinddragelse i rehabilitering – mellem institution og hverdagsliv'. I Glasdam, S. & Jørgensen, J.W. (eds.) *Det nære sundhedsvæsen – perspektiver på samfundsudvikling og møder mellem mennesker*. København: Munksgaard.

Torfing, J. (2003) 'Den stille revolution i velfærdsstaten: fra forsørgelse og hierarki til aktivering og netværksstyring'. I Madsen, P.K. & Pedersen, L. (eds.) *Drivkræfter bag arbejdsmarkedspolitikken*. København: SFI - Det nationale Forskningscenter for Velfærd, 2003, s. 234-267.

Walker, A. (2002) 'A Strategy for Active Ageing'. *International Social Security Review* 55(1), 129-35.

Bilag 1 Eksempler på interviewguides

Spørgeguide: 1. interview med borgere i rehabiliteringsforløb

Rehabiliteringsforløb og hjemmehjælp

- Hvorfor/konkrete behovssituation
 - (C1: Hvad er problemet?)
- Hvordan er forløbet kommet i stand?
 - (Henvendelse fra borger selv? Sygehus?)
- Ønske om rehabiliteringsforløb?
 - Ja/nej, hvorfor?
- Motivation for forløb
 - Opnå en højere grad af selvhjulpethed, el. andet?
- Hvad består hjælpen i rehabiliteringsforløbet af?
 - Konkrete indhold, fx fysisk genoptræning, genoptræning af ADL-færdigheder
 - Hvad udfører medarbejderne?
 - Hvad forventes du at gøre? Og kan/vil du gøre det?
 - Hvad har du fået at vide hjælpen kommer til at bestå af hen over forløbet
 - Forventet varighed af rehabiliteringsforløb.
- Anden form for hjemmehjælp/ydelser, og hvad hjælpen konkret består af
 - Fx praktisk hjælp, personlig hjælp, madordning, træning etc.
 - Hvilke dele af hjemmehjælpen udføres af medarbejderne, hvilke dele af borger.
 - Fx selv tage bad, men hjælp i forhold til påklædning.

Forventninger

- Indsatsens mål
 - Hvad er målet med indsatsen? Nu og her og på lang sigt?
 - Hvordan er målene blevet fastsat
 - Hvem fastsatte målene
 - Føler du dig inddraget i fastsættelse af mål
 - Mulighed for at bestemme, hvad der skal ske hos dig på en given dag, fx sige nej til træning o.l.?
 - Er du og medarbejderen enige om, hvad der skal udføres?
 - Har du noget på skrift om målene?
- Indsatsens indhold og virkning
 - Passer indholdet af hjælpen til den forventning, du havde?
 - Hvad tror du, at du får ud af at deltage i rehabilitering? (blive mere selvhjupen fx, i forhold til mål)
 - Stemmer det overens med, hvad du tror medarbejderen forventer i forhold til virkning?

- Borgers forventninger til medarbejdere
 - Faglighed
 - Hvad skal de kunne, for at forløbet bliver en succes? (Personlige og faglige kompetencer).
 - Relationer
 - Oplevede relation til de medarbejdere, der indgår i rehabiliteringsforløbet?

Udfordringer/barrierer for borgers forløb

D: borgers livssyn og forståelse af rehabilitering generelt

- Forståelse af livskvalitet
- Forståelse af Den Gode Hjælp
- Holdning til at modtage hjælp og til rehabilitering i ældreplejen.
 - Egen hjælpesituation (syn på at modtage hjælp)
 - Generelt.

Spørgeguide: Individuelle medarbejderinterview

Temaer til afdækning

Medarbejderens perspektiv på det konkrete borgerforløb:

- **B1 Problemforståelse:** Medarbejders forståelse af 'problemet', herunder også målgruppen
- **B2 Praxis:** Medarbejders forståelse af indsats (forventninger til indsats, fx indhold, samarbejde, tværfaglighed, faglighed, fælles mål, relationer; hvilken hjælp er den rigtige; syn på rehabilitering)
- Hvordan ændrer mødet med borger sig, når man arbejder rehabiliterende?
- **B3 Forventede virkning af indsatsen:** Medarbejders forståelse af effekt/forventet virkning af indsats.

Baggrundspørgsmål

- Navn, Uddannelse, Stillingsbetegnelse, Arbejdssted, Erfaring/anciennitet.

Problemforståelse (B1)

- Medarbejders forståelse af 'problemet', som indsatsen skal løse i den konkrete borgersag
 - Borgers konkrete 'problem' i medarbejderens øjne
 - Passer borger ind i målgruppe
 - Målgrupper for rehabilitering.

Praxis (B2)

- Medarbejders *forståelse* af indsatsen
 - Hvad er den 'rigtige'/bedste hjælp i den konkrete borgersag?
 - Hvordan er det anderledes at arbejde rehabiliterende i højere grad end kompenserende i mødet med borgeren?
 - Hvilke faglige og personlige kompetencer bør medarbejderen have i det rehabiliterende arbejde?
- Medarbejders *forventninger* til forløbet af indsatsen i forhold til konkret borger
 - Hvad kommer indsatsen til at bestå af (indhold)?
 - Relationer
 - Har man en anden relation til borgeren og kollegaer, når man arbejder med rehabilitering? Hvilke og hvordan skabes relationer?
 - Med borger
 - Med tværfagligt team
 - Øvrige faggrupper/sektorer?
 - Faglighed
 - Relevante faggrupper
 - Hvilke faglige grupper indgår i den konkrete indsats? Mangler der nogle?
 - Hvordan er disse medarbejdere udvalgt?
 - Oplever du at der er statusforskelle i forhold til faglighed?
 - Hvilke faglige og personlige kompetencer trækker medarbejderen på i forhold til den konkrete borger?
 - i mødet med borgeren

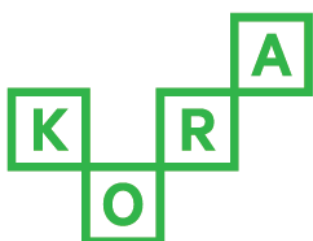
- i det tværfaglige samarbejde omkring borger.
- Fælles mål
 - Hvordan skabes fælles mål med borger?
 - Motivationsarbejde – hvordan taler og arbejder man med mål?
 - Hvordan & af hvem bliver målene defineret og evt. ændret?
 - Oplever du, at der skabes og arbejdes efter fælles mål med borgeren?
 - Hvordan skabes fælles mål i det tværfaglige samarbejde?
 - Kommunikation – hvordan og hvornår får I snakket om fælles mål?
 - Hvordan & af hvem bliver målene defineret og evt. ændret?
 - Oplever du, at der skabes og arbejdes efter fælles mål?
 - Hvad gøres der ved uenighed om mål og metode
 - mellem borger/medarbejdere
 - mellem medarbejdere.

Forventede virkning af indsatsen (B3)

- Forventet virkning af indsatsen i det konkrete borgerforløb
- Medarbejders forståelse af virkningen af rehabilitering generelt.
 - Hvad virker og hvorfor?
 - Hvad virker ikke og hvorfor?

Udfordringer og barrierer

- I det konkrete borgerforløb
- I det konkrete tværfaglige samarbejde
- Generelt ved rehabilitering.



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

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 4445 5500