

Eigil Boll Hansen, Leena Eskelinen & Hanne Marlene Dahl

Hjælp til selvhjælp eller service i hjemmeplejen Hvordan er praksis, og er der en virkning?



Publikationen *Hjælp til selvhjælp eller service i hjemmeplejen – Hvordan er praksis, og er der en virkning?* kan downloades fra hjemmesiden www.akf.dk

AKF, Anvendt KommunalForskning

Købmagergade 22

1150 København K

Telefon: 43 33 34 00

Fax: 43 33 34 01

E-mail: akf@akf.dk

© 2011 AKF og forfatterne

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

© Omslag: Phonowerk, Lars Degnbol

Forlag: AKF

ISBN: 978-87-7509-102-7

i:\08 sekretariat\forlaget\ebh\2873\2873_hjælp_til_selvhjælp.docx

November 2011

AKF, Anvendt KommunalForskning

AKF's formål er at levere ny viden om væsentlige samfundsforhold. Hovedvægten ligger på forskning i velfærds- og myndighedsopgaver i kommuner og regioner. Det overordnede mål er at kvalificere beslutninger og praksis i det offentlige.

Eigil Boll Hansen, Leena Eskelinen & Hanne Marlene Dahl

Hjælp til selvhjælp eller service i hjemmeplejen

Hvordan er praksis, og er der en virkning?

Forord

Det danske samfund står over for et stigende antal ældre, og som følge heraf kan der forventes en stigende efterspørgsel efter pleje- og omsorgsydelser. Denne efterspørgsel kan muligvis afdæmpes, hvis der kan peges på indsatser, som kan forebygge en nedgang i hjemmehjælpsmodtageres funktionsniveau og stigende afhængighed af hjælp. Med dette udgangspunkt har denne undersøgelse haft fokus på at afdække, hvorvidt hjælp til selvhjælp sammenlignet med serviceorienteret hjælp i hjemmeplejen kan bidrage til at bevare ældres funktionsniveau og uafhængighed af hjælp. Undersøgelsen afdækker imidlertid, hvordan disse principper omsættes til praksis af det udførende personale, og hvilke betingelser der er for, at det ene eller det andet princip omsætter sig i praksis.

Rapporten henvender sig primært til professionelle, der arbejder strategisk med ældreområdet, men også til andre, som interesserer sig for det arbejde, der udføres i den kommunale hjemmepleje. Undersøgelsen giver en indsigt i dette arbejde, og det er alt i alt vores håb, at undersøgelsen giver et bidrag til kommunernes overvejelser om at iværksætte forebyggende initiativer.

Undersøgelsen er gennemført i samarbejde med Brønderslev, Fredensborg, Høje-Taastrup og Varde Kommuner, og vi takker, fordi kommunerne velvilligt stillede sig til rådighed for undersøgelsen. Vi sender en særlig tak til de medarbejdere i kommunerne, som på forskellig vis har bidraget til undersøgelsen og dens gennemførelse.

Undersøgelsen er gennemført i et samarbejde mellem professor Hanne Marlene Dahl, Roskilde Universitet, docent Leena Eskelinen, AKF og docent Eigil Boll Hansen, AKF. Derudover har følgende medvirket ved dataindsamling og bearbejdning af data: forskningsassistent Tina Borgen Tvilling, studentermedarbejder Linda Orvokki Frimodt Hansen, studentermedarbejder Anna Jessen og praktikant Rie Hjørland.

Undersøgelsen er gennemført med støtte fra TrygFonden.

November 2011

Eigil Boll Hansen

Indhold

Sammenfatning	7
1 Formål og baggrund	12
1.1 Eksisterende viden og teoretisk udgangspunkt	13
2 Metode og materiale	17
2.1 Kommunerne i undersøgelsen	18
2.2 Metode og materiale til analyse af hjælpens indhold	20
2.3 Metode og materiale til at analysere virkninger	23
3 Hjælp til selvhjælp og service i praksis	27
3.1 Indledning	27
3.2 Hvordan kommer SOSU'ernes forståelse af hjælp til selvhjælp til udtryk?	28
3.3 Hvordan kommer SOSU'ernes forståelse af service til udtryk?	36
3.4 Hvordan er relationen mellem SOSU og den ældre?	45
3.5 Kontekstuelle forhold for hjælpens udformning – hvordan bliver hjælpen til?	57
3.6 Opsamling	69
4 Virkninger af hjælp til selvhjælp og service	72
4.1 Mobilitet og udførelse af daglige aktiviteter	73
4.2 Energi og psykisk velbefindende	78
4.3 Bevilget tid til praktisk bistand og personlig pleje	79
4.4 Opsamling	81
5 Diskussion og konklusion	83
5.1 Hjælp til selvhjælp og service – forståelser og praksis	84
5.2 Forhold af betydning for hjælpens udførelse	87
5.3 Virkninger af hjælp til selvhjælp og service	91
5.4 Konklusion	97
Litteratur	98
English Summary	104
Bilag 1: Kommunerne og modtagerne af hjælp	108
Karakteristik af deltagende kommuner	108
Modtagere af hjælp i de fire kommuner	113
Bilagstabeller	124

Sammenfatning

Formål og datagrundlag

Det overordnede formål med denne undersøgelse har været at afdække, hvorvidt der er en forebyggende virkning på ældres fysiske funktionsniveau og psykiske velbefindende af, at den kommunale hjemmepleje har fokus på at yde hjælp til selvhjælp sammenlignet med serviceorienteret hjælp. Vi forventede på forhånd, at hjælp til selvhjælp kunne bidrage til at vedligeholde ældres evne til at udføre dagligdags aktiviteter, mens vi ikke havde en entydig forventning om virkningen på psykisk velbefindende af det ene eller det andet princip.

Vi har i undersøgelsen søgt svar på følgende spørgsmål:

- Hvordan opfatter social- og sundhedshjælperne/social- og sundhedsassistenter principperne om hjælp til selvhjælp og service, og på hvilken måde omsættes disse principper til praksis?
- Hvad er virkningen på ældres fysiske funktionsniveau (mobilitet og funktionsniveau i daglige aktiviteter) og psykiske velbefindende af at modtage hjælp efter et princip om hjælp til selvhjælp sammenlignet med hjælp efter et serviceorienteret princip?
- Hvordan udvikler omfanget af pleje- og omsorgsydelser sig i kommuner, der repræsenterer henholdsvis det ene og det andet princip?

To kommuner (Høje-Taastrup og Varde), som repræsenterer et princip om hjælp til selvhjælp, indgår i undersøgelsen, og to kommuner (Brønderslev og Fredensborg), som repræsenterer et serviceorienteret princip, indgår. Vi forventede dog på forhånd, at hjælp til selvhjælp ville spille en vis rolle i alle kommuner, da princippet i Serviceloven forudsættes at indgå ved praktisk og personlig hjælp.

Kommunerne, som repræsenterer *hjælp til selvhjælp*, havde gennemført eller var i gang med at gennemføre projekter, der særligt rettede sig mod at aktivere og træne modtagere af praktisk bistand og pleje med henblik på at bidrage til at øge deres selvhjulpenhed. I Høje-Taastrup har der siden 2007 været fokus på aktivering og rehabilitering og at bevilge hjælp, så borgerne motiveres til at udnytte deres egne ressourcer. Varde Kommune var i 2009 blot i begyndelsen af et projekt med fokus på træning og rehabilitering, og der har været kortere tid til, at dette fokus har kunnet brede sig i organisationen. Dette kan have haft betydning for de resultater, som undersøgelsen kan påvise.

Blandt kommuner, hvor der ikke er et særligt fokus på eller projekter inden for hjælp til selvhjælp, er der udvalgt to kommuner, som repræsenterer for serviceprincippet. Disse to kommuner har i deres overordnede målsætninger for hjemmeplejen formuleringer, hvor der er blevet lagt vægt på borgernes selvbestemmelse ved udførelse af praktisk og personlig hjælp, men de er først og fremmest karakteriseret ved, at de ikke har haft initiativer, hvor der har været et særligt fokus på at aktivere og træne borgerne.

Datagrundgrundlaget for det første spørgsmål om social- og sundhedshjælperes/social- og sundhedsassistenters (i det følgende SOSU) opfattelse og praksis er fokusgruppeinterview og observationer af udførelsen af hjælp hos ældre.

Det andet spørgsmål om virkninger på ældre borgeres fysiske funktionsniveau og psykiske velbefindende af hjælpeprincippet er belyst gennem en spørgeskemaundersøgelse blandt modtagere af hjælp i efteråret 2009 og en opfølgende spørgeskemaundersøgelse i efteråret 2010 blandt dem, der havde besvaret spørgeskemaet i 2009. Modtagerne af hjælp blev bl.a. spurgt, om de kan udføre en række daglige aktiviteter uden hjælp, og om hvordan de har haft det inden for de seneste fire uger. På dette grundlag blev udviklingen fra 2009 til 2010 i fysisk funktionsniveau og psykisk velbefindende blandt ældre modtagere af hjælp sammenlignet i de fire kommuner. I alt 1.693 ældre modtagere af hjælp besvarede spørgeskemaet i både 2009 og 2010.

Information om omfanget af bevilget hjælp i de to år blev indhentet fra kommunerne, og udviklingen i omfanget blev sammenlignet.

SOSU'ernes opfattelse af hjælp til selvhjælp og service samt principperne i praksis

- *Flere varianter kommer til udtryk i SOSU'ernes opfattelse af både princippet om hjælp til selvhjælp og service, og begge principper omsættes i praksis på flere måder.*

Vi har identificeret to varianter af hjælp til selvhjælp og tre varianter af serviceorienteret hjælp i SOSU'ernes opfattelse af principperne og ved hjælpens udførelse i praksis.

Varianter af hjælp til selvhjælp

- *Den ene variant af hjælp til selvhjælp – som er hyppigst forekommende – er at inddrage den ældre i (mindre) daglige gøremål for at vedligeholde dennes funktions- og aktivitetsniveau, men uden en målsætning om større selvhjulpenhed.*
- *Den anden variant af hjælp til selvhjælp har et rehabiliterende og træningsorienteret sigte. Den er karakteriseret ved, at SOSU'en tilskynder og motiverer den ældre til selv at udføre opgaver med det formål at gøre denne mere uafhængig af hjælp.*

I interviewene nævner SOSU'erne endvidere en tredje variant, hvor den ældres aktivitetsniveau og livskvalitet understøttes ved at yde hjælp til opgaver, så den ældre har overskud til noget andet, der er vigtigt for ham/hende. Vi vil dog ikke umiddelbart placere denne variant i kategorien af hjælp til selvhjælp.

Varianter af serviceorienteret hjælp

- *Den ene variant af serviceorienteret hjælp drejer sig om at udvise fleksibilitet med hensyn til at bytte ydelser til noget andet end aftalt efter den ældres aktuelle tilkendegivelser.*

- *Den anden* variant handler om at være imødekommende over for den ældres ønsker, således at SOSU'en indretter sig efter den ældres forventninger til og 'standarder' for, hvordan opgaverne skal udføres, og dermed tilpasser sig den ældres individuelle ønsker, behov og vaner. Denne form forekommer hyppigst.
- *Den tredje* variant kommer til udtryk i form af ekstra tjenester, hvor SOSU'en udfører opgaver, som den ældre faktisk selv kan, og hun gør det bl.a. for at skabe en god relation til modtageren.

Der er i hverdagens praksis i alle fire kommune typisk tale om et hjælpemiks, hvor der under det samme besøg ydes dels en variant af hjælp til selvhjælpsorienteret hjælp, dels en variant af serviceorienteret hjælp. I de to selvhjælpskommuner er SOSU'erne imidlertid blevet mere opmærksomme på hjælp til selvhjælp i deres daglige arbejde.

Virkningen på ældres mobilitet, funktionsniveau i daglige aktiviteter og psykiske velbefindende

- *Undersøgelsen giver ikke et entydigt svar på, om der er en virkning på ældres mobilitet og funktionsniveau i daglige aktiviteter af at modtage hjælp efter et princip om hjælp til selvhjælp. Der er ingen sammenhæng mellem ældres psykiske velbefindende og hjælpeprincippet.*

Mobilitet

Ældre mænd i Høje-Taastrup Kommune, der betragtes som hjælp til selvhjælpskommune, har en mere gunstig udvikling i mobiliteten end i de øvrige kommuner, om end resultatet er forbundet med en vis statistisk usikkerhed. Der synes således at være en virkning på i hvert fald ældre mænds mobilitet af, at en kommune har fokus på at yde hjælp til selvhjælp. Når vi betragter alle ældre modtagere af hjælp under ét, finder vi ingen signifikant forskel mellem kommunerne i udviklingen i de ældres mobilitet fra 2009 til 2010.

Funktionsniveau i daglige aktiviteter

Fredensborg og Høje-Taastrup Kommuner, som repræsenterer forskellige hjælpeprincipper i undersøgelsen, skiller sig ud fra de to øvrige kommuner, når det drejer sig om ældres funktionsniveau i daglige aktiviteter. I de to kommuner har der været en mere gunstig udvikling i ældres funktionsniveau i daglige aktiviteter fra 2009 til i 2010 end i de to øvrige kommuner. Vi kan altså i dette tilfælde konstatere en relativ positiv udvikling i ældres funktionsniveau i daglige aktiviteter i den ene "hjælp til selvhjælpskommune", men ikke i den anden. Selv om Varde Kommune i en evalueringsrapport selv rapporterer om en positiv virkning af deres projekt på borgernes funktionsniveau, har dette ikke haft et omfang, så vi har kunnet registrere det i den måde, funktionsniveauet i daglige aktiviteter i denne undersøgelse er opgjort på. Da hjælp til selvhjælp har været praktiseret i længere tid i Høje-Taastrup end i Varde, er det forventeligt, at der vil kunne konstateres en større effekt i Høje-Taastrup end i Varde. Men billedet forstyrres af, at der i Fredensborg Kommune er en lige så gunstig udvikling som i Høje-Taastrup, uden at vi kan pege på, at det skyldes noget andet end hjælpeprincippet. Der

er således ikke noget belæg for at konkludere, at hjælp til selvhjælp har haft en positiv effekt på funktionsniveauet i daglige aktiviteter.

Psykisk velbefindende

Hvis hjælp til selvhjælp har en positiv virkning på det fysiske funktionsniveau, kan den forventes også at have en positiv virkning på ældres psykiske velbefindende. Det kunne imidlertid også tænkes, at hjælp, som er imødekommende over for ældres behov og ønsker, kan have en positiv indflydelse på ældres psykiske velbefindende.

Vi finder ingen forskel mellem de fire kommuner med hensyn til udviklingen fra 2009 til 2010 i de ældres psykiske velbefindende.

Udviklingen i pleje- og omsorgsydelser

- *I begge hjælp til selvhjælpskommuner er der en lavere stigning i omfanget af bevilget hjælp fra 2009 til 2010 end i de to andre kommuner.*

Høje-Taastrup og Varde Kommuner, som repræsenterer princippet om hjælp til selvhjælp, har haft en mindre stigning i *bevilget tid* fra 2009 til 2010 end de to andre kommuner.

Vi har ingen informationer om, at der i de fire kommuner i den pågældende periode skulle være taget andre initiativer eller beslutninger (fx om besparelser), som kan have påvirket omfanget af den bevilgede tid.

I både Høje-Taastrup og Varde Kommuner er det tænkeligt, at den relativt mere beskedne udvikling i den bevilgede hjælp kan være et resultat af, at visitatorerne er blevet mere opmærksomme på at motivere borgerne til træning og til selv at udføre dagligdags gøremål, idet de har skullet vurdere borgernes træningspotentiale. Det kan have ført til et øget fokus på at afpasse omfanget af bevilget hjælp til borgernes fysiske formåen.

Hvordan kan hjælp til selvhjælp i praksis styrkes?

Vi har i undersøgelsen afdækket en række barrierer for, at hjælp til selvhjælp bliver implementeret i praksis, hvilket kan være en væsentlig forklaring på, at undersøgelsen på flere områder ikke viser de forventede resultater. Hjælpens udformning er afhængig af relationen mellem SOSU'en og den ældre, og denne varierer betydeligt, både hvad angår hjælp til selvhjælp og service. Ved hjælp til selvhjælp kan relationen være præget af en mere eller mindre gensidig forståelse af – eventuelt som resultat af dialog eller forhandling – hvordan hjælpen ydes. Den kan også være præget af, at der hersker en klar opgavedeling mellem SOSU'en og den ældre. Hjælpens udformning i praksis er et resultat af SOSU'ens faglige tilgang til arbejdet og af et komplekst samspil mellem SOSU og den ældre. Dette samspil er påvirket af den 'bagage', som de hver især har. Endvidere har de vilkår, som SOSU'en arbejder under, betydning for hjælpen udformning.

SOSU'ernes udsagn om ældres forventninger til hjælp og observationerne af praksis peger på, at især to forhold er vigtige for, at hjælp til selvhjælp implementeres i praksis: 1) at princippet om hjælp til selvhjælp kommunikeres tydeligt til de ældre ved visitation til hjælp

og formuleres i målsætninger for hjælpen, 2) at der lægges vægt på opstartfasen med en ny borger, hvor relationen mellem SOSU og den ældre formes.

Hvis hjælp til selvhjælp skal have større gennemslag i praksis, er der brug for at sætte ind i forhold til:

- støtte/opbakning til SOSU'erne fra ledelsen om at holde fast i princippet i den daglige praksis,
- at der formuleres målsætninger for den bevilgede hjælp til den enkelte, og at det ved visitationen gøres klart for modtagerne af hjælp, hvilke forventninger der er til deres egen indsats,
- at der er mulighed for støtte fra andre faggrupper fx ergo- og fysioterapeuter til at yde hjælp med et rehabiliterende sigte,
- at udvikle SOSU'ernes kompetence til på en pædagogisk måde at stille krav og forventninger til modtagere af hjælp om selv at udføre opgaver, de er i stand til.

1 Formål og baggrund

Siden 1980'erne har et bærende princip i den sociale lovgivning i Danmark været, at hjælp og pleje til ældre bør ydes med et aktiverende sigte for at gøre modtageren i stand til at klare så meget som muligt selv og for at forebygge, at problemer forværres (Lov om Social Service 1998; Socialministeriet 1998). Dette hjælp til selvhjælpsprincip og dets indarbejdelse i den sociale lovgivning bygger på den antagelse, at ved at opmuntre og vejlede ældre til at udføre en række opgaver selv, vil man være i stand til at styrke og vedligeholde ældres funktionsniveau. Denne socialpædagogiske angrebsvinkel er siden midten af 1990'erne blevet suppleret af principper inspireret af New Public Management (NPM) – senest udtrykt gennem det frie valg af leverandør af praktisk bistand og personlig pleje i 2003 (Socialministeriet 2002) – hvor der lægges særlig vægt på ældres selvbestemmelse og på at tilfredsstille ældres ønsker og behov (jf. Socialministerens bemærkninger til lovforslaget (L130); Socialministeriet og Ældre Sagen 2004). Der lægges altså her mere vægt på, at modtageren af hjælp definerer hjælpens indhold. Vi forventer, at hjælp efter et sådant princip hovedsagelig kompenserer for et nedsat funktionsniveau, og vi bruger i det følgende betegnelsen et *serviceorienteret princip* om hjælp i denne form.

Der foreligger ikke forskning, der belyser, hvordan det ene eller andet princip er slået igennem i hjemmeplejens praksis, selv om der har været undersøgelser af implementeringen af forskellige specifikke tiltag (fx bestiller-udførermodellen (BUM) og Fælles sprog, der er et redskab til at visitere til hjælp), som kan relateres til New Public Management (Hansen & Vedung 2005; Nielsen & Andersen 2006; Petersen & Schmidt 2003). De første analyser efter indførelsen af frit valg peger på, at frit valg på sigt kan forventes at betyde parallelle former for hjælp, især hvad angår praktisk bistand – hver med deres syn på borgeren (Eskelinen, Hansen & Frederiksen 2006). Vi kender ikke virkningerne for modtagerne af hjælp efter det ene og det andet princip. Vi stiller derfor i denne undersøgelse spørgsmålet:

Er der en forebyggende virkning på fysisk funktionsniveau og psykisk velbefindende af at give hjælp til selvhjælp sammenlignet med serviceorienteret hjælp?

Svar på dette spørgsmål forudsætter i princippet, at hjælp til selvhjælp og service forekommer i praksis som entydige, homogene former for hjælp. Dette er dog næppe tilfældet, da det ikke vil kunne forventes, at der i en kommune, et distrikt eller af den enkelte SOSU udelukkende arbejdes efter det ene eller det andet princip (Mahoney 2000; Thelen 2000). Udgangspunktet har imidlertid været, at vi har antaget, at overordnede målsætninger og strategier i en kommune betyder, at det ene eller det andet princip dominerer i forståelsen og udførelsen af hjælp, men at begge principper kan forekomme.

Det stillede spørgsmål er relevant, fordi samfundet står over for et stigende antal ældre, og som følge heraf kan der forventes en stigende efterspørgsel efter pleje- og omsorgsydelser. Denne efterspørgsel kan muligvis afdæmpes, hvis der kan peges på indsatser, som kan forebygge en nedgang i ældres funktionsniveau og stigende afhængighed af hjælp.

For at belyse det overordnede spørgsmål har vi søgt svar på følgende:

- Hvordan opfatter social- og sundhedshjælpere/social- og sundhedsassistenter principperne om hjælp til selvhjælp og service, og på hvilken måde omsættes disse principper til praksis?
- Hvad er virkningen på ældres fysiske funktionsniveau og psykiske velbefindende af at modtage hjælp efter et princip om hjælp til selvhjælp sammenlignet med hjælp efter et serviceorienteret princip?
- Hvordan udvikler omfanget af pleje- og omsorgsydelser sig i kommuner, der re-præsenterer henholdsvis det ene og det andet princip?

Som en central del af undersøgelsen har vi belyst, hvordan hjælpen giver sig udslag i praksis, dels når en kommune har søgt at styrke et princip om aktivering og hjælp med et forebyggende sigte (hjælp til selvhjælp), dels når dette princip ikke fremhæves, men der lægges vægt på borgernes selvbestemmelse, ønsker og behov.

Gennem svar på ovenstående spørgsmål er det endvidere søgt afdækket, om der er en særlig virkning for de ældre af, om det ene eller det andet er et dominerende princip for hjælpen i en kommune. Det er også søgt afdækket, om der er en virkning på omfanget af omsorgs- og plejeydelser i en kommune.

Vi har endvidere søgt at afdække, om der er forskel mellem private og kommunale leverandører på udførelsen af hjælp og på virkninger for de ældre af hjælpen.

Vi beskæftiger os i rapporten med modtagere af praktisk bistand eller personlig pleje, som er 65 år og derover. Vi bruger for forenklingens skyld hovedsagelig 'ældre' som betegnelse for modtagere af hjælp. I nogle tilfælde bruges betegnelsen 'borger', ligesom den bruges i kommunerne. Som betegnelse for privat og offentligt ansatte, der hjælper de ældre, bruger vi betegnelsen 'SOSU', som dækker over social- og sundhedshjælpere samt social- og sundhedsassistenter. Under betegnelsen kan indgå medarbejdere med anden uddannelse eller uden uddannelse.

1.1 Eksisterende viden og teoretisk udgangspunkt

Udgangspunktet for undersøgelsen har været, at hjælp ydet efter et princip om hjælp til selvhjælp eller som service er forskellig og stiller forskellige krav til modtageren af hjælp. Mens forskellige kilder beskriver hjælp ydet som hjælp til selvhjælp, er der færre kilder, der beskriver hjælp ydet som service, og beskrivelsen er mere upræcis.

Hjælp til selvhjælp er som nævnt et centralt princip i dansk ældrepleje og er institutionaliseret gennem lovgivningen og uddannelsen af SOSU'er. Alle kommuner er dermed forpligtet til at yde hjælp efter dette princip. I vejledningen om praktisk og personlig hjælp (Socialministeriet 2006) står der om hjælp til selvhjælp:

Den personlige og praktiske hjælp og madservice skal betragtes som hjælp til selvhjælp, dvs. som supplerende hjælp til opgaver, som modtageren midlertidigt eller varigt er ude af stand til eller kun meget vanskeligt kan udføre på egen hånd.

Hjælpen skal gives og tilrettelægges i nært samarbejde med modtageren og støtte denne i at vedligeholde eller genvinde et fysisk eller psykisk funktionsniveau eller afhjælpe særlige sociale problemer. Se også kapitel 14-16 om træning.

Det er vigtigt at være opmærksom på det aktiverende sigte, der indgår som et væsentligt element i hjælpen. Indsatsen bør have som primært mål at gøre modtageren i stand til at klare sig selv. Hvis dette ikke er muligt, bør indsatsen sigte mod at gøre modtageren i stand til selv at klare så mange opgaver som muligt.

Disse mål kan bl.a. fremmes ved, at modtageren og hjælperen arbejder sammen om at udføre de forskellige opgaver, således at modtageren i videst muligt omfang selv deltager aktivt i opgaveudførelsen.

Som praktikmål for social- og sundhedshjælpere nævnes (Fagligt udvalg for den pædagogiske assistentuddannelse og social- og sundhedsuddannelsen 2009) bl.a.:

Eleven kan i samarbejde med borgeren arbejde støttende, vejledende og igangsættende i forhold til borgerens dagligdag og deltagelse i aktiviteter, så borgerens livsudfoldelse og livskvalitet understøttes og styrkes.

Forebyggelse og hjælp til selvhjælp er principper relateret til professionelle idékomplekser med sundhedsvidenskabelig eller socialpædagogisk baggrund (Dahl 2000). 'By focusing on improving the condition of their older clients, they feel committed to make choices for their clients and, ideal-typically, always in the client's best interest.' (Knijn & Verhagen 2007, p. 464).

Hjælp til selvhjælp har som hovedformål at aktivere modtageren af hjælp for derigennem at bevare modtagerens funktionsniveau. Dette er ikke nødvendigvis i modsætning til ældres ønsker om selvbestemmelse og uafhængighed (jf. Hansen m.fl. 2002), idet en forbedring eller fastholdelse af funktionsniveau i daglige aktiviteter jo kan bidrage til netop uafhængighed i det daglige.

Et serviceprincip er ikke på samme måde formuleret i retningslinjerne for praktisk bistand og personlig pleje og er ikke beskrevet som et egentligt princip. Princippet kan snarere udledes af politiske tilkendegivelser særligt i forbindelse med indførelse af frit valg af leverandør om at sætte borgeren i centrum og vise respekt for de ældre og deres individuelle ønsker og behov (Eskelinen, Hansen & Frederiksen 2006). Dermed kan der ses ligheder med privat serviceproduktion. Serviceprincippet kan formuleres med udspring i New Public Management (NPM), der som et idékompleks har inspireret organisatoriske reformer i statslige bureaukratier i hele den vestlige verden (Hood 1991; Greve 2003; Christensen & Lægreid 2002; 2007; Dahl 2009; Dahl & Rasmussen under udgivelse). Det handler om at indføre markedsprincipper i offentlige sociale serviceydelser for at minimere omkostninger, øge brugernes valgmuligheder og øge brugertilfredshed. Tendensen til at indføre markedsprincipper

ses i flere vesteuropæiske lande, og Knijn & Verhagen (2007) skriver om ydelser på et marked: 'With respect to the quality of care for frail elderly people, the ideal-typical market first of all involves an indifferent relationship between buyers and sellers of goods and services.' (p. 462).

Kommunerne er ikke forpligtet af princippet, men det antages, at princippet i varierende grad indgår som et element ved ydelsen af praktisk og personlig hjælp. Modsætningen mellem principperne består i, at i en servicerektion dominerer brugernes ønsker til hjælpens tilrettelæggelse, og ved hjælp til selvhjælp dominerer den professionelle fortolkning af hjælpens tilrettelæggelse (bl.a. Wærness 1983, 1996; Swane 2003; Eliasson-Lappalainen, Wærness & Tedre 2005).

Projektet bygger således på den opfattelse, at hjælp til selvhjælp og service er to *forskellige former for hjælp*, og som udgangspunkt har vi formuleret de to principper på følgende måde:

- *Hjælp til selvhjælp* lægger op til at aktivere brugerne og har bl.a. rødder i en socialpædagogisk kultur, hvor personalet har en opdragerrolle i forhold til brugerne (Dahl 2000). Det baserer sig på en professionel viden om aldring, der kan forsinkes ved, at brugeren inddrages i forskellige praktiske gøremål (Kirk & Schroll 1998) og på et kendskab til skabelsen af motivation og konkrete teknikker til inddragelse af den ældre (Socialstyrelsen 1988).
- *Service* lægger vægt på at tilfredsstille brugernes ønsker. Fokus er derfor på at udføre den bevilgede hjælp bedst muligt i forhold til brugerens ønsker og samtidig udvise fleksibilitet i forhold til brugerens eventuelle aktuelle ønsker og tilkendegivelser (Grönroos 2000; Fountain 2001). Brugernes stilles ikke over for krav om deltagelse; relationen er kontrakt- eller aftalebaseret.

Denne forståelse af service adskiller sig fra den definition af service, som tidligere er formuleret inden for omsorgsforskningen (Wærness 1983; Bubeck 1995), hvor service til forskel for omsorg er blevet anskuet som noget den modtagende part principielt kunne have gjort selv. Det var altså modtagerens tilstand (ikke selvhjælpen), der afgjorde, hvorvidt hjælp var omsorg eller service.

Der findes kun en begrænset international litteratur om *virkninger* af hjemmepleje på ældres fysiske funktionsniveau og psykiske velbefindende. Den litteratur, der findes, peger i retning af, at der ikke er nogen effekt af hjemmepleje på funktionsniveauet, eller at hjemmepleje kan have en forværrende effekt (fx Godfrey m.fl. 2000; Hedrick & Inui 1986; Hedrick Koepsell & Inui 1989). Et dansk studie (Hansen, Christensen & Heinesen 2009) finder ingen sammenhæng mellem hyppigheden af hjemmehjælpsbesøg og udviklingen i funktionsniveau blandt kvinder, men en mulig negativ virkning for mænd. Der findes en positiv sammenhæng for mænds velbefindende, men ingen sammenhæng for kvinder. I ingen af de nævnte studier tages der højde for en eventuel forskel i hjælpens udførelse, herunder i hvilken udstrækning hjælp ydes som hjælp til selvhjælp eller service.

Den eksisterende litteratur peger på, at der kan være brug for, at praktisk bistand og personlig pleje i hjemmet suppleres med systematiske træningsaktiviteter, for at der opnås en

virkning på funktionsniveauet. Ifølge en udredning udført af Mandag Morgen (2004) er der flere specifikke områder, hvor der er solid dokumentation for effekten af genoptræning, eksempelvis hjerteområdet, apopleksi og geriatri. En række danske studier har vist, at styrketræning, konditionstræning og varieret træning kan øge styrke, neuromuskulær kontrol, reaktionshastighed og balance hos ældre (Beyer 2001). Den træning, som studierne refererer til, foregår som regel i særlige træningsmiljøer, mens vi i dette projekt er interesseret i en indsats i ældres eget miljø. I en litteraturgennemgang (Seguin 2003) konkluderes, at forskellige former for styrketræning fra stærkt kontrolleret laboratoriebaseret til hjemmebaserede programmer med begrænset tilsyn kan frembringe gavnlig virkning på ældre menneskers helbred. I en dansk sammenhæng viser en undersøgelse af hjemmetræning til patienter med apopleksi positive resultater (Larsen 2005). Bortset fra et mindre pilotprojekt (Eskelinen 2001; Juncker m.fl. 2002) er der imidlertid ikke danske undersøgelser, der belyser hjemmetræning af ældre med et blandet behov, eller træning hvor plejepersonalet er instrueret i at vejlede borgere i træningsaktiviteter. Under gennemførelsen af denne undersøgelse er der dog publiceret foreløbige resultater fra et projekt med hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune (Kjellberg 2010; Kjellberg & Ibsen 2010).

Det *teoretiske udgangspunkt* for antagelser om virkninger af praktisk bistand og personlig pleje er hentet i Verbrugge & Jettes (1994) model for funktionstab. I denne model beskrives, hvordan kroniske og akutte tilstande påvirker forskellige dele af kroppens mekanismer, udførelsen af fysiske og mentale funktioner og dagligdags aktiviteter. Modellen beskriver også, at der findes en række individuelle faktorer og faktorer i omgivelserne, som fremmer og hæmmer funktionstab. Hjælp udefra betragtes som en ydre faktor, der har en forebyggende virkning i forhold til funktionstab. Relevant professionel hjælp antages således at kunne forebygge adfærd, som har negative virkninger, fx at udvikle en passiv livsstil på grund af en kronisk lidelse, og hjælp, som tilskynder til selvhjælp, antages at kunne bidrage til at vedligeholde evnen til at udføre dagligdags aktiviteter. Vi forventede som udgangspunkt, at en eventuel virkning akkumuleres over tid ved at forebygge et fald i funktionsniveau. Et reduceret fysisk funktionsniveau har konsekvenser for psykisk velbefindende (Verbrugge & Jette 1994), og hvis hjælpen har en positiv virkning på det fysiske funktionsniveau, kan den således forventes også have en positiv virkning på ældres psykiske velbefindende. Vi forventer imidlertid også, at hjælp, som er imødekommende over for ældres behov og ønsker, kan have en positiv indflydelse på ældres psykiske velbefindende.

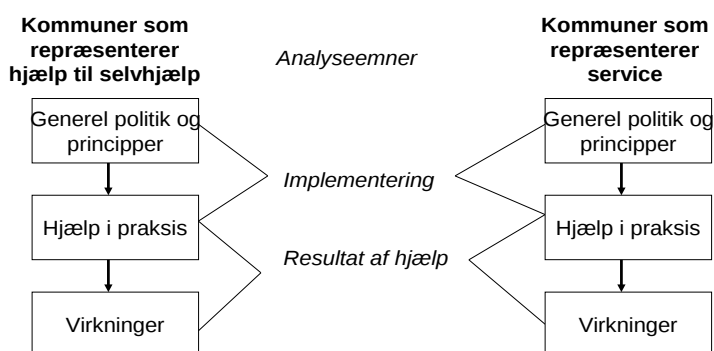
Der kan også tænkes en positiv virkning af at modtage praktisk bistand eller personlig pleje efter et serviceorienteret princip, hvor SOSU'erne respekterer borgerens selvbestemmelse og lægger vægt på at imødekomme modtagernes ønsker og udtrykte behov (inden for de rammer kommunens serviceniveau og en bevilling giver). I Verbrugge & Jettes model beskrives, at oplevelsen af kontrol over sit liv kan have en forebyggende virkning på det fysiske funktionsniveau. Hjælp, som svarer til modtagerens udtrykte ønsker og behov, kan tænkes at bidrage til en oplevelse af kontrol over eget liv. Hvis modtagerne oplever, at de får den rette hjælp, kan det endvidere muligvis modvirke bekymringer, som kunne påvirke psykisk velbefindende og fysisk funktionsniveau (fx Mulatu & Schooler 2002).

2 Metode og materiale

Projektet tager udgangspunkt i et komparativt design, hvor kommuner, som har et særligt fokus på at aktivere modtagere af hjælp, og som på det grundlag repræsenterer et princip om hjælp til selvhjælp, sammenlignes med to kommuner, hvor der ikke har været et særligt fokus på at aktivere modtagere af hjælp, og som repræsenterer et serviceorienteret princip. Ved at vælge fire kommuner forventede vi at opnå den fornødne dybde i belysningen af, hvordan de forskellige principper giver sig udslag i praksis. Et design, hvor der indgår to kommuner med det ene princip og to kommuner med det andet princip, skulle bidrage til at give et datamateriale af en størrelse, der gjorde det muligt at måle forskelle i eventuelle virkninger på borgeres funktionsniveau og psykiske velbefindende af hjælpens udførelse. Designet har imidlertid den svaghed, at der kan være forskelle mellem kommunerne ud over måden at yde hjælp på, og at vi derfor ikke med sikkerhed kan konkludere, at konstaterede forskelle eller manglende forskelle mellem kommuner kan henføres til måden at yde hjælp til ældre på.

Det overordnede design for projektet er illustreret i figur 2.1.

Figur 2.1 Overordnet design for projektet



Analysen i projektet har bestået af følgende:

- 1 En analyse af kommunernes overordnede politik og principper. Denne er gennemført ved udvælgelsen af kommunerne.
- 2 En analyse af hvordan principperne om hjælp til selvhjælp og service viser sig i praksis (implementering af principper).
- 3 En analyse af virkninger på selvrapporteret funktionsniveau og psykisk velbefindende blandt ældre modtagere af hjælp og på omfanget af hjælp (resultatet af hjælp).

Udviklingen i omfanget af hjælp kan opfattes som en virkning, idet omfanget af tildelt hjælp kan udtrykke borgerens behov for hjælp. Omfanget af hjælp kan imidlertid også være en del af indsatsen, idet det kunne tænkes, at de fremherskende principper for hjælp i en kommune smitter af på omfanget af bevilget hjælp.

2.1 Kommunerne i undersøgelsen

Som kommuner, der skulle repræsentere et hjælp til selvhjælpsorienteret princip, søgte vi efter kommuner, hvor praktisk bistand og personlig pleje i hjemmet er suppleret af en træningsindsats, som udføres af hjemmeplejepersonalet med baggrund i instruktion, øvelsesprogrammer eller supervision fra fx terapeuter. Der skulle være tale om træning, som er en del af hjælpen og ikke alene et tilbud om træning på et træningscenter. Dette skulle sikre, at der i kommunen blev lagt vægt på at aktivere ældre, som modtager praktisk bistand og/eller personlig pleje.

Kommuner, hvor et serviceorienteret princip dominerer, er søgt udvalgt ud fra, at der i kommunen er relativt mange private leverandører, idet vi antog, at konkurrencehensyn kunne gøre, at leverandørerne af praktisk bistand og personlig pleje vil lægge meget vægt på at imødekomme borgernes ønsker. Borgernes selvbestemmelse/medbestemmelse og ydelse af god service skulle endvidere være formuleret som centrale principper i kommunernes kvalitetsstandard. Sådanne kommuner er også underlagt det generelle princip om at yde hjælp efter et princip om hjælp til selvhjælp, men vi ville ikke inkludere kommuner, hvor der var sat særlige initiativer i værk for at styrke et princip om hjælp til selvhjælp.

I første omgang sendte vi en invitation til at deltage i projektet til ledere af ældreplejen i 28 kommuner med 40.000-60.000 indbyggere, hvilket bedømtes som en overskuelig størrelse til at afdække principperne i hjemmeplejepersonalets arbejde. Vi forventede endvidere, at der i kommuner af denne størrelse ville være et tilstrækkeligt antal modtagere af hjælp til at gennemføre pålidelige statistiske analyser af udviklingen i modtagernes funktionsniveau. I invitationen beskrev vi, hvilke typer kommuner vi var interesserede i at samarbejde med.

Denne invitation gav alene en positiv tilbagemelding fra Varde Kommune, som netop stod over for at iværksætte et projekt om hverdagsrehabilitering, hvor modtagere af praktisk bistand og personlig pleje tilbydes træning i hjemmet. Varde Kommune blev på det grundlag inkluderet i projektet som en hjælp til selvhjælpskommune. For at finde frem til endnu en hjælp til selvhjælpskommune forhørte vi os om kommuner, der var i gang med tilsvarende indsatser. På denne måde blev vi opmærksomme på Høje-Taastrup Kommune, som blev inviteret til at deltage i projektet, og som accepterede invitationen.

Kommuner, som skulle repræsentere et serviceprincip, søgte vi i første omgang at identificere i Fritvalgsdatabasen, hvor der er oplysninger om private udbydere af praktisk bistand og personlig pleje i hver kommune. Vi søgte efter kommuner, som havde relativt mange private leverandører. Blandt disse kommuner gennemså vi kvalitetsstandards for praktisk bistand og personlig pleje med henblik på at finde kommuner, som synes at lægge vægt på borgernes selvbestemmelse ved ydelse af hjælp og pleje.

På dette grundlag blev Brønderslev og Fredensborg Kommuner inviteret til at deltage, idet det også indgik som et kriterium at inkludere både en jysk og en sjællandsk kommune. Begge kommuner accepterede at deltage i projektet.

Nedenfor opsummeres, hvad der har ligget til grund for, at henholdsvis de to 'hjælp til selvhjælpskommuner' og de to 'servicekommuner' indgår i undersøgelsen. En uddybende beskrivelse af kommunernes overordnede principper findes i bilag 1.

Høje-Taastrup Kommune repræsenterer hjælp til selvhjælp, fordi kommunen 2007 til 2009 havde gennemført et projekt Fokusskifte: Fra hjælp til selvhjælp og bedre funktionsniveau. Målsætningerne i projektet var at øge eller vedligeholde funktionsniveauet for borgere i plejecentre og i hjemmeplejen og at udvikle personalets kompetencer til at understøtte dette. Hensigten har været, at man ved at øge fokus på, hvordan personlig og praktisk hjælp til personlige gøremål i dagligdagen kan udføres som hjælp til selvhjælp, vil kunne forbedre eller fastholde de fleste borgers funktionsniveau.

Varde Kommune repræsenterer hjælp til selvhjælp, da kommunen havde igangsat projekt Hverdagsrehabilitering, som havde til formål at forbedre borgernes funktionsniveau, så de i højere grad bliver selvhjulpne og uafhængige af det offentlige system. Dette sker ved at erstatte kompenserende ydelser med sundhedsfremmende, forebyggende og trænende ydelser. Projektet er målrettet borgere med moderate begrænsninger i funktionsniveau.

Brønderslev Kommune repræsenterer et serviceprincip, da der er relativt mange private leverandører af praktisk bistand og personlig pleje i kommunen (se tabel B.11 i bilag 1), og da dette forventedes at trække i retning af et serviceprincip. I kommunens kvalitetsstandarder fremhæves da også den enkeltes ansvar for eget liv, selvbestemmelse og medbestemmelse.

Fredensborg Kommune repræsenterer et serviceprincip, da kommunen i formuleringen af kvalitetsstandarder synes at lægge vægt på respekten for borgeren, at borgeren skal føle sig individuelt behandlet og på fleksibilitet. I Fredensborg Kommune har relativt mange valgt en privat leverandør (se tabel B.11 i bilag 1). Hjælp til selvhjælp nævnes ikke som et overordnet princip. Fredensborg Kommune har endvidere den særlige ordning, at borgere, der er visiteret til mere end otte timers personlig eller praktisk hjælp ugentlig, tilbydes en omsorgstime hver 14. dag. Tiden kan bruges efter borgerens eget ønske, og timerne kan lægges sammen og bruges til længere ture, familiebesøg, indkøb eller andet efter eget ønske.

Høje-Taastrup og Varde Kommuner blev altså inkluderet, fordi de var i gang med eller havde gennemført særlige projekter, hvor der var fokus på aktivering og hjælp til selvhjælp i forhold til ældre modtagere af praktisk bistand og personlig pleje. Brønderslev og Fredensborg Kommuner havde ikke modsvarende et udpræget fokus på at levere praktisk bistand og personlig pleje efter et serviceprincip, og de har ikke opfattet sig selv som 'servicekommuner'. De senere analyser i projektet har da også afdækket, at SOSU'erne langt fra entydigt arbejder efter et serviceprincip. De to kommuner repræsenterer altså først og fremmest et serviceprincip ved ikke at have haft samme fokus på aktivering og hjælp til selvhjælp som Høje-Taastrup og Varde Kommuner.

2.2 Metode og materiale til analyse af hjælpens indhold

Beskrivelsen af hjælpens udførelse i praksis i de fire kommuner bygger metodisk på en kombination af interview og observation. Interviewene blev gennemført som fokusgruppelinterview med repræsentanter for udvalgte SOSU-grupper, og observationerne var rettet mod konkrete dagligdags hjælpesituationer hos modtagere af hjemmehjælp.

Fokusgruppeinterviewene havde til formål at belyse, hvordan SOSU'erne opfatter principperne om hjælp til selvhjælp og service, når de beskriver, hvordan de yder hjælp i praksis hos ældre modtagere af hjemmehjælp. Ud over SOSU'ernes udsagn om deres egen funktion og fremgangsmåde, handlede fokusgruppeinterviewene også om, hvilke forventninger SOSU'erne oplever til hjælpens indhold henholdsvis fra de ældre og SOSU'ernes ledere. De overordnede temaer i interviewene var følgende: arbejdets udførelse, forståelse af principperne hjælp til selvhjælp og service, de ældres forestillinger og ønsker og ledernes forståelse og styring af arbejdets indhold.

Fokusgruppeinterviewene blev gennemført efter principperne for aktivt interview, hvor interviewerens betragtes som medproducent af viden. Det vil sige, at viden om et givent emne produceres i interaktionen, således at deltagerne sammen aktivt skaber mening (jf. Holstein & Gubrium 1995; Silverman 2001). På linje hermed anvendte vi – ud over at fremlægge temaer og spørgsmål – forskellige faciliterende hjælpemidler til at skabe fælles udgangspunkt for deltagerne til at fokusere diskussionerne på de udvalgte emner og til at fremme interaktionen blandt deltagerne. De anvendte hjælpemidler handlede dels om billeder af hjælpesituationer (et billede af en 'passiv' ældre og et billede af en 'aktiv' ældre, som refererede til forskellig grad af deltagelse/inddragelse af modtageren af hjælp), dels forskellige udsagn om hjælpens indhold, som var indhentet fra bl.a. kommunernes kvalitetsstandarder, forskningsrapporter, pjece fra Socialministeriet og tv-programmer. Både billederne og det skriftlige materiale skulle illustrere forskellige fremgangsmåder at yde hjælp på. Denne fremgangsmåde med brugen af aktiverende hjælpemidler er anbefalet i nyere litteratur om fokusgruppelinterviewmetoden (bl.a. Halkier 2010; 2011).

Fokusgruppeinterviewene blev gennemført i begyndelsen af 2010. Der blev gennemført 12 fokusgruppelinterview med fem til otte deltagere pr. interview bortset fra to interview med henholdsvis en og to deltagere, begge sidstnævnte med repræsentanter for private leverandører. Hvert interview varede ca. to timer. Interviewene blev optaget på video og transskriberet fuldt ud. Transskriptionerne blev udført på baggrund af videooptagelserne.

Observation af hjælpens udførelse blev gennemført ved at følge udvalgte SOSU'er under deres besøg hos de ældre. Observationerne havde til formål at bidrage til at give svar på spørgsmålet: Hvordan kommer henholdsvis princippet om hjælp til selvhjælp og serviceprincippet til udtryk i praksis? I praksis fulgte en yngre forsker en given SOSU til dennes forskellige ældre borgere og gennem iagttagelser af konkrete hjælpesituationer samt efterfølgende kortere samtaler med SOSU og den ældre hver for sig (spotinterview, hvor det var muligt) indsamledes materiale om hjælpens udførelse. Der var udarbejdet et skema for at opretholde forskerens fokus på at dokumentere, hvad der sker, hvornår det sker, for hvem det sker, samt hvem der siger hvad til hvem. Forskeren førte undervejs notater om sine iagttagelser af hjæl-

pesituationerne og dialogen mellem SOSU og den ældre, ligesom hun førte notater fra de korte samtaler om den hjælp, der blev udført. Der blev på baggrund af observationer (hvert besøg) udarbejdet to dokumenter: 1) en detaljeret beskrivelse af besøgets forløb og 2) refleksioner over, hvordan hjælpen tog sig ud, og hvorfor den gjorde det. Observationerne kan alt i alt betegnes som strukturerede deltagerobservationer i naturlige omgivelser (Kristiansen & Krogstrup 1999).

Observationerne blev gennemført i foråret 2010. I hver kommune blev der gennemført observationer over fem arbejdsdage med udvalgte SOSU'er (i én af kommunerne, som blev anvendt som pilotkommune i observationsstudiet, over ti arbejdsdage). I alt 13 SOSU'er medvirkede i observationerne. Observationsmaterialet indeholder besøg hos 90 ældre modtagere af hjemmehjælp, hvoraf hovedparten fik hjælp til personlig pleje. Observationerne blev transskriberet på baggrund af forskerens feltnotater og diktafonoptagelser efter en struktur, som består af tre dele: 1) beskrivelse af den ældre, formålet med hjælpen og de bevilgede ydelser, 2) beskrivelse af besøget og 3) refleksioner over besøget, herunder eventuelt korte samtaler med henholdsvis SOSU'en og den ældre.

Interview- og observationsmaterialet blev struktureret ved hjælp af det kvalitative analyseprogram N'vivo med udgangspunkt i de kodekategorier, som fremgår af figuren i afsnit 3.1. Analysen af interview- og observationsmaterialet har på det overordnede niveau bestået i at beskrive hjælpens indhold: Kan de to forskellige former for hjælp identificeres i hjemmeplejepersonalets praksis, og hvordan kommer de til udtryk? Analysen har således haft til formål at uddybe karakteristika ved henholdsvis hjælp til selvhjælp og service (afsnit 3.2 og 3.3). Vi har derudover i analyserne haft fokus på, hvordan SOSU'erne begrundede deres måde at yde hjælp på (afsnit 3.2 og 3.3), hvordan relationen mellem SOSU og den ældre i hjælp til selvhjælpsorienterede og serviceorienterede hjælpesituationer (afsnit 3.4), og om der er bestemte forhold, der er af betydning for, hvorvidt det ene eller det andet princip slår igennem i praksis (afsnit 3.5).

Udvælgelse til interview

Vi udvalgte i hver kommune to distrikter til at indgå i undersøgelsen. Ved udvælgelsen til interview har det været et overordnet princip, at de udvalgte hjemmeplejegrupper så vidt muligt repræsenterer idealtypiske grupper i forhold til de to overordnede principper for hjælpens udførelse. Det vil sige, at vi i Høje-Taastrup og Varde sigtede mod at vælge hjemmeplejegrupper, der er de mest ægte repræsentanter for hjælp til selvhjælpsprincippet, og i Brønderslev og Fredensborg hjemmeplejegrupper, der er de mest ægte repræsentanter for serviceprincippet. Begrundelsen herfor var, at projektets formål er at identificere tilstedeværelsen af de to principper blandt praktikere samt analysere, om modtagelse af hjælp efter det ene eller det andet princip giver udslag i brugernes funktionsniveau og/eller psykisk velbefindende. Den primære strategi har således ikke været at lægge vægt på at kunne afdække en eventuel variation i hjælpens udførelse internt i de fire kommuner.

Vi valgte tre grupper – to kommunale og en privat – til interview i hver kommune bortset fra Høje-Taastrup, hvor der blev udvalgt fire grupper, fordi kommunen har et særskilt rengø-

ringskorps. En gruppe herfra blev udvalgt. I alle fire kommuner blev udvalgt en privat leverandør.

Udvælgelsen af grupper til interview i hver kommune blev foretaget ud fra en kombination af følgende oplysninger:

- 1 Sortering af hjemmeplejegrupperne med hensyn til, hvor idealtypiske de er for det princip, kommunen repræsenterer i undersøgelsen (fx i Varde var der grupper, der havde praktiseret træningsprincippet tidligere end de øvrige grupper).
- 2 Udbredelsen af private leverandører i kommunen med hensyn til antallet af brugere i et geografisk område og typen af opgaver, de udfører. Der udvælges en privat leverandør i alle fire kommuner, dvs. uafhængig af, om kommunen repræsenterer hjælp til selvhjælp eller service.
- 3 Geografi og bymæssighed. Alle fire kommuner har flere distrikter, og grupperne udvalgte fra forskellige distrikter. Der prioriteredes en vis bymæssighed i stedet for at udvælge landområder.
- 4 Særlige kendetegn/hensyn. Fx i Høje-Taastrup Kommune findes et særligt rengøringskorps og i Varde findes et område, hvor en bestemt privat leverandør har relativt mange brugere. Der blev ikke udvalgt grupper, som af den ene eller anden grund var meget atypiske (hvis der fx har været meget udskiftning af personale mv.).
- 5 SOSU'ernes uddannelse, alder og erfaring. Dette indgik ikke ved udvælgelsen af grupperne, men ved udvælgelsen af personer til interview.

Der er gennemført i alt ni fokusgruppeinterview af medarbejdere fra kommunale hjemmeplejegrupper og tre interview af medarbejdere fra private leverandører. Der blev gennemført interview af følgende grupper:

Brønderslev

Brønderslev Kommunes hjemmepleje er opdelt i to overordnede distrikter (Øst og Vest), og da der ikke var markante forskelle mellem de to distrikter, blev det besluttet at vælge en gruppe fra hvert distrikt. Da hjemmeplejegrupperne i hvert distrikt var små, blev interviewgrupperne sammensat af informanter fra forskellige grupper, nemlig af hhv. to grupper (seks personer) fra distrikt Vest og fire grupper (fem personer) fra distrikt Øst.

Der var også udvalgt en privat leverandør til interview, og der var også indgået aftale om interviewtidspunktet. Denne aftale gik imidlertid i vasken, og det lykkedes ikke at få en ny aftale om interview.

Fredensborg

Der blev udvalgt medarbejdere fra to grupper fra forskellige distrikter i Fredensborg Kommune. Endvidere udvalgte den private leverandør, der havde fleste brugere i Fredensborg Kommune, men det lykkedes imidlertid ikke at få en aftale med denne leverandør. Som alter-

nativ blev der lavet interviewaftale med en leverandør af praktisk bistand (en enkelt medarbejder blev interviewet).

Høje-Taastrup

I Høje-Taastrup udvalgte vores kontaktperson i kommunen af pragmatiske hensyn en gruppe fra et byområde (seks personer) og en gruppe fra et mere landligt område (fem personer). Endvidere udvalgte en gruppe fra rengøringsgruppen (fem personer). Endelig udvalgte en privat leverandør (to personer).

Varde

Der blev udvalgt en gruppe af interviewpersoner fra byområde (syv personer) og en gruppe af interviewpersoner, som arbejdede i mindre byer og i landområdet (syv personer). Endvidere blev udvalgt en privat leverandør (seks personer).

Udvælgelse til observation

Ved udvælgelsen af medarbejdere til observation har sigtet været at finde medarbejdere, som mest sandsynligt praktiserede hhv. hjælp til selvhjælp og service i praksis. De udvalgte SOSU'er skulle altså repræsentere et arbejdsprincip og ikke en hjemmeplejegruppens fremgangsmåde. Udvælgelsen skulle i princippet ske blandt dem, der havde deltaget i interview og på baggrund af deres udsagn under interviewet.

Der sigtedes mod at udvælge medarbejdere, der repræsenterede henholdsvis hjælp til selvhjælp (og i Høje-Taastrup og Varde gerne bl.a. én, der havde haft tilknytning til projektarbejdet i de to kommuner) og service. Det vil sige, at det ene eller det andet princip skinnede igennem i deres udsagn under interviewene. Det betød fx, at vi *ikke ville* vælge fx 'serviceprincippersoner' i Fredensborg og Brønderslev, hvis dette princip ikke var kommet til udtryk under interviewene. Vi udvalgte personer, der repræsenterer det princip, der faktisk er kommet til udtryk i interviewene. Vi har altså søgt at identificere, hvilket princip der på skalaen befinder sig mellem 'medium og meget' i hver enkelt fokusgruppe. Derefter har vi valgt en repræsentant for dette princip fra gruppen.

Der blev udvalgt i alt seks medarbejdere, som repræsenterede hjælp til selvhjælp, og seks, som repræsenterede service. Der blev udvalgt medarbejdere både fra kommunal hjemmepleje og fra private leverandører. Det viste sig imidlertid i praksis ikke muligt i alle tilfælde at observere de udvalgte personer, og i stedet blev andre – som oftest af den lokale leder – udvalgt.

2.3 Metode og materiale til at analysere virkninger

En analyse af hjælpens virkninger på funktionsniveau og psykisk velbefindende blandt ældre i kommuner, som repræsenterer hjælp til selvhjælp sammenlignet med ældre i kommuner, der repræsenterer serviceprincippet, er udført med en basismåling og en opfølgende måling. Selvvurderet fysisk funktionsniveau og selvvurderet psykisk velbefindende blandt modtagere af praktisk bistand og personlig pleje blev målt første gang i de fire kommuner gennem en

spørgeskemaundersøgelse i efteråret 2009. En identisk måling blandt dem, der havde besvaret det første spørgeskema, blev gennemført i efteråret 2010, altså et år efter den første. Det er vanskeligt at sige, om en opfølgingsperiode på et år har været det mest hensigtsmæssige til at måle en eventuel virkning af hjælpen på funktionsniveau og psykisk velbefindende. Hvis der var gået flere år, ville mange nye sygdomme kunne træde til i populationen, og der ville være en relativ stor dødelighed. Endvidere kunne vilkårene i de udvalgte kommuner ændre sig betydeligt. På den anden side vil der måske ikke være opnået en virkning hos så mange, hvis der var valgt en kortere periode. Et år er således det bedste bud under de givne omstændigheder. Dette tidsperspektiv har også bidraget til at sikre sammenhæng i projektet i forhold til den kvalitative analyse af principper i den udførte hjælp.

Der er ved udformning af spørgeskema taget udgangspunkt i spørgeskemaet SF-36 (Tarlov m.fl. 1989), som er et valideret skema til at måle helbred, funktionsniveau og velbefindende. SF-36's spørgsmål om selv vurderet generelt helbred samt energi og psykisk velfindende vurderedes at være velegnet til at måle eventuelle ændringer.

Spørgsmålene om udførelse af daglige aktiviteter, som i SF-36 anvendes til at måle fysisk funktionsniveau, vurderedes imidlertid til ikke at være 'fintfølende' nok til at opfange udviklingen i funktionsniveau blandt ældre modtagere af hjælp. Der blev i stedet anvendt en række validerede spørgsmål om afhængighed af hjælp til at bevæge sig omkring og til at klare en række daglige aktiviteter (Avlund m.fl. 1995; Avlund, Kreiner & Schultz-Larsen 1996). Spørgsmålene om mobilitet har bl.a. været anvendt til at måle en effekt af at uddanne medarbejdere, som udfører forebyggende hjemmebesøg (Avlund m.fl. 2007). De anvendte mål for mobilitet og evnen til at klare daglige aktiviteter er uddybet i kapitel 4.

Spørgsmål om funktionsniveau og psykisk velbefindende blev suppleret med spørgsmål om sociale kontakter og deltagelse i sociale aktiviteter samt endvidere spørgsmål om borgerens økonomiske forhold.

Gennem kommunernes udtræk fra deres omsorgssystem har vi endvidere fået oplysninger om omfanget af bevilget hjælp, og om den enkelte i udgangsåret fik hjælp fra en privat leverandør eller den kommunale hjemmepleje. Som tidligere nævnt kan omfanget af bevilget hjælp tages som en indikator for brugernes behov for hjælp. Omfanget af bevilget hjælp kan imidlertid også være påvirket af, hvilket princip der er fremherskende i en kommune.

Spørgeskemaundersøgelsernes forløb

På baggrund af oplysninger i omsorgssystemerne leverede de fire kommuner i september 2009 udtræk med borgere på 65+ år, som modtog praktisk bistand eller personlig pleje i hjemmet. Der blev postudsendt spørgeskema i oktober 2009, og efter udsendelse af to rykkerbreve – det sidste vedlagt et nyt spørgeskema – afsluttedes dataindsamlingen i begyndelsen af december 2009.

Den opfølgende undersøgelse blev gennemført blandt ældre, som havde besvaret skemaet i 2009. Inden udsendelse af spørgeskema blev der kontrolleret for eventuelle dødsfald og flytninger i CPR-registret via Forskerservice i Sundhedsstyrelsen. Opfølgende spørgeskemaer blev udsendt i oktober 2010, og der blev fulgt samme procedure som i 2009 med udsendelse

af to rykkerbreve. Dataindsamlingen sluttede i begyndelsen af december 2010. I tabel 2.1 er givet en oversigt over undersøgelsens forløb.

Tabel 2.1 Oversigt over spørgeskemaundersøgelserne i 2009 og 2010

	I alt	Brønderslev	Fredens- borg	Høje- Taastrup	Varde
Udsendte skemaer 2009	4.004	860	943	1.041	1.160
Besvarede skemaer 2009	2.737	593	613	722	809
Svarprocent 2009	69	69	65	69	70
Døde pr. september 2010	236	50	54	62	70
Forskerbeskyttelse ¹⁾	148	26	39	44	39
Udsendte skemaer 2010	2.353	517	520	616	700
Besvarede skemaer 2010 ²⁾	1.693	360	378	455	500
Svarprocent 2010	72	70	73	73	71
Samlet svarprocent ³⁾	47	46	44	49	48

1) Der er tale om personer, som i Folkeregistret har frabedt sig, at deres navn og adresse udleveres til videnskabelige undersøgelser.

2) Heri indgår 28 cases, hvor der i besvarelsen er angivet forskelligt køn i 2009 og 2010. Disse er udeladt af analyser, hvor sammenligning af 2009 og 2010 indgår.

3) Beregnet som besvarede skemaer i 2010 i forhold udsendte skemaer i 2009 med fradrag af døde og forskerbeskyttede.

Den reelle bruttostikprøve i 2009 er lidt mindre end 4.004, da der er borgere, som er afgået ved døden efter udtræk fra kommunernes omsorgssystemer og i dataindsamlingsperioden. Vi kender ikke antallet. Det samme gør sig gældende i 2010, hvor der blandt dem, der er udsendt skemaer til, er nogle, som er døde efter kontrol i CPR-registret. Dette har betydning for opgørelse af svarprocenter, som derved reelt er lidt undervurderede.

Som det fremgår, blev der i 2009 opnået en svarprocent på 69, og blandt dem, der havde svaret i 2009, blev der i 2010 opnået en svarprocent på 72. Det betyder, at der i opfølgningsundersøgelsen i 2010 blev opnået svar fra 47% af dem, der oprindeligt blev udsendt spørgeskemaer til, når der fraregnes døde ifølge CPR-registret og personer med forskerbeskyttelse. Niveauet er stort set det samme i alle fire kommuner.

Svarpersonerne fordeler sig stort set på køn og alder som i bruttostikprøven, men det kunne forventes, at en relativ stor del af bortfaldet er koncentreret om ældre med dårligst helbred og lavt funktionsniveau. Vi har derfor gennemført en analyse af, hvordan ældre, som har svaret i 2009 og 2010, fordeler sig på det bevilgede timetal i 2009 sammenlignet med bruttostikprøven. Det er vist i tabel 2.2.

Tabel 2.2 Bruttostikprøve, og besvarelser 2009 og 2010 procentvis fordelt efter bevilget hjælp i 2009 opgjort som antal minutter pr. uge

	Bruttostikprøve	Besvarelser 2009	Besvarelser 2010
0-30 minutter	27,5	30,7	33,1
31-60 minutter	24,5	28,2	30,6
61-200 minutter	25,5	23,5	21,0
>201 minutter	22,8	17,6	15,3
I alt	100	100	100
Antal	4.004	2.501	1.664

Der er blandt besvarelserne først og fremmest en mindre andel end i bruttostikprøven med mere end 60 minutters hjælp pr. uge og en større andel med mindre end 60 minutters hjælp pr. uge. Det største bortfald blandt dem med meget hjælp (mere end 200 minutter pr. uge) er opgjort i den første runde i 2009. Det skal dog nævnes, at respondenter, der døde mellem 2009 og 2010, ikke er indberegnet i besvarelserne i 2009. Analysen bekræfter imidlertid, at en stor del af bortfaldet er forekommet blandt de svageste ældre, som således er underrepræsenteret i undersøgelsen.

De statistiske analyser har bestået i regressionsanalyser af ændringer i funktionsniveau, velbefindende og hjælpens omfang. Det er analyseret, om kommunetype (hjelpeprincip) udviser en signifikant sammenhæng med ændringerne, når der er kontrolleret for individuelle socioøkonomiske kendetegn og forskelle i hjælpens omfang.

3 Hjælp til selvhjælp og service i praksis

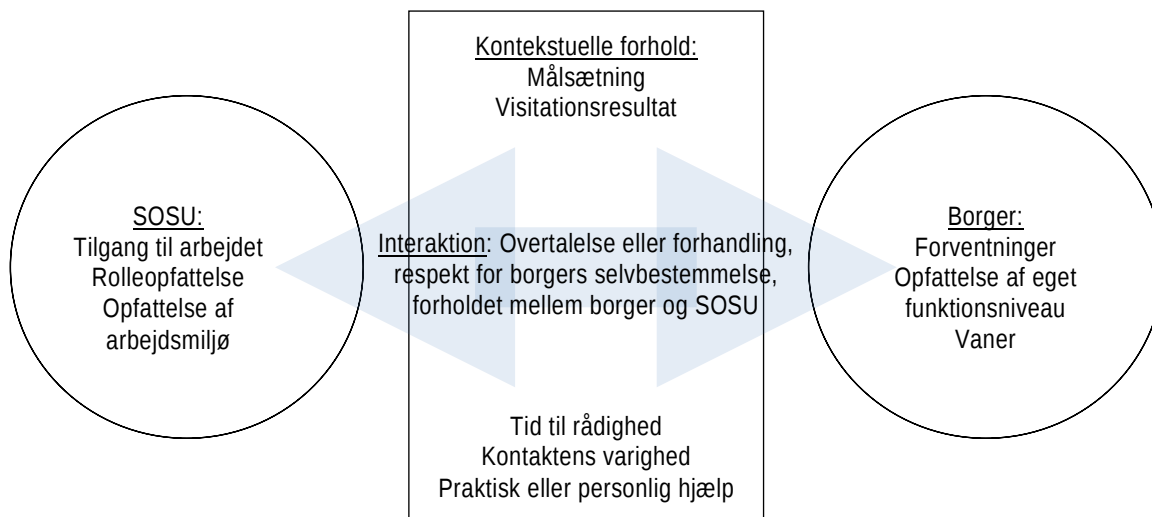
3.1 Indledning

Formålet med at analysere hjælp i praksis (jf. overordnet design i kapitel 2) er at undersøge, om der i praksis kan identificeres forskellige former for hjælp, som udspringer fra de to hjælpeprincipper, der findes i policydokumenterne på området – hjælp til selvhjælp og service – samt beskrive, hvordan de i givet fald kommer til udtryk i hjemmehjælpens praksis. I dette kapitel forsøger vi altså at svare på spørgsmålet: *Hvordan kommer principperne om hjælp til selvhjælp og service til udtryk i hjælpernes forståelse af deres opgaveudførelse (interview) og i praksis (observation)? Hvad karakteriserer de to principper?*

Vi har dermed en praksisrelateret vidensinteresse, som går ud på at beskrive, hvordan hjælpen udformes i det konkrete arbejde i dagligdagen og dermed synliggøre faglig praksis, som i høj grad er ukendt (tilsvarende som fx inden for socialt arbejde, jf. Hall & White 2005; Pithouse 1987). Det vil sige, at vores analyse handler om at belyse et område, som en af de interviewede SOSU'er beskrev på følgende måde: *[det handler om] arbejdsopgaver, der er så usynlige, at der ikke er en køreplan over, hvad man laver*. Derudover forventer vi, at analysen bidrager med at præcisere begreberne hjælp til selvhjælp og service, som anvendes hyppigt og bredt både af aktørerne inden for hjemmeplejen og i den offentlige debat til trods for, at der er meget lidt forskning om, hvad de indebærer henholdsvis for personalet og for modtageren.

Vi har søgt at opfange SOSU'ernes forståelse af deres opgaveudførelse ved, at vi har bedt de interviewede om at beskrive, hvordan de udfører deres arbejde i dagligdagen, og hvordan hjælpen bliver til hos ældre hjemmehjælpsmodtagere. Ud over fokus på SOSU'ens rolle, forståelse af og begrundelser for hjælpen har vi haft opmærksomhed på den relation, som opstår mellem SOSU og den ældre samt kontekstuelle forhold.

Vi forventer altså, at hjælpen i praksis udformes som et resultat af SOSU'ens faglige tilgang til arbejdet og af et komplekst samspil mellem SOSU og den ældre, som er påvirket af begges 'bagage'. For SOSU'ens vedkommende kan det bl.a. dreje sig om uddannelsesmæssig baggrund og personlige kvalifikationer, samt arbejdsmiljøhensyn og menneskesyn, for ældres vedkommende om helbredstilstand, men også om forventninger til hjælpen og tidligere livsførelse. Dertil kommer kontekstuelle forhold, som SOSU'erne arbejder under, såsom prioriteringer i kommunen og hos hjemmeplejeledelsen, samarbejde med visitationen og tilrettelæggelse af hjælpens udførelse. Strukturen i dette kapitel afspejler ovennævnte forståelse af hjælpens udformning, hvilket er illustreret i figuren nedenfor.



3.2 Hvordan kommer SOSU'ernes forståelse af hjælp til selvhjælp til udtryk?

SOSU'erne henviser ved interviewene hyppigt til hjælp til selvhjælpsprincippet på to måder. På den ene side beskriver de, hvordan hjælp til selvhjælp har været meget central i deres uddannelse, og på den anden side giver de udtryk for, hvordan de helt gennemgående burde arbejde efter hjælp til selvhjælpsprincippet. På denne baggrund var det interessant at få uddybet, hvordan hjælp til selvhjælp eventuelt slår igennem i praksis, når SOSU'erne arbejder hjemme hos ældre: *Hvordan arbejder man som SOSU i praksis efter dette princip, og hvorfor gør man det? Og hvad er karakteristisk for en hjælp til selvhjælpsorienteret SOSU?* Vi forsøger at svare på disse spørgsmål i de følgende tre afsnit primært på baggrund af interviewene.

Former for hjælp til selvhjælp

SOSU'ernes beskrivelser og refleksioner indeholder forskellige måder at yde hjælp til selvhjælp på. Vi har med udgangspunkt i deres udsagn i fokusgruppeinterviewene identificeret to varianter eller hovedformer for hjælp til selvhjælpsorienteret hjælp. De udelukker ikke hinanden, men der synes alligevel at herske en grundlæggende forskel.

Den ene type kan betegnes som hjælp til selvhjælp i form af *ældres deltagelse i hverdagens gøremål i hjælpesituationer*. Det handler om SOSU'ens forsøg på at inddrage den ældre i dagligdagens gøremål. De opgaver, som ældre typisk udfører eller deltager i ifølge SOSU'erne, drejer sig om 'små hverdagsbasale ting' eller 'de lette ting'. Det kan handle om mange forskellige ting både relateret til forskellige praktiske gøremål og til personlig pleje og hygiejne. Som eksempler på konkrete opgaver og gøremål, som ældre kan (opfordres til at) udføre, nævnes at hjælpe med bad og/eller påklædning, barbere sig eller frisere sig, tørre støv af, vande blomster, lægge tøj sammen, rydde op, hjælpe med opvasken, tømme postkassen, gå ud med skraldeposen. Tanken er, at den ældre på en eller anden måde er aktiv, når SOSU'en er på besøg; SOSU'erne bruger udtryk som 'samarbejde' og 'hjælpes ad', når de beskri-

ver deres forhold til den ældre. Nogle gøremål kan i SOSU'ens optik virke som 'men det er jo ingenting', men de skal ses i relation til den ældres formåen. Samtidig synes der blandt SOSU'erne at være en vis konsensus om, at 'alle kan noget', og at hjælp til selvhjælp derfor er vigtig i alle tilfælde, og uanset om den aflaster hjælperen. Hjælp til selvhjælp burde altså være muligt både i forhold til personlig pleje og praktisk bistand og uafhængig af den ældres funktionsniveau.

Ifølge SOSU'erne er ældres deltagelse i hverdagens gøremål i hjælpesituationer udtryk for 'aktiverende og igangsættende hjælp', jf. det aktiverende sigte med hjælpen, som nævnes i lovgivningen (Lov om Social Service 1998). Der er dels tale om gøremål, som den ældre foretager, og som SOSU'en typisk ikke vil udføre; dels er der tale om aktiviteter, som den ældre ikke kunne udføre alene uden SOSU'ens tilstedeværelse. Det vil sige, at ældres deltagelse typisk ikke direkte letter eller formindsker SOSU'ens arbejde. Men deltagelsen forventes at vedligeholde den ældres funktioner og give denne en vis tilfredsstillelse, selv om der sjældent opnås øget selvhjulpethed.

Følgende uddrag handler om at praktisere hjælp til selvhjælp i forhold til personlig pleje. Det konkretiserer, at muligheder for at praktisere hjælp til selvhjælp er til stede også i det tilfælde, at den ældre er meget afhængig af hjælp:

SOSU_1: Jamen det kan for eksempel være, hvis du står med personlig pleje ved en sengeliggende patient, at når du vasker vedkommende... En ting er, at du vasker ham i ansigtet, men derfor kan det jo godt være, at han selv kan tørre sig med et håndklæde. Det er ikke altid, vi tænker, vi fortsætter jo bare, men måske kan han selv tørre sig i ansigtet.

SOSU_2: Ja hvis man lige stikker dem en klud, så kan de tit og ofte vaske sig. Giver man dem et håndklæde, så kan de tørre sig selv, og giver man dem en tandbørste, så kunne de måske også selv børste tænder.

Eksemplet ovenfor illustrerer, hvordan hjælp til selvhjælp indeholder en opfordring til et samarbejde og en arbejdsdeling, således at SOSU'en lader den ældre gøre mest muligt selv, således at SOSU'en kun ordner de ting, den ældre ikke kan. Vi har ikke mulighed for at vurdere på baggrund af interviewene, hvor ofte eller i hvilket omfang de ældre reelt deltager. Ældres deltagelse i hverdagens gøremål i hjælpesituationer er ifølge SOSU'erne dog den hyppigst forekommende form for hjælp til selvhjælp. Som det fremgår af uddraget ovenfor, synes det at kræve en særlig indstilling og opmærksomhed fra SOSU'en, at hjælp til selvhjælp faktisk sker.

Et aspekt af ældres deltagelse i hverdagens gøremål er endvidere, at SOSU'ens tilstedeværelse kan betyde, at den ældre kan klare nogle ting selv, som hun ikke kan klare eller turde gøre, når hun er alene. Et eksempel, som flere SOSU'er nævner, er, at den ældre måske ikke tør gå i bad, når hun er alene, men at SOSU'ens tilstedeværelse giver en tryghed, som gør det muligt.

Den anden type hjælp til selvhjælp, som interviewene berører, kan betegnes som hjælp til selvhjælp med et (re)habiliterende sigte. Det handler om initiativer, der indeholder andet og mere end de gøremål, som den ældre uden eller med lidt besvær selv kan udføre. SOSU'erne henviser i denne sammenhæng til konkrete tilfælde, hvor det er lykkedes at støtte den ældre på en måde, så denne er blevet mere selvhjulp og dermed efterhånden i højere grad uafhængig af hjælpen. Det handler om SOSU'ernes initiativer og indsatser, som gør, at ældre genvinder fysiske eller mentale færdigheder og i højere grad kan opretholde en selvstændig livsførelse. Nogle eksempler handler om at støtte den ældre til at opnå en bedre gangfunktion, således at denne lærer at gå fra sengen til badeværelset i stedet for at have en bækkenstol stående ved siden af sengen, eller at være afhængig af at modtage hjælp til toiletbesøgene flere gange om dagen. Andre eksempler handler bl.a. om at hjælpe med at skabe en mere sammenhængende hverdag for ældre med begyndende demens eller at træne med at kunne tale igen efter apopleksi, som det følgende uddrag beskriver:

SOSU: Jeg kan da huske, at jeg havde en afasiramt, og da hun kom hjem fra hospitalet, havde hun ikke ret mange ord, hun kunne, og så fik vi det faktisk udviklet ved, at vi stod og sang. Altså mens jeg stod og udførte plejen på hende i sengen, så sang vi, og sådan fik hun lært ord igen, og så når der var et eller andet, hun var i tvivl om, så selv om jeg stadig stod og foretog pleje, så kiggede hun op på mig, og så kunne jeg godt samtidig formå at hjælpe hende til at få lært de der ord. Nu lever vedkommende desværre ikke mere, men jeg ved, jeg fik formålet, at hun næsten fik fuld tale igen.

Interviewer: Så du var faktisk med til at hjælpe hende i gang med det?

SOSU: Ja. Og vi sang rigtig mange sange, det var simpelthen så fedt. Det var totalt udfordrende. Det er dejligt at føle, at man gør en forskel.

Flere eksempler i denne kategori vedrører ældre, som har været indlagt på sygehus, og hvor der kan forventes en vis spontan forbedring, som også tænkes at være tilfældet i eksemplet ovenfor. Men der er også andre eksempler, som beskrivelsen nedenfor, som handler om en ældre mand, som grundet nedsat fysisk funktionsniveau har været afhængig af flere daglige besøg gennem flere år, men hvor det gennem en systematisk indsats har vist sig muligt at opnå en mere selvstændig hverdag:

SOSU: Jeg har et meget godt konkret eksempel. Vi har en, der er fuldstændig frisk heroppe, men han er ikke særlig frisk på sin krop. Ham har vi fået til selv at styre liften med den raske hånd, når han kører op, og når han kører ned. Nu har vi arrangeret det sådan, at han kan køre hen i sin kørestol selv og selv arrangere sin middagsmad, bare det står klar i køleskabet. Og jeg kan mærke, at han selv børster sine tænder nu. Det er sådan en træningsproces, vi har været i gang med, hvor han lige pludselig er så meget mere selvhjulp bare på to måneder, hvor man tænker 'han kunne ingenting, da jeg startede hos ham, og nu kan han lige pludselig selv hente sin middagsmad og selv køre liften op og ned'. Vi behøver kun være en person hos ham nu

til flytningerne, for han er den anden person. Det synes jeg er fantastisk, og jeg kan da også mærke på ham, at det synes han da er lidt sejt.

Interviewer: Men hvordan kom I i gang med det, at han begyndte at lave de her ting selv?

SOSU: Jamen, jeg gjorde det, fordi jeg synes, at han kunne godt noget. Og han har nogle specielle fingre, så han kan ikke spille klaver, men han kan jo alligevel nogle ting. Vi er kommet der morgen, middag og nat, og nu kommer vi der kun halvdelen af tiden, fordi han klarer resten selv. Men jeg tror bare, at det giver ham et selvværd, der bare siger spar to til det hele og en god hverdag.

Endvidere beskriver SOSU'erne, hvordan samarbejde med anden ekspertise kan være nyttigt med hensyn til at praktisere hjælp til selvhjælp med (re)habiliterende sigte. For eksempel kan en fysioterapeut eller en ergoterapeut bidrage med en viden, der kan være afgørende for at finde løsninger på, hvordan den ældre kan blive mere selvhjulpnen. Samtidig er det værd at bemærke, at inddragelse af en anden faggruppe ikke nødvendigvis erstatter SOSU'en. Denne har stadigvæk en vigtig opgave over for den ældre. Eksemplet nedenfor beskriver, hvordan inddragelse af en ergoterapeut har resulteret i, at den ældre er blevet mere selvhjulpnen:

Interviewer: Vil du fortælle lidt om den borger, du har haft i projektet? Hvad kan den pågældende selv?

SOSU: Altså, hun kan faktisk det meste selv, og jeg skal bare hjælpe hende lidt med at blive vasket forneden, fordi hun simpelthen har en arm, der er kortere, så hun kan ikke nå det hele. Men hun kan gøre det meste selv, og efterhånden som vi har fået de der hjælpemidler indstillet, så de passer til hende, så kan hun også selv tage strømper på og tage bukser på og sådan noget. Så hun kan det meste selv efterhånden, men jeg kommer nok ikke til at slippe hende helt, fordi der er nogle ting, som hun ikke helt kan, så hun skal lige have en hånd.

Interviewer: Men har hun fået de der hjælpemidler på grund af projektet, altså i forbindelse med det, at I har været mere opmærksomme på, at hun kan mere selv, hvis hun har hjælpemidler?

SOSU: Hun er tilknyttet en ergoterapeut, så det er sådan set hende, der kommer og instruerer i, hvad det er, vi skal gøre. Hun kommer og fortæller, hvordan det er, vi skal gøre det. Det lykkes bare ikke lige at gøre det, hun sagde, så har vi gjort noget andet, som vi så har fået til at fungere.

De to hovedkategorier af hjælp til selvhjælp, som vi har beskrevet ovenfor, illustrerer, at der er en stor spændvidde med hensyn til, hvad SOSU'erne beskriver som hjælp til selvhjælp. Ud over de to former skal der nævnes *en særlig variant*, som går ud på, at SOSU'en hjælper den ældre med noget, som den ældre strengt taget selv kan, men som er besværligt for ham/hen-

de. Det kan diskuteres, om det er en selvstændig kategori, men der er tale om en form for hjælp, som SOSU'erne i flere af de interviewede grupper beskriver. Rationalet her er, at den ældres deltagelse vil være for energikrævende og have den konsekvens, at den ældre ikke ville have kræfter til noget andet, der ville give ham/hende livskvalitet. Hensigten med hjælpen er at sikre, at den ældre har overskud og ressourcer til at foretage sig noget andet, som har en positiv betydning for ham/hende, fx at deltage i sociale aktiviteter:

SOSU: Men det kan også godt være et eller andet med, jamen hvis vi støvsuger for jer, så kan det jo være, at hun har kvalitet til ... eller hvad skal man sige.. hun kunne jo have astma ... og så kunne det være, at hun havde energi til at gøre nogle andre ting, der var vigtige for hende. Sådan synes jeg også, at vi tænker rigtig meget herude. At de skal have noget livskvalitet. At de så måske kan gå til gymnastik eller gå ud i haven og plukke en buket blomster eller ...

Interviewer: Er det noget, jeres leder er opmærksom på, eller er det noget, som I taler meget om som princip?

SOSU: Ja. Det synes jeg da er et princip, vi har arbejdet efter, at de skal have noget livskvalitet. Det er jo heller ikke altid, at vi andre har energi til alting, vel, og der er jo mange af dem, der ikke har ret meget energi, så må man jo ligesom fordele det lidt.

De ovenfor beskrevne former for hjælp, som SOSU'erne udtalte sig om i interviewene, kan genfindes i praksis. Ifølge vores observationer i de fire kommuner, som deltog i undersøgelsen, er den førstnævnte form – ældres deltagelse i hverdagens gøremål – den hyppigst forekommende i praksis.

Begrundelser for hjælp til selvhjælp

SOSU'erne giver flere typer begrundelser for, hvorfor man bør praktisere hjælp til selvhjælp, eller hvorfor de forsøger at gøre det i praksis i eget arbejde. Det væsentligste argument er, at det sker *for den ældres skyld og bedste*: at det i flere henseender er godt for den ældre at deltage og blive inddraget i samarbejde med SOSU-personalet. Dette argument synes at være lige 'efter bogen', idet det harmonerer med de officielle formuleringer for hjælp til selvhjælp, jf. Socialministeriets vejledning (2006) om praktisk og personlig hjælp (afsnit 1.1). *Andre fordele* drejer sig om, at det også er nyttigt for SOSU'erne selv i og med, at det gør arbejdet mere motiverende og givende end blot at udføre opgaverne for en, der er en passiv modtager. Endvidere nævnes det, at det er et formål i sig selv og en gevinst, hvis man undgår at yde hjælp, der ikke er nødvendig, bl.a. økonomiske hensyn.

At den ældre får gavn af at blive inddraget ved at deltage, præsenteres af SOSU'erne som en slags selvfølgelighed med flere fordele. Det, at den ældre deltager i gøremål sammen med hjælperen, har desuden en social komponent: det giver mulighed for socialt samvær og hygge:

SOSU: Jamen, man prøver at spørge om det, men nu ved jeg ikke, hvordan jeg kan formulere det anderledes, end at jeg kan sige, at det er da så hyggeligt, og vi kan da stå og snakke sammen, mens vi står her og hjælper hinanden altså med et eller andet. Det ville jeg i hvert fald prøve.

Flere SOSU'er nævner, hvordan de oplever, at ældre modtagere af hjemmehjælp ofte savner sociale kontakter, og dermed er den sociale side af besøgene vigtig for dem. Ved at deltage i forskellige dagligdags aktiviteter og gøremål vedligeholder de ældre deres funktioner, og samtidig styrker deltagelsen den ældres selvværd og giver tilfredshed, når man oplever, at man selv kan. Når den ældre deltager, *så er hun stadig med i sin egen hverdag, og hun er stadigvæk med i at tage vare på sig selv*, beskriver en af de interviewede SOSU'er. Dermed er hjælp til selvhjælp ifølge SOSU'erne vigtig med hensyn til at støtte den ældres personlige integritet og livskvalitet.

Flere SOSU'er giver udtryk for, at hjælp til selvhjælp i bedste fald styrker relationen mellem SOSU'en og den ældre, og at det er mere tilfredsstillende at arbejde i hjem, hvor den ældre 'hjælper til' og 'samarbejder' – altså en slags win-win-situation. Inddragelsen kan imidlertid være en langvarig proces, som SOSU'en skal arbejde målrettet for at opnå. Endvidere nævnes det gentagne gange i interviewene, at hjælp til selvhjælp betyder særlig opmærksomhed rettet mod, hvad den ældre har behov for. For SOSU'en betyder det mulighed for at bruge sin faglige viden. SOSU'en kan på baggrund af sin uddannelse og erfaring muligvis se ressourcer, som den ældre ikke selv er klar over.

SOSU_1: Jeg var lige oppe hos en dame, hvor jeg kunne se nogle ressourcer, som hun ikke lige selv kunne få øje på. Som altså var der, og som hun ikke var indstillet på at bruge, og der kan vi godt havne nogle gange.

Interviewer: *Og det er så de her situationer, man skal have tid til? Til at overtale dem og igangsætte sådan et langsomt optræningsforløb til, at de kan klare det selv, når de skal i bad, eller de kan hjælpe med opvasken eller...?*

SOSU_2: Det kan jo godt være nu, at [kollegas navn] er stødt sammen med hende på den måde, at hun ligesom nægter at bruge de ressourcer. Så kan det måske være, at jeg kommer i morgen og ser det samme og får at vide, at hende der var her i går, hun ville i hvert fald have, at jeg selv skulle tørre opvasken af. 'Nå, nå' siger jeg så bare. Så kommer jeg dagen efter, og mens jeg står og vasker op, så kan jeg måske lige sige 'hov for pokker, hold lige viskestykket en gang' ikke? Og pludselig, uden hun ved det, så er hun i gang med at tørre opvasken, eller jeg kan sige til hende, 'åh, jeg har altså sådan en rift på fingeren, kan du ikke ... hvis du vasker, så tørrer jeg'. Og så har jeg sådan skjult fået ind, at hun egentlig godt kan det, som [kollegas navn] har haft en diskussion med hende om.

Som nævnt ovenfor kan hjælp til selvhjælp gennem ældres deltagelse og medvirken til en vis grad også have som konsekvens, at SOSU'ens opgave bliver lettere eller 'sjovere'. Enkelte SO-

SU'er nævner også en slags *egennytteprincip* ved, at de opfordrer den ældre til at bidrage med gøremål: *Det er i hvert fald min kæphest, at så vidt muligt, får de selv lov at støve af. Det gør de, hvis jeg kan vurdere, at de kan. Det er også, fordi jeg selv hader det arbejde, men det er et godt incitament til at sætte dem i gang med noget.* Dette sker også af *arbejds-miljøhensyn*, altså ud fra tanken om at skåne sig selv. En af SOSU'erne begrundes sin indstilling til at praktisere hjælp til selvhjælp på følgende måde: *Hvis jeg skulle være helt ærlig, så handler det om, at jeg ikke gider ødelægge mig selv i jobbet. Hvorfor skulle jeg rode rundt på gulvet, hvis borgerne selv kan tage strømper på?*

Endelig nævner SOSU'erne også, at *økonomiske hensyn* har udgjort begrundelser for at styrke ældres deltagelse. Det nævnes i de kommuner, der har igangsat særlige hjælp til selvhjælpsinspirerede tiltag som projekterne Fokusskifte i Høje-Taastrup og Hverdagsrehabilitering i Varde (jf. afsnit 2.1 og bilag 1).

Den hjælp til selvhjælpsorienterede SOSU

Som beskrevet i kapitel 1 handler ideen med hjælp til selvhjælp grundlæggende om, at SOSU'en bør inddrage den ældre så meget som muligt. Denne udfordring opfattes forskelligt af SOSU'erne, og den omsættes forskelligt til konkret praksis af de SOSU'er, der giver udtryk for, at de arbejder efter en hjælp til selvhjælpstankegang. Nedenfor beskriver vi på baggrund af interviewene to *idealtypiske former* for en hjælp til selvhjælpsorienteret SOSU. Hensigten med beskrivelsen er at trække de forskelle frem, som gør sig gældende i materialet vel vidende, at der ofte kan være tale om flere samtidige hensyn. De to idealtypiske måder at arbejde hjælp til selvhjælpsorienteret på synes at være relateret til følgende forskel mellem SOSU'erne: nogle SOSU'er beskriver inddragelse som en *forpligtelse* (krav) for den ældre, mens andre i højere grad beskriver den som en *invitation* (mulighed).

Den førstnævnte type SOSU'er giver udtryk for, at de forsøger at holde fast ved, at de kun gør det, den ældre ikke selv kan. Og at de samtidig opfordrer den ældre selv til at udføre alt det, han eller hun kan, med det formål at den ældre mest muligt bevarer sine færdigheder. Det handler om at begrænse hjælpen til det nødvendige og forudsætter, at man til enhver tid kan vurdere så præcist som muligt, hvad den ældre selv kan. Det er SOSU'ens faglige ekspertise – vurdering og fastholdenhed – der er i forgrunden. I en kommune bruger SOSU'erne i denne kategori udtrykket, at deres fornemmeste opgave er at lære at 'holde hænderne i lommen' i den forstand, at de ikke bør overtage opgaver, som den ældre selv kan. Den følgende ordveksling mellem tre SOSU'er giver indtryk af en hjælp til selvhjælpsorienteret SOSU, hvor hjælpen er betinget af, at den ældre gør sit:

Interviewer: Hvordan kan man prøve sig frem?

SOSU_1: Hvis jeg skal tænke personlig pleje, så sådan noget som 'kan du selv gøre det' eller 'prøv at gøre det' og 'hvis du gør det, du selv kan, så skal jeg hjælpe dig med resten'. Altså på den måde, så finder man ud af, hvad de egentlig selv kan gøre.

SOSU_2: Men også rent personligt i forhold til påklædning, at bevare de funktioner, de har med, at de selv tager det tøj på, som de kan tage på, så de kun får hjælp til det,

de ikke kan. Og i forhold til personlig pleje på badeværelset at de stadigvæk bevarer de færdigheder, de har. At vi kun tager over der, hvor det er nødvendigt. Men det kan også nogle gange være svært, hvis man ikke er vant til at komme der. Altså hvordan er det lige, man plejer at gøre.

SOSU_3: Jamen, hvad kan det være? Det er nok det personlige med for eksempel at barbære sig, vaske sig, eller at man sådan siger til dem, at nu skal du alt det, som du kan for ikke at gå helt i stå, og så synes jeg også, at de fleste godt kan forstå det, men det kan godt være, at man skal sige det mange gange, inden de gør det.

Uddraget giver udtryk for en holdning, at hjælpen er betinget og forudsætter således en modydelse. Det indeholder også en normativ holdning til, at hjælp til selvhjælp er til den ældres eget bedste, og at det er SOSU'en, som i sidste ende på basis af sin faglige ekspertise har beføjelse til at tage stilling til, hvad der er godt for modtageren.

Den sidstnævnte type hjælp til selvhjælpsorienterede SOSU'er synes at lægge mere vægt på en pædagogisk tilgang fx ved at påvirke den ældres motivation til selv at gøre mest muligt. Det drejer sig om positive incitamenter: at den ældre opnår noget positivt (har en gevinst) ved at bestræbe sig på at gøre tingene. En pædagogisk indstilling hos SOSU'en forudsætter, at SOSU'en forstår at inddrage den ældre. Det stiller krav til SOSU'en som fagperson og sker ikke pr. automatik. Inddragelsen kan være en langvarig proces, som SOSU'en skal arbejde målrettet med – men også i høj grad tilfredsstillende for begge parter, når resultaterne viser sig. For eksempel beskriver SOSU'erne, hvordan hjælp til toiletbesøgene hos en ældre dame blev trappet ned over en længere periode i og med, at hun selv kunne klare mere. Forudsætningen herfor var, at hjælpen ikke blev taget fra hende fra den ene dag til den anden, og at hun var med i hele processen. Efterhånden var det hende selv, der aflyste besøgene, idet hun blev mere tryk. Gennem eksemplerne giver SOSU'erne således udtryk for, at måden, hvorpå den ældre hjælpes med at blive mere uafhængig, er vigtig. Det er væsentligt at give tid, skabe plads og ro og vise tillid, således at den ældre får ejerskab. Ellers kan det vise sig svært at motivere den ældre til at overtage flere ting, idet det indebærer risiko for, at denne føler sig utryk. SOSU'erne henviser også til en gensidig afhængighed i hjælperelationer, således at en pædagogisk indsats ikke 'virker', hvis den ældre ikke har forståelse for at blive involveret. Hjælpen gives i sidste ende på modtagernes præmisser. Når den ældre bliver bevilget hjælp, placerer det hende i en modtagerposition, og det kan være vanskeligt at forstå, at der forudsættes en aktiv indsats. Dette kan især være vanskeligt, idet SOSU'erne kan være tilbøjelige til at tilskrive den ældre en afhængighedsrolle i kontrast til deres egen position som ekspert.

Vi har i dette afsnit (3.2) beskrevet – primært på baggrund af fokusgruppeinterviewene med SOSU'er – hvilke former for hjælp til selvhjælp der findes, og hvilke begrundelser SOSU'erne giver for at yde hjælp efter princippet om hjælp til selvhjælp. Derudover har vi forsøgt at trække forskelle mellem SOSU'er frem, der giver udtryk for, at de arbejder hjælp til selvhjælpsorienteret. Beskrivelsen illustrerer, at hjælp til selvhjælp *ikke er en entydig kategori*, og at SOSU'erne ud over faglige begrundelser også har andre bevæggrunde til at være opmærksomme på hjælp til selvhjælpsprincippet. Endvidere synes der at være forskelle mel-

lem SOSU'erne med hensyn til, hvordan de opfatter udfordringen til at inddrage den ældre, hvilket er en grundlæggende forudsætning for at yde hjælp til selvhjælp.

3.3 Hvordan kommer SOSU'ernes forståelse af service til udtryk?

Service er en atypisk betegnelse i SOSU'ernes sprogbrug, når de beskriver deres arbejde ved interviewene, og hvordan hjælpen udformes og bliver til. Derfor har vi ved afgrænsningen af serviceorienteret hjælp ved interviewene taget udgangspunkt i de karakteristika, som indgår i vores forforståelse af service (jf. definition i afsnit 1.1). Vi følger i dette afsnit samme struktur som i afsnit 3.2 og stiller tilsvarende tre spørgsmål: *Hvordan arbejder man i praksis efter et serviceorienteret princip, og hvorfor gør man det? Og hvad er karakteristisk for en serviceorienteret SOSU?*

Former for serviceorienteret hjælp

Begrebet service anvendes i interviewene dels i generel betydning (hjemmehjælp som en serviceopgave) uden nærmere definition, dels mere specifikt: som mulighed for at bytte ydelser, som fleksibilitet i form af ekstra tjenester ud over det aftalte og som imødekommenhed i forhold til den ældres ønsker. Endvidere er det karakteristisk for serviceorienteret hjælp, at SOSU'en udfører opgaver *for* den ældre modtager af hjælp, og at denne ikke deltager i udførelsen.

Fleksibilitet med hensyn til at *bytte ydelser*, hvilket de ældre har mulighed for på grund af indførelse af 'fleksibel hjemmehjælp' i forbindelse med fritvalgsordningen i 2003 (Socialministeriet 2002), nævnes i flere interview som mulighed. Samtidig fremhæver kommunalt ansatte SOSU'er, at der er regler for, hvor ofte det er muligt at bytte ydelser, og at mulighederne er relativt begrænsede:

SOSU: Men det er noget med ... der er en eller anden regel, der hedder, at hvis de flere gange i træk siger, at du ikke skal støvsuge i dag, men hvis du vil pudse mine vinduer, og næste gang skal man pudse sølvtøj, at så kan man begynde at overveje, om de overhovedet har brug for at få støvsuget. Om de så gør det selv eller ... At man ikke bare i måneder og år kan få folk til alle mulige andre ting. Løbe ned og handle, og hvad man ellers skal.

Samtidig er det værd at bemærke, at der synes at være et vist handlerum, og at SOSU'en kan være i en situation, hvor hun er nødt til at forholde sig til, om den ældre må bytte til ydelser, som hun ikke er visiteret til, som 'pudse sølvtøj' eller 'løbe ned og handle' i eksemplet ovenfor. Alt i alt er det indtrykket på baggrund af interviewene, at ønsket om at bytte ydelser til noget helt andet ikke forekommer i udbredt grad; dette indtryk bliver også bekræftet i forbindelse med observationer af konkrete hjælpesituationer.

Blandt de tre *private leverandører* der indgår i undersøgelsen viser der sig betydelig variation med hensyn til, hvordan ældres muligheder for at bytte ydelser fortolkes. Uddraget nedenfor beskriver en slags 'midterposition' blandt de private leverandører, som er med i vo-

res undersøgelse. Der nævnes regler, men med bemærkning om, at man ikke har en fast praksis, og at man ikke helt har styr på reglerne. Samtidig afspejler beskrivelsen høj grad af fleksibilitet både hvad angår SOSU'ens opgaver ('pille gardinerne ned'), og hvad man kan frabede (rengøring og gulvvask):

Interviewer: I nogle kommuner er man måske mere strikse med at holde sig til planen?

SOSU_1: Nå, men her må man godt vælge en anden ydelse, men så får man så bare ikke vasket gulv den uge for eksempel, hvis man så vælger, at man skal pille gardinerne ned eller et eller andet. Men det må de jo godt.

SOSU_2: Ja, ja.

SOSU_1: Men så det skal bare ... så må man vælge noget af det andet fra. Det skal stadigvæk være inden for tidsrammen.

Interviewer: Man kan bytte ydelser?

SOSU_1: Jeg tror også, var der ikke noget med, at man også godt må bytte til, at man går ned og køber et eller andet, et stykke tøj? Men man må kun gøre det et vist antal gange i løbet af en tidsperiode. Jeg er ikke helt inde i de der regler, men der er noget med, at hvis fru Jensen vil ned og have en kjole, så må man godt gå med ned og købe den kjole i rengøringstiden. Hvis det er det, hun vælger.

En af kommunerne (Fredensborg, jf. bilag 1) praktiserer en særlig form for fleksibilitet over for de ældre modtagere af hjemmehjælp, som er visiteret minimum til otte timers ugentlig hjælp. De ældre, der hører til denne kategori, bevilges en såkaldt *omsorgstime* hver 14. dag, hvor den ældre kan vælge, hvordan hun bruger den. SOSU'erne beskriver, at omsorgstimen har et meget varierende indhold, alt efter hvad de ældre prioriterer. Den kan handle om at gå en tur, få bagt en kage, få gjort rent, gå på indkøb, sidde og drikke kaffe, sidde og snakke, sy en knap i, spille kort osv. SOSU'erne beskriver, hvordan man i omsorgstimen måske kan 'indhente' noget, der ikke nås i det daglige – at der er 'mange hjem, hvor mange ting sander til', således at nogle ting ikke bliver gjort, især hvis den ældre ikke har pårørende. De ældre husker meget nøje omsorgstimen. Samtidig udgør den en slags oase for SOSU'erne med mulighed for at gøre noget andet: *Men det er da også rart for os. Det er da også sådan lidt afslappende. Hyggeligt på en anden måde.*

Imødekommenhed i forhold til den ældres ønsker kommer til udtryk bl.a. ved, at man 'bøjer sig' for den ældres forventninger for eksempel i og med, at man prøver at indrette sig efter den ældres krav. En kvindelig SOSU's beskrivelse af sin håndtering af de krav, en ældre modtager af hjemmehjælp stiller til rengøringen, vidner om, at man kan komme til at arbejde ud over det sædvanlige og servicere mere, end der er visiteret til. Arbejdet foregår inden for rammerne af en rengøringspakke, men måden at udføre opgaven på (grundigheden) udviser stor imødekommenhed i forhold til den ældres ønsker:

Interviewer: Men følger du så de ønsker? Eller siger du som fagperson, at du har nogle grænser?

SOSU: Jeg sagde til hende, at jeg gerne vil have lov at starte med at lægge rent på sengene, fordi det støver. Så stod hun og kiggede lidt, og så sagde hun 'jeg behøver ikke stå og kigge dig over nakken'. Det var første gang, og så har der ikke været noget siden. Men hun har også ringet herved [kontoret] og sagt, at hun er meget tilfreds, og at det er første gang i fem år, at hun har været så tilfreds. Og manden har sagt, at det var en ekstra julegave, han fik. Nu har han en kone, der ikke er sur og brokker sig mere, nu har hun endelig fået en, der kommer og gør rent. Men jeg kan også sige dig, at det er fra jeg kommer ind ad døren og i halvanden time, og nu ved jeg, at jeg har været lidt ...

Imødekommenhed kan også betyde, at man tilsidesætter sine faglige og arbejdsmiljømæssige hensyn for at tilfredsstille de ældres ønsker og behov. Følgende uddrag berører dilemmaet med at være udsat for modtagerens forventninger i arbejdet som SOSU og tilbøjelighed til at udvise medmenneskelighed ved at give service. Nogle SOSU'er henviser til et bestemt 'kvindagen', der handler om at skulle gøre arbejdet så godt som muligt for så mange som muligt.

SOSU_1: Men vi har også selv somme tider forvænt dem.

(Alle siger: Ja.)

SOSU_2: Vi halsbrækker af sted, fordi vi skal være der fem minutter i.

SOSU_3: Jeg vil da sige, at jeg har da et par steder, jeg gerne vil komme bare sådan til den nogenlunde samme tid, fordi det har jeg vænnet dem til.

(Andre griner.)

SOSU_3: Vi vil jo gerne yde den bedste service, vi er jo mennesker.

SOSU_2: Jo, jo, men det er bare ikke noget, man selv skal stresse over, for det tager jo den tid, det tager det hele.

SOSU_4: Det gør det.

SOSU_2: Det går ud over dig selv i den sidste ende.

Et konkret eksempel på en sådan imødekommenhed er, at SOSU'erne prøver at finde et andet tidspunkt, hvis den ældre ikke ønsker at gå i bad på det tidspunkt, der er aftalt. I en af de interviewede grupper udviser SOSU'erne denne type fleksibilitet. Det er ikke altid muligt, men de forsøger at tage hensyn til de ældres ønsker på trods af, at det betyder ændringer i faste arbejdsplaner og omlægning af egen arbejdsdag.

Endelig er der en case (en privat leverandør, som alene udfører praktisk bistand) med ekstrem grad af fleksibilitet, hvor SOSU'en i høj grad følger modtagerens ønsker. De ældre omtales i dette tilfælde som kunder, og der nævnes ingen begrænsning for, hvor ofte de kan

bytte ydelser. Flexibilitet og imødekommenhed udvises endvidere ved, at der lægges vægt på, at 'kemien' mellem SOSU'en og den ældre er optimal. Der foretages således en slags matchning hver gang, leverandøren får en ny, ældre kunde. Endelig laves der en slags tilfredshedsmålinger ved, at ledelsen henvender sig årligt til brugerne for at høre deres mening om servicen.

Man kan sige, at i de tilfælde, hvor SOSU'en udfører opgaver, som den ældre selv kunne udføre, er der tale om service i form af *ekstra tjenester*. Det kan for eksempel handle om at lave kaffe, vaske op, støve af, tage skraldeposen ud osv., eller at SOSU'en ikke inddrager den ældre ved bad eller påklædning. Der synes således at være en stor spredning med hensyn til, hvilke opgaver SOSU'erne tager sig af. Uddraget nedenfor stammer fra en privatansat SOSU, som er meget fleksibel (en slags ekstrem case) med hensyn til, hvad hun kan 'finde på' at lave hos sine kunder. Samtidig understreger hun, at det er hendes eget valg og 'privat praksis', således at kollegerne ikke nødvendigvis gør de samme ting. Endvidere holder hun fast ved, at ekstra tjenester går fra den tid, den ældre er visiteret til:

Interviewer: Du nævnte, at du har praktiske opgaver, men at der lige pludselig også kan være nogle andre ting end dem, du allerede laver?

SOSU: Så kan jeg også dryppe øjne. Det gør jeg også nogle gange. Hvis deres øjne er tørre eller det ikke lige passer med, at hjemmeplejen kommer, så kan de godt spørge mig, om jeg har noget imod at dryppe deres øjne, altså. Det har jeg ikke, men der er nok nogen, der siger nej, at det har de ikke lyst til.

Interviewer: Altså dine kolleger?

SOSU: Ja, men det er jo heller ikke noget, vi skal, det er jo mit valg at sige, 'nå men det vil jeg gerne', hvis jeg føler, at det er noget, jeg kan. Vi har da også nogen, der har sukkersyge, hvor jeg kommer ud, hvor hun har bedt mig om at skifte nålene i apparatet. Så gør man det, ikke? Selvom det egentlig ikke er inden for mit område, men ja...

Interviewer: Er der nogle andre ting, som de kan finde på at bede dig om?

SOSU: Ja, nogle gange er man også håndværker. Så siger de, 'kan du ikke lige skrue denne her skrue i, for tingene sidder løst', og så er der noget nede i afløbet, der sidder dernede, og så siger jeg, 'det kan jeg godt, men det tager tid, det tager noget af din tid, det går jo ind i din tid'. Nogle gange så siger jeg, 'har du ikke noget familie, der kan hjælpe dig, fordi tiden går jo altså'.

Interviewer: Men det er alligevel sådan, at du godt kan finde på at gøre det?

SOSU: Ja, jeg kan godt finde på at gøre det, men det er jo ikke alle. Det er jo frit ved sådan nogle ting, hvor de ikke er visiteret til det. Det er jo mit eget valg, om jeg vil det eller ej.

Alt i alt tyder det på, at det ikke er ualmindeligt at udvise fleksibilitet/tilpasning til ældres ønsker og behov i dagligdagens hjælpesituationer, og at det kan ske på initiativ af den ældre, af SOSU eller i samarbejde:

Interviewer: Nu sagde du før, at det kan variere, hvad det er for et behov, borgeren har lige præcis den dag? Kigger I så på sedlen og ser, hvad der står på den, eller kan I finde på at gøre andet end det, der står på den?

SOSU_1: Jeg kan finde på at gøre andet, end der står (griner).

SOSU_2: Ja.

SOSU_1: Det tror jeg alle sammen vi ...

SOSU_2: Vi kigger ikke så meget på ...

SOSU_1: Sedler.

SOSU_2: Næh.

Denne slags imødekommenhed kan generelt forventes at forekomme i denne type arbejde, hvor opgaverne ikke er standardagtige fra gang til gang, bl.a. fordi modtagerens tilstand kan variere.

Endvidere nævner SOSU'erne, at der er sket en ændring i den bevilgede hjælp i forhold til tidligere, således at der er opgaver – fx vaske op, støve af, tage skraldeposen ud – der typisk ikke længere hører til deres opgaver. Set i dette perspektiv har SOSU'erne tidligere udført 'ekstra' eller 'lidt overflødig hjælp', som det kan være svært at lade være, idet det går mod den ældres forventninger:

SOSU: Nu kan man sige, at det kun er det, der står på papiret, du skal have lavet, og det andet, det kan jeg altså ikke gøre mere, desværre. Det er jeg ked af, men det må jeg ikke, for kommunen siger sådan. Og så kan de godt blive lidt utilfredse og sige, jamen altså, at de føler, at man sjusker, men det gør vi jo ikke. Men det vi jo så bare gjorde før, det har så bare været lidt overflødig hjælp. Fordi man kommer fast i hjemmene, man får et forhold til det hjem og ens borgere.

Et yderligere aspekt ved ekstra tjenester er forskellen mellem kommunal og privat leverandør. De ældre kan købe ekstra ydelser hos de private leverandører bl.a. til de opgaver, der ikke længere indgår i hjælpepakkerne. Den ældre får i dette tilfælde denne ekstra ydelse typisk hos den samme SOSU. Hos de ældre, hvor SOSU'en dels kommer som kommunal, dels som selvbetalt, prøver man ifølge de privatansatte SOSU'er at arbejde efter det samme princip i begge tilfælde. Det kan dog forventes, at man som privat ansat SOSU er tilbøjelig til at være mere serviceorienteret, end man er som kommunalt ansat SOSU. SOSU'erne hos de private leverandører har en anden referenceramme og kundeunderlag for deres arbejde bl.a. på grund af, at de delvis udfører ydelser mod betaling. Nogle privatansatte SOSU'er mener såle-

des, at man er langt mere serviceorienteret hos de kunder, som ikke er visiteret til hjemmehjælp.

De ovenfor beskrevne former for hjælp kan genfindes i praksis, dog fremkommer ønsket om at bytte ydelser til noget andet meget sjældent ifølge vores observationer i de fire kommuner, som deltog i undersøgelsen. Imødekommenhed i forhold til den ældres ønsker er den hyppigste form for service i observationer af besøgene.

Begrundelser for service

Begrundelser for, at man udfører service, handler på den ene side om de *ældres forventninger*: at de ældre opfatter det at modtage hjælp som en rettighed. På den anden side er begrundelserne relateret til *SOSU'ernes arbejdssituation*, herunder især tid: at det er hurtigere selv at udføre opgaverne, og nogle gange også mere effektivt. Endelig nævnes *hensynet til den ældre*: at man yder mere hos en ældre modtager af hjemmehjælp, som ikke har familie eller sociale kontakter – eller hos en, man har fået en tættere relation til.

Rettighedslogik fra den ældres side går på, at den ældre henviser til aftalte, visiterede ydelser og placerer ansvaret for udførelsen af opgaver alene hos SOSU. I tilfælde af, at de ældre opfatter, at det er deres gode ret at modtage hjælp uden modydelse, bliver hjælpen til tjenester og relationen servicepræget. SOSU'erne beskriver denne situation på følgende måde:

Og nogle steder sidder borgeren inde på sin stol og ser fjernsyn, mens vi står og smører mad, og så er det for at hjælpe ham. Og andre steder er de med ude at vælge, hvilket pålæg de gerne vil have, og vi står og smører. Ja, og reder seng og får en lille røffel, hvis man ikke gør det ordentligt ... hvis man glemmer at rette lagenet eller noget.

De ældre, der ønsker at placere SOSU'en i en udførerposition uden at bidrage selv, henviser typisk til, at de har ydet så meget som skatteborgere, at de nu har deres gode ret til at få en modydelse. SOSU'en kan prøve at få den ældre til at deltage, men hvis det ikke lykkes, bliver resultatet en servicebetonet hjælp:

Jeg har da også været hos en ældre dame, hvor jeg vurderede, at hun sagtens selv kunne vaske sig i hovedet. Så siger hun: 'Jamen, du skal da også lave noget. Når du er her, så skal du da lave noget. Du skal da ikke bare stå og kigge'. Og så siger jeg: 'Jamen min fornemmeste opgave er sådan set, at du kan varetage så meget som muligt selv for at bevare din funktionsevne'. Men det mente hun bestemt ikke. Når jeg var der, så havde hun krav på den hjælp, og så skulle jeg gøre det. Så man oplever mange forskellige måder. Giver man nogle en lillefinger, så tager de hele armen. Hvor man så lige skal bremse op og sige stop.

Blandt SOSU'ernes egne forklaringer på, hvorfor de arbejder servicebetonet – eller gør ting for den ældre – nævnes især *tid*. SOSU'erne beskriver, hvordan de indhenter tid ved selv at udføre opgaven; det vil kræve mere tid at inddrage den ældre:

SOSU_1: Også opvasken er måske et af de steder, hvor man lige indhenter lidt tid, ikke? (Griner) Gør det lidt hurtigt ...

SOSU_2: Også bare hvis man kommer på et middagsbesøg, så serverer man måske varm mad, og lige imens kan du stå og vaske op fra om morgenen.

SOSU_1: Det ser jeg jo et af de steder, jeg er.

SOSU_2: Ja, præcis.

Der er flere SOSU'er, der således oplever at være presset til at yde service/tjenester, selv om de hellere vil arbejde mere hjælp til selvhjælpsorienteret. Hjælpen bliver til service, hvis den ældre holder fast ved sin principielle holdning, men der kan også være andre forhold af betydning. I forbindelse med sammenligningen af vores to billeder af hjælpesituationer (jf. afsnit 2.2) peger en af SOSU'erne dels på manglende tid, dels på den ældres vaner som årsag: *Jeg synes mere, at jeg er service. Ja, desværre. Jeg vil da nyde, at jeg kunne få nogle af vores borgere med til det sidste [billedet af hjælpesituationen, hvor den ældre deltager]. Det ville være rigtig rart. Det ville jeg faktisk hellere have. Men jeg synes meget tit, at både med tid og borgernes vaner så bliver det det første [billedet, hvor den ældre er passiv]. Desværre.* En ung SOSU henviser til den store aldersforskel mellem hende selv og de ældre som grunden til, at hun yder service: *Jeg har det ligesom [kollegas navn], at det drejer sig meget om service. Jeg forkæler dem, tror jeg, et eller andet sted. Det er forkert, og det ved vi også godt, men det kommer også an på, hvem man kommer ud til, fordi hvis jeg kommer ud til sådan en ældre dame, som sidder der, så har jeg det sådan, at så fortjener hun også at blive forkælet.*

Derudover nævner enkelte SOSU'er, at det ikke ville være muligt at udføre opgaven, hvis den ældre deltager, selv om dette ville være ønskeligt. Det ville betyde, at man som SOSU ikke vil kunne leve op til at levere den ydelse, den ældre er visiteret til. Det næste uddrag handler om, hvordan en af de interviewede SOSU'er reagerer på vores udsagn om, at 'den ældre altid kan forvente, at SOSU'en inddrager dig':

SOSU: Nej, det er der ikke tid til.

Interviewer: *Det er der ikke?*

SOSU: Nej, det er da altså ikke.

Interviewer: *Det er simpelthen umuligt?*

SOSU: Det er umuligt, så kan du ikke nå det, selvom det ville da være ideelt jo, ja.. men det passer i hvert fald ikke.

Interviewer: *Det gør man ikke?*

SOSU: Nej, det gør man ikke.

Interviewer: Men du siger, at det ville være ideelt.

SOSU: Ja, altså inddrager, selvfølgelig ... så de ved jo godt, hvad det er, man laver, men at inddrage dem fysisk, det kan man ikke.

Interviewer: Hvordan fortolker du det der at inddrage – hvad vil det betyde, hvis man gjorde det?

SOSU: Jamen hold da op. Jeg har jo nogle, der går i vejen, der bruger rollator, altså, og så skal de ind foran en, og hvis du skal gå med en støvsuger der, jamen du bliver aldrig færdig, hvis de skulle hjælpe til, altså. Aldrig nogensinde. Nej, det kan ikke lade sig gøre, altså.

Et andet aspekt, som SOSU'erne giver som begrundelse for serviceorienteret hjælp, er *hensynet til den ældre*, en slags medmenneskelighed. Man yder eventuelt mere hos en ældre, som ikke har familie eller sociale kontakter – eller i tilfælde, hvor man får en tættere relation til den ældre. Disse forhold kan føre til, at man udfører noget, man ikke gør for andre ældre modtagere af hjemmehjælp:

SOSU_1: Jo, hun har to [børn]. Og det er først nu, at hun har fortalt mig, hvorfor hun ikke har kontakt med dem...

SOSU_2: Men det er klart, man skønner også, om folk har noget bagland og sådan noget. Man forsøger jo at yde lidt ekstra hos nogen, som slet ikke har noget bagland og støtte op og sådan noget. Fordi folk, der selv har stor kontaktflade, jamen det er jo også tegn på, at de selv kan sætte noget i gang.

SOSU_3: Det er svært, jeg ved da også, at nogle af os, som personale ... Jeg ved godt, at man ikke må foretrække nogen, men der er da nogen, man kommer tættere på end andre, hvor vi så gør nogle ting, som vi slet ikke skal gøre, ikke også? Hvor der så kommer en anden en [SOSU] og siger, 'jamen hvorfor gør du ikke det selv?'.

Det nævnes også, at en tæt og/eller langvarig relation kan føre til 'dårlige vaner', dvs. ekstra service hos udvalgte ældre. I flere interview nævnes det, hvordan man kan være tilbøjelig til at 'tage over' og selv udføre opgaver for den ældre. Derfor kan det være positivt at have en elev med, som ser tingene med andre øjne; eller at have mulighed for at udveksle med kolleger, hvordan man gør tingene hos en bestemt ældre. Selv om kendskab til den ældre gennem en længerevarende kontakt kan være medvirkende til, at man kan vurdere, hvad den ældre kan selv, kan det altså også betyde, at man ikke stiller så mange krav.

Serviceorienteret SOSU

Som beskrivelsen ovenfor viser, er service en blandet kategori med flere grene og nuancer. Dermed synes hjælpen at få karakter af service af forskellige hensyn. Vi har på baggrund af

interviewene identificeret tre forskellige *idealtypiske former* for en serviceorienteret SOSU, altså tre forskellige rationaler på at arbejde serviceorienteret.

Den ene form drejer sig om en slags *godhedsprincip*. SOSU'erne, som følger dette princip, bliver udfordret af modtagerne, dvs. dels af ældres indstilling og forventninger til hjælpen, dels af den situation, som ældre befinder sig i. Der kan være tale om at give den ældre en god oplevelse ved på en eller anden måde at kompensere for nogle ting, som den ældre ikke længere kan. Det kan fx handle om at give den ældre selvbestemmelse og bevare dennes tidlige livsførelse mest muligt. Godhedsprincippet kan også udmønte sig i form af servicepræget hjælp i et ønske om ikke at blive uvenner. Ved at bøje sig kan man undgå konfrontationer og konflikter.

Den anden form for serviceorienteret SOSU har træk af *husmoderlig tilgang* til eget arbejde. Nogle SOSU'er føler et personligt ansvar for, at deres borgere er 'rene og pæne', og at den ældres hjem fremstår pænt. I citatet nedenfor beskriver SOSU'en, hvordan hun i sit arbejde hos de ældre følger både deres standard og sin egen standard i og med, at hun sammenligner den ældres hjem med sit eget hjem:

SOSU: Vi sørger for, at den enkelte borger så vidt muligt har den samme, der kommer ud og gør rent. Så vi kender hinanden. Jeg ved lige præcis, hvor tingene står, jeg ved hvordan hun har det. Det kan man aflæse, og jeg ser det jo også som mit hjem, fordi jeg kommer der fast. Hvis jeg ikke passer det hjem, jamen så går det jo ud over mig selv. Og det er så fordelene ved, at det er den samme, der kommer.

Den tredje form for serviceorienteret SOSU synes at have *forretningsmæssig relation* til sit arbejde. Denne type SOSU'er synes at findes i privat regi især hos leverandører, der alene yder praktisk bistand. Et vigtigt element er at pleje kunderelationen, hvilket bl.a. betyder, at man er serviceminded og fleksibel ved udførelsen af arbejdsopgaverne. Kunden har valgt leverandøren, og der er derudover accept af og forståelse for, at kunden eventuelt ønsker at have en bestemt SOSU, hvis kemi passer. En forretningsmæssig relation er kontraktbaseret, mens en husmoderlig tilgang og medmenneskelig godhed synes at være karakteristisk for SOSU'er, som føler forpligtelse over for egne borgere, som de eventuelt er kommet hos i mange år.

Vi har i dette afsnit (3.3) beskrevet, hvilke former for service vi kan identificere på baggrund af fokusgruppeinterviewene med SOSU'er, og hvilke begrundelser SOSU'erne giver for at yde hjælp, som kan karakteriseres som service. Derudover har vi forsøgt at trække idealtypiske former for en serviceorienteret SOSU frem. Beskrivelsen illustrerer, at service er en blandet kategori, således at hjælpen bliver til service af forskellige grunde og hensyn. Service synes ikke alene at være et resultat af ønsket om at arbejde serviceorienteret; den synes også at være et resultat af ikke at kunne magte at arbejde hjælp til selvhjælpsorienteret.

3.4 Hvordan er relationen mellem SOSU og den ældre?

Vi har i de foregående afsnit beskrevet, hvad der er kendetegnende henholdsvis for hjælp til selvhjælp og service, og hvordan SOSU'ernes professionelle tilgang er relateret til disse to former for hjælp, som undersøgelsen fokuserer på. Hjælpen i praksis formes imidlertid ikke alene af udøverne af hjælpen (SOSU'er), men også af modtagerne (de ældre). Når vi ønsker at belyse, hvordan hjælpen konkret udmøntes over for forskellige ældre i de enkelte hjem, er det derfor væsentligt at være opmærksom på, at begge aktører er parter med hensyn til hjælpens udformning og på det samspil, der foregår i konkrete dagligdags situationer.

Relationen mellem SOSU og den ældre – udøver og modtager af hjælp – har været et centralt aspekt i omsorgsforskningen, især med hensyn til beskrivelsen og afgrænsningen af begreberne der bruges til at beskrive hjælpens karakter. I den sammenhæng er det blevet fremhævet, at forskel mellem udøverens og modtagernes roller er udslagsgivende med hensyn til, om der er tale om omsorg eller service (Wærness 1983; 1996). På linje hermed har vi gennem vores måde at afgrænse serviceprincippet på (jf. kapitel 1) lagt vægt på, hvad modtageren egentlig betyder for hjælpens udførelse. Tilsvarende indeholder vores definition af hjælp til selvhjælp særligt fokus på SOSU'ens rolle og faglige tilgang (jf. kapitel 1). Men samtidig er vi også opmærksomme på, at den anden part er medkonstruktør af hjælpen med hensyn til begge former for hjælp.

Vi tager i det følgende udgangspunkt i de hjælpesituationer, som vi har identificeret henholdsvis som hjælp til selvhjælp og service og stiller følgende spørgsmål: *Forudsætter hjælp til selvhjælpsorienteret hjælp henholdsvis serviceorienteret hjælp en bestemt form for relation mellem SOSU og den ældre?* Dermed sætter vi fokus på, hvilke former for (typer af) relationer der findes i forbindelse med eller er indlejret i henholdsvis hjælp til selvhjælpsorienteret og serviceorienteret hjælp.

På baggrund af analyserne i de to foregående afsnit er vores antagelse, at der er forskelle i udøver/modtagerrelationen mellem hjælp til selvhjælpsorienteret hjælp og serviceorienteret hjælp. Men vi forventer også, at der findes variation i relationen i begge tilfælde. Det vil sige, at vi ikke forventer, at der findes en entydig profil for, hvordan relationen mellem SOSU og den ældre er, når det handler om henholdsvis hjælp til selvhjælpsorienteret og serviceorienteret hjælp. Forskellige faktorer og komplekse mekanismer spiller ind.

Hjælp til selvhjælpsrelation

I udgangspunktet forudsætter hjælp til selvhjælp samarbejde (og en slags alliance) mellem de to parter, der indgår i hjælpesituationer. Hjælp til selvhjælp er imidlertid et begreb, som indikerer fagpersonens dominans i relationen: SOSU'erne tager initiativer til, at ældre medvirker, og SOSU'erne tilskynder og inddrager de ældre ud fra faglige begrundelser. Dermed placerer hjælp til selvhjælp SOSU'en i en ekspertrolle: SOSU'ens opgave er at 'flytte' den ældre fra en passiv modtagerrolle til en aktiv deltager ved at ansvarliggøre denne. Endvidere danner der sig på baggrund af interviewene med SOSU'erne et billede af, at ældre ofte selv kan mere, end de gør, og at ældre forventer, at SOSU'en udfører opgaverne (og at SOSU'en derfor skal overvinde de ældres passivitet og 'modstand'). Hjælp til selvhjælpsprincippet indeholder

således på den ene side en markering af, at SOSU'en er i en nøgleposition med hensyn til hjælpens udformning, og på den anden side en erkendelse af, at forekomsten af hjælp til selvhjælp til en vis grad er afhængig af modtageren.

SOSU'erne beskriver ved interviewene, hvordan inddragelsen sker i praksis: det handler om at *overtale* den ældre til at deltage. Overtalelse kan antage forskellige former. Den kan foregå verbalt (der nævnes sproglige overtalelsesformer som at guide, motivere, opfordre, konfrontere) og nonverbalt (i form af konkrete handlinger som at række et viskestykke, vaskeklud osv. eller at give tid og ro til den ældre ved selv at træde i baggrunden fx ved at forlade rummet). Man kan bruge faglige begrundelser (det er for den ældres bedste, jf. afsnit 3.2) eller ros, konfrontation, 'bestikkelse' eller byttelogik (jeg gør noget, hvis du gør noget andet) eller appel (pas på din hjemmehjælper; jf. arbejdsmiljøhensyn nævnt i afsnit 3.2) for at opnå den ældres medvirken.

Hjælp til selvhjælp indeholder således SOSU'ens forventning til deltagelse, rettet mod den ældre modtager af hjælp. På trods af denne grundlæggende forståelse for hjælp til selvhjælpsrelationen (SOSU's definitionsmagt) er det imidlertid en nødvendig forudsætning for hjælp til selvhjælp, at den ældre indvilger i at spille med. Interviewene giver det billede, at deltagelse ofte forudsætter *forhandlinger*, og det kan være en delikat sag at forhandle med en ældre, der i udgangspunktet er bevilget hjælp. Forhandlingerne lykkes ikke med alle; SOSU'erne fortæller, hvordan de bruger deres intuition og erfaring, når de prøver at fornemme, om der er plads til forhandling om deltagelse:

Interviewer: Du siger, at nogen går i gang selv, og nogen må man måske bede om at gå i gang, men hvordan bedømmer du, hvem du kan sådan...?

SOSU: Det lærer man jo efterhånden. Altså, jeg har en borger, jeg er kommet hos fast i de år, jeg har været her. Vi har en meget sjov 'ping-pong'. Hun siger til mig: 'nu har det papir altså bare ligget der i fire uger, skal du ikke snart tage det, nu er jeg snart træt af at kigge på det' og så siger jeg: 'nå men du kan bare lade være med at kigge på det, eller så kan du samle det op' siger jeg så, i sjov, ikke? Altså, hende kunne jeg godt finde på at sige til, 'nå men du kunne også godt selv hjælpe'.

Interviewer: Men det er alligevel jeres vurdering, at der var mulighed for at prøve at forhandle...

SOSU_1: Jeg synes, der er sådan en naturlig ... man kan ligesom mærke, når man er derude, og man ligesom har nået grænsen..

SOSU_2: Det er noget, man lærer efterhånden.

SOSU_1: Det er sådan noget med gefühl.

SOSU_2: Mange gange er det svært at sige med ord, man må have fingeren på pulsen.

Vi præsenterer i det følgende tre forskellige hovedformer for udøver/modtagerrelationer i hjælp til selvhjælpsorienterede hjælpesituationer, som vi har identificeret gennem observati-

oner af konkrete hjælpesituationer i de fire kommuner, som indgår i undersøgelsen. Hensigten er på baggrund af konkrete eksempler at illustrere, hvordan relationen mellem udøver og modtager antager forskellige former i situationer, hvor hjælpen kan karakteriseres som hjælp til selvhjælpsorienteret. Eksemplerne illustrerer, at der ikke nødvendigvis er tale om en harmonisk og gensidig relation mellem SOSU og den ældre.

En form for relation er præget af *samarbejde, hvor SOSU og den ældre udfører tingene sammen og supplerer hinanden*. Nedenfor præsenterer vi to eksempler på denne type hjælpesituation, som belyser forskellige samarbejdsrelationer mellem SOSU'en og den ældre: den ene hvor den ældre selv er indstillet på at deltage, den anden hvor den ældre først skal overtales dertil.

Det første eksempel (eksempel 1) i denne kategori beskriver en hjælpesituation, hvor SOSU og den ældre samarbejder omkring personlig pleje. Der synes at være gensidighed og fælles forståelse omkring opgaveløsningen: den ældre mand gør det, han kan, og SOSU'en hjælper med de ting, som er besværlige for ham. Den ældre udfører i dette tilfælde mange funktioner selv, eventuelt delvis i kraft af, at der er tale om en længerevarende relation mellem ham og SOSU'en. I den forstand hjælper den ældre sig selv, med støtte fra SOSU'en. Derudover indeholder den konkrete hjælpesituation også en udveksling om muligheden for at blive endnu mere selvhjulpne fx ved hjælp af et hjælpemiddel.

Eksempel 1. Beskrivelse af besøg med personlig pleje hos en ældre mand med begyndende demens

Vi kommer ind, og borgeren giver SOSU'en et kram. Borgeren er i slåbrok. Borgeren fortæller, at han snart skal på hospitalet og have svar på nogle prøver. Borgeren fortæller videre, at hjemmehjælpen, som var hos ham i weekenden, ikke hjalp ham strømperne på. SOSU'en lytter tålmodigt.

Borgeren går nu på badeværelset, hvor han selv klæder sig af og tænder bruseren. Borgeren går selv i bad, vasker selv hår og vasker sig selv, hvor han kan nå. SOSU'en, som i mellemtiden har redt seng og lagt piller frem, går på badeværelset og hjælper borgeren med at blive skrubbet på ryg og fødder. Herefter rækker SOSU'en borgeren håndklædet, og han tørrer sig selv. SOSU'en tørrer ham på ryg og fødder. Borgeren går nu fra badeværelset til stuen, hvor han klæder sig selv på. SOSU'en er ude på badeværelset, hvor hun tørrer gulvet med gulvklud og -skrubbe. Borgeren sætter sig i en lænestol, og SOSU'en smører borgerens fødder med creme.

Da SOSU'en forlader stuen et øjeblik, forsøger borgeren selv at tage strømper på, men sukker lidt, da det er vanskeligt for ham. SOSU'en kommer i det samme ind i stuen og udbryder, *hvorfor venter du så ikke*. Borgeren svarer, at han selv vil prøve. SOSU'en siger, *gå til den*, hvorefter borgeren siger, *nej, du må gerne*. Mens SOSU'en hjælper ham strømperne på, spørger hun borgeren om, hvorvidt han har prøvet en strømpepåtager. Det har borgeren ikke. SOSU'en foreslår, at de kan bestille en, sådan at borgeren kan prøve. Det virker han umiddelbart interesseret i.

Det andet eksempel (eksempel 2) på samarbejdsrelationen handler om en hjælpesituation, hvor den ældre først skal overtales til at modtage hjælp. Ifølge visitationens bemærkninger har den ældre mand brug for mere hjælp, end han selv mener, er tilfældet. På trods af dette udgangspunkt samt med hensyntagen til hans høje alder (98 år) og generelle helbredstilstand (afkræftet) er det muligt for SOSU'en at praktisere hjælp til selvhjælp, således at den ældre bliver inddraget og deltager i personlig pleje. Det bliver et samarbejde i det omfang, det er muligt under de givne vilkår.

Eksempel 2. Beskrivelse af besøg hos 98-årig mand, som ikke har erkendelse af egen situation

Borgeren ligger i sengen, da vi kommer. Der er en anden SOSU til stede. Hun er i gang med at tilberede morgenmad til borgeren og hælde kaffe på kanden. Hjælperen fortæller, at hun ikke har fået lov til at vaske borgeren foroven og til nøds har fået lov til at hjælpe med nedre toilette.

Vi går ind til borgeren, hilser og SOSU'en forsøger at overtale ham til at blive vasket og barberet. Borgeren indvilger, og SOSU'en henter vand og klud. SOSU'en rækker borgeren vaskekluden, og han vasker herefter sig selv i ansigtet. SOSU'en rækker ham håndklædet, og borgeren tørrer ligeledes sig selv i ansigtet. Det er samme procedure med hænderne, hvor borgeren ligeledes med støtte selv vasker hænder. SOSU'en hjælper med barberingen. Borgeren har de sidste par dage haft en svær hoste, han er mere afkræftet og ønsker ikke at komme ud af sengen. SOSU'en gør heller ikke forsøg på at overtale ham til dette. SOSU'en læser nogle avisoverskrifter op for borgeren, herunder dødsannoncer. De taler om, hvorvidt borgeren kender nogle af de afdøde. Den anden SOSU kommer ind med morgenmaden og stiller den på sengebordet. Hun tager over herfra, og vi forlader hjemmet.

En anden form for en hjælp til selvhjælpsrelation findes i forbindelse med besøgene, hvor der er en klar opgavedeling mellem SOSU og den ældre. SOSU og den ældre har i dette tilfælde hver deres opgaver og 'domæne' i hjælpesituationer: hver af dem gør sit uden særlig personlig relation. Hjælp til selvhjælp er inde i billedet, idet den ældre gør de ting, som han/hun kan (jf. SOSU'ernes forståelse af hjælp til selvhjælp i afsnit 3.2). Hvis det handler om praktisk hjælp, går opgavedelingen typisk på, at SOSU'en gør det, der er grovest eller tungest, som støvsugning og gulvvask, mens den ældre tager sig af mindre ting som at støve af, ordne blomster o.l. Den ældre udfører sin del enten under besøgene (som i eksemplet nedenfor) eller på andre tidspunkter.

Eksemplet nedenfor (eksempel 3) beskriver en hjælpesituation, hvor en ældre kvinde i et ægtepar får hjælp til rengøring af gulve, herunder støvsugning og vask med henblik på, at hun så har overskud til andre huslige opgaver. I dette tilfælde klarer ægteparret alt andet selv. Af visitationspapirerne fremgår det, at man har forsøgt at iværksætte tiltag, således at den ældre kvinde selv kunne forestå rengøring af gulve, men at dette har skabt for mange gener i form af smerter. Den ældre kvinde gør sit ved at tørre lidt støv af på eget initiativ. Men ellers er relationen noget fjern, og der foregår ikke forhandlinger om opgaverne. Den ældre

kvinde viser ikke hensyn, når SOSU'en er ved at udføre sine praktiske opgaver. I denne henseende er der samme elementer, som ofte beskrives som typiske for en servicerelation, nemlig karakter af aftalebaseret hjælp og fravær af gensidig personlig relation.

Eksempel 3. Beskrivelse af besøg med praktisk hjælp hos 76-årig kvinde

Manden i huset lukker os indenfor, og en hund løber os i møde. Ægtefællen sidder i en lænestol med fødderne oppe på en skammel. SOSU'en går ind og henter støvsugeren. SOSU'en går i gang med støvsugning i soveværelset. Manden sætter sig nu også i sin lænestol med fødderne oppe. Han ryger pibe. Jeg fortæller lidt mere om projektet, og han begynder efterfølgende at fortælle om en rejse, han gjorde for mange år siden. Ægtefællen fortæller, at hun ikke kan gå, og det er svært at få tildelt hjemmehjælp. Jeg går herefter ind for nærmere at se, hvad SOSU'en laver. Efter en stund følger ægteparret efter. Han vil gerne snakke og vise mig, hvad han har gjort ved huset. Fruen går ind i et værelse og trækker gardinerne fra. Hun går ved hjælp af en stok. SOSU'en er nu i gang med at støvsuge stuegulvet. Fruen, som atter har sat sig i sin lænestol, flytter sig ikke, idet SOSU'en prøver at komme til at støvsuge hjørnet bagved stolen. Da SOSU'en efterfølgende er nået til køkkenet, rejser den ældre dame sig og følger efter. Jeg kan ikke se, hvad hun foretager sig, da jeg står i gangen og taler med manden. Efterfølgende fortæller SOSU'en, at hun tørrede støv af. Da SOSU'en er færdig med støvsugningen, går hun i gang med at vaske gulvene. Ægteparret sidder i deres lænestole og læser. De snakker lidt ind i mellem og sludrer også med SOSU'en, mens hun vasker gulvet inde i stuen.

Inden for denne kategori møder vi endvidere *to ekstreme cases af opgavedeling*: den ene (eksempel 4) handler om en situation, hvor SOSU'en dominerer relationen og har initiativet, mens den anden (eksempel 5) handler om en situation, hvor den ældre fører an og har initiativet. Begge former er relativt sjældne i vores materiale men findes.

Den førstnævnte situation, hvor SOSU'en praktiserer hjælp til selvhjælp på en disciplinær måde, beskrives i eksempel 4. Hjælpen handler om personlig pleje hos et ældre ægtepar, og SOSU'en lægger i dette tilfælde meget vægt på, at den ældre mand gør mest muligt selv på trods af, at det er besværligt for ham. Den ældre mand appellerer flere gange om mere hjælp, men SOSU'en foretrækker at indtræde i en støttende funktion, således at hun praktisk varetager færrest mulige opgaver. Den ældre mand klarer sig nogenlunde gennem morgenrutinerne, men samtidig tager det mange kræfter, og han føler sig udmattet. Dette eksempel rejser spørgsmålet, hvornår hjælp til selvhjælp er rimelig for den ældre, og hvornår den er drevet af andre hensyn. Som nævnt i afsnit 3.2, nævner SOSU'erne i nogle kommuner princippet om livskvalitet, dvs. at SOSU'erne ikke stiller krav om ældres direkte deltagelse, hvis det vil betyde, at den ældre ikke har ressourcer til andre ting, fx social deltagelse. SOSU'en i eksemplet peger desuden selv på en yderligere problemstilling, når hun nævner, at der er en hårfin balance mellem at praktisere hjælp til selvhjælp og signalere, at man ikke gider hjælpe den ældre.

Eksempel 4: Beskrivelse af besøg hos et ældre ægtepar, hvor manden på knap 90 år har behov for hjælp til personlig pleje

SOSU'en låser os ind til ægteparret, som begge stadig ligger i hver deres seng. Hun begynder med at lægge rent tøj på plads. Den ældre mand kommer op at sidde på sengekanten og går herefter ved egen hjælp fra seng til badeværelse. SOSU'en hjælper med at fjerne hans ble, og manden sætter sig på toilettet. Herefter går han til håndvasken, hvor han selv knapper sin skjorte op. SOSU'en fylder vand i vasken, og guider ham til at vaske sig selv både foroven og forneden. SOSU'en hjælper ham med at tørre sig bagtil. Manden tørrer sig selv fortil. SOSU'en guider ham nu til at tage sin tandprotese ud og børste den. Da manden børster med for let hånd, beder SOSU'en ham børste lidt hårdere. Herefter guider hun manden til at tage tandprotesen i munden. SOSU'en støtter manden til at tage sin undertrøje af, og manden går herefter fra badeværelset til sin seng, hvor SOSU'en har lagt rent tøj frem. Manden venter på SOSU'en, som henter et nyt smerteplaster til ham. Da SOSU'en har givet ham plasteret på, sidder han en stund, før han tager underbukser på. SOSU'en må dog tage disse af igen, idet manden først skal have bukseble på. Dette hjælper SOSU'en ham med. SOSU'en rækker nu atter manden underbukserne og guider ham til på ny at tage dem på. Det er svært for ham i dag, og SOSU'en må hjælpe lidt til. Hun guider ham til at bruge begge hænder. Herefter rækker SOSU'en ham strømper, som han forsøger at tage på. *'Det går ikke'*, siger manden, *'jo, jo'* siger SOSU'en, *'du skal bare hive til'*. Manden forsøger endnu engang at tage strømperne på, men udbryder atter, at det ikke går, og at SOSU'en er meget bedre til det, end han er. SOSU'en viser ham igen, hvordan han skal gøre og henter nu en skammel, og lægger mandens ene ben op på den. Endnu engang viser hun ham, hvordan han skal bruge begge hænder. Endelig lykkedes det, og SOSU'en rækker manden hans bukser, som han forsøger at tage på. SOSU'en må hjælpe lidt til. Derefter guider SOSU'en manden til at tage sko på. Hun rækker ham efterfølgende skjorten og støtter ham til selv at tage den på. SOSU'en knapper skjorteærmer og skjorten. Endelig rækker hun manden hans briller og kam. Manden tager briller på og friserer selv sit hår. SOSU'en går nu i køkkenet, hvor hun laver kaffe, vasker op og smører morgenmad. Denne indtager manden ved et lille spisebord i køkkenet. I mellemtiden hjælper SOSU'en hustruen med at bade og tørrer efterfølgende gulvet i badeværelset. Manden, som i mellemtiden er blevet færdig med morgenmaden, går nu ved hjælp af stok fra køkkenet til en lænestol i stuen, alt imens han udbryder *'jeg er så træt, så træt'*. SOSU'en rækker ham barbermaskinen og siger, at han selv skal barbere sig.

Situationen, hvor *den ældre praktiserer hjælp til selvhjælp på eget initiativ* (eksempel 5: selvhjulpen borger) er ikke særlig udbredt blandt vores observationer af hjælpesituationer af sagens natur, når der er tale om ældre, der er vurderet til at have behov for hjælp. Eksemplet nedenfor viser, hvordan SOSU'ens indsats kan blive minimal, hvis den ældre på trods af sit handicap (en delvis lammet arm på grund af blodprop) i høj grad er selvhjulpen og sætter en ære i at klare mest muligt selv. Eksemplet viser således, at hjælp til selvhjælp også har en variant, som ikke er baseret på, at SOSU'en agerer som ekspert, som overtaler, vejleder eller rådgiver den ældre, og hvor modtageren reagerer på det. Hjælpens karakter er her resultat af

en proaktiv og ressourcestærk ældre og en SOSU, som med fokus på hjælp til selvhjælp støtter den ældres ønske om at blive mest mulig uafhængig af andres hjælp.

Eksempel 5. Beskrivelse af besøg hos 66-årig mand med delvis lammet arm

Vi låser os ind. Borgeren kommer os i møde i stuen. Vi går ind i soveværelset, og borgeren går selv ved hjælp af stok. Borgeren er påklædt. Borgeren tager selv sin undertrøje af med én hånd og ved hjælp af at holde undertrøjen fast med tænderne. Den anden arm er lam. Herefter går borgeren ved hjælp af stok ud på badeværelset, hvor hjælperen har fyldt vand i håndvasken. Borgeren sætter sig på badestolen og vasker sig selv med den raske hånd. Da borgeren skal vaske sig selv under den dårlige arm, lægger borgeren hånden op i vasken til støtte. Borgeren tørrer sig selv. Borgeren går tilbage til soveværelset, hvor hjælperen hjælper ham med at blive klædt på. Borgeren fortæller mig, at han skal ud at rejse om en lille uges tid sammen med sin hustru. Borgeren fortæller videre, at han den følgende dag skal på hospitalet. Vi sludrer lidt og besøget slutter.

Vi har ovenfor beskrevet, hvordan relationen mellem SOSU og den ældre antager forskellige former i de hjælpesituationer, som er kendetegnet ved hjælp til selvhjælp. Beskrivelsen tager udgangspunkt i observationer af konkrete hjælpesituationer og illustrerer gennem eksempler, at relationen indeholder en betydelig variation med hensyn til, hvor tæt et samarbejde der er mellem SOSU og den ældre, i hvor høj grad SOSU'en stiller krav til den ældre og også med hensyn til, hvordan den ældre forholder sig til SOSU'en. Relationen kan være præget af en mere eller mindre gensidig forståelse af – eventuelt som resultat af dialog eller forhandling – hvordan hjælpen ydes (første form). Den kan også være præget af, at der hersker en klar opgavedeling, eventuelt uden en egentlig personlig relation mellem SOSU'en og den ældre (anden form). Relationen i sidstnævnte tilfælde kan være langt fra harmonisk og gensidig som især et af eksemplerne (eksempel 4) viser. I dette tilfælde synes SOSU'en at praktisere en ekstrem form for overtalelse, mens overtalelse i andre hjælpesituationer (eksempel 1 og 2) i højere grad synes at være i overensstemmelse med det, SOSU'erne beskriver i interviewene.

Servicerelation

Service er i omsorgsforskningen blevet karakteriseret ved, at relationen mellem udøver og modtager er upersonlig, uden følelsesmæssig nærhed (bl.a. Eskelinen, Hansen & Frederiksen 2006). Modtageren er dominerende og stiller krav og betingelser for hjælpen. Derudover gælder det, at der ydes hjælp til opgaver, som modtageren selv er i stand til at udføre. På tilsvarende måde som i beskrivelsen af udøver/modtagerrelationen i hjælp til selvhjælpsorienterede hjælpesituationer stiller vi i det følgende spørgsmålet: *Hvordan er relationen mellem udøver og modtager i serviceorienterede hjælpesituationer? Hvilke former for relationer kan vi identificere på baggrund af observationer?* I denne analyse, hvor vi altså tager udgangspunkt i de hjælpesituationer, som vi i observationsmaterialet har kategoriseret som service, stiller vi spørgsmålet, om serviceorienteret hjælp i praksis indeholder andre former for relationer end den aftalebaserede og modtagerdominerede relation.

SOSU'erne beskriver i interviewene, hvordan de i nogle situationer accepterer at påtage sig opgaverne, bl.a. fordi det er hurtigst og mest effektivt, eller fordi man er tilbøjelig til at undgå konfrontationer (jf. afsnit 3.3). Ved interviewene beskriver SOSU'erne disse situationer på følgende måder, som indikerer, at den ældres grundholdning kan være medvirkende til, at man overtager opgaverne og overgiver sig (uddragene nedenfor stammer fra to forskellige interview):

Interviewer: Men hvad laver de ældre, hvis de ikke deltager aktivt?

SOSU_1: Om morgenen så er det tit, at de sidder og spiser, mens vi får ordnet alle de andre ting. Så serverer vi morgenmaden og kan lige vaske op, rede seng og få affaldet ud og sådan noget. Ellers så sidder de og læser eller kigger.

SOSU_2: De er hurtige til at tænde fjernsynet. Der synes de åbenbart, at det er mere vigtigt at se de nyheder end at snakke, men så kan de sgu få lov til det (griner).

(De andre griner)

SOSU_2: Så bliver jeg sådan lidt ... det er som om, man lukker af, fordi de nyheder de kommer også kl. 9. Det kan være lige så godt. Men når fjernsynet bare skal køre, så synes jeg, at det er lidt træls.

Interviewer: Kan der være andre ting ved en borger, der gør, at I ikke ville gå aktivt ind og opfordre til hjælp til selvhjælp, men måske mere accepterer borgernes...?

SOSU_1: Ja, hvis det er en, der er meget sur, som bare ikke vil, så tror jeg, man oftest siger 'nå ja...'.

SOSU_2: Så tager man over.

SOSU_1: Så er det sådan, det er.

SOSU_2: Det er det nemmeste.

SOSU_1: Hvis det ødelægger hele hendes hverdag, at hun skal ...

SOSU_2: Du behøver ikke diskutere, så får hun ret, og vi får fred, eller hvad man... jamen et eller andet sted.

SOSU_1: Så man ikke skal gå som uvenner hver gang, man går ud ad døren, fordi man har skullet tage en kamp om, hvorvidt hun skulle vaske sig i ansigtet eller ej.

En velkendt form for serviceorienteret hjælp, som vi har identificeret i materialet, er '*ren*' service, hvor modtageren dominerer relationen og har en '*definitions*magt' med hensyn til udførelsen af opgaver. Eksemplet nedenfor (eksempel 6) handler om en ældre kvinde, som er visiteret til hjælp til støvsugning og vask af gulve samt til at få ordnet badeværelset; det nævnes i visitationspapirerne, at hun selv kun kan klare få opgaver i forbindelse med rengøring. Den ældre kvinde modtager i dette tilfælde hjælp fra et privat firma, som alene udfører prak-

tisk bistand. Hun fremsætter fra starten af besøget konkrete ønsker om, hvad SOSU'en skal foretage sig, og SOSU'en udviser fleksibilitet og imødekommenhed, selv om hun samtidig giver udtryk for, at den ældres ønsker er ud over de aftalte opgaver. Desuden tager SOSU'en ikke initiativ til at inddrage eller motivere den ældre kvinde til at deltage. Hjælpen gives i høj grad på modtagerens præmisser.

Eksempel 6. Beskrivelse af besøg med praktisk hjælp hos 87-årig kvinde, som er visiteret til rengøring af badeværelse samt støvsugning og rengøring af gulve

Borgeren åbner for os. Borgeren siger henvendt til SOSU'en, at hun ønsker at få ordnet spejle og ordnet fliser på badeværelset i dag. SOSU'en forklarer borgeren, at hun ikke er visiteret hertil, og borgeren udbryder, at hun snart må få ansat en rengøringsdame. SOSU'en forklarer borgeren, at hun kan tilkøbe disse ydelser hos dem, og at det ikke er hende, som laver reglerne, men kommunen. Man har som borger ikke længere krav på en bestemt tid, men kun ydelser. På trods af dette siger SOSU'en til borgeren, at hun nok skal tage spejlene, '*det gør jeg jo*'. SOSU'en støvsuger lejligheden. Efterfølgende sludrer hun med borgeren om dennes datter, som er en af SOSU'ens faste borgere, og som netop har været bortrejst på ferie. SOSU'en går nu i soveværelset, hvor hun pudser spejldørene på et klædeskab. Det er hårdt arbejde, siger SOSU'en. Borgeren står i døråbningen og snakker, mens hun ryger en cigaret. SOSU'en siger henvendt til borgeren efter en stund, at hendes cigaret går i halsen på hende. Borgeren undskylder og går ind i stuen. SOSU'en går nu på badeværelset og gør håndvask og toilet rent. Borgeren står i køkkenet og ordner en buket roser.

Til denne kategori hører også den form for relation, hvor SOSU'en oplever at blive mødt som en *tjenestepige*. I forbindelse med et konkret besøg hos en 90-årig mand, som SOSU'erne beskriver som 'en fin ældre mand, som kan lide at have tjenestepiger', bliver relationen beskrevet på følgende måde: *Besøget er ikke karakteriseret ved nogen varm eller tæt relation mellem borger og hjælper. SOSU'en henvender sig ikke meget til borgeren, og i de tilfælde, hvor borgeren henvender sig til SOSU'en, handler det primært om, at borgeren ønsker at få gjort noget. SOSU'ens oplysning om, at flere i dette hjem kan få følelsen af at være tjenestepige, kan måske forklare en mangel på tæt relation. Borgeren viser ikke interesse for SOSU'erne, og på samme måde viser de ej heller interesse for ham. De udfører hjælpen og går igen. Hjælpen kan umiddelbart karakteriseres som service.*

En anden form for servicepræget hjælp drejer sig ikke om, at den ældre stiller krav til SOSU'en, men snarere om, at *SOSU'en ikke inddrager den ældre, eller ikke forsøger at motivere denne til at deltage*. Relationen bliver servicepræget på grund af manglende inddragelse og fremskyndelse af hjælp til selvhjælp. Det første eksempel i denne kategori (eksempel 7) illustrerer, hvordan også hjælp til personlig pleje kan få karakter af service. Det handler om en ældre kvinde, der har haft flere blodpropper i hjernen. Hun er gift, og ægtemanden står for alle praktiske opgaver i hjemmet. SOSU'en beskriver eget udgangspunkt for at give hjælp, at 'borgeren ikke siger meget, og at hun er meget langsom til alt; det er lige så hurtigt at give et brusebad for hende'. SOSU'en gør således ikke forsøg på at inddrage den ældre kvinde i udfø-

relsen af personlig hygiejne. Hos denne ældre kan det tænkes oplagt at yde hjælp ud fra princippet om hjælp til selvhjælp, idet hun kan tingene på opfordring; på den anden side er hun meget langsom, og derfor sætter besøgstiden grænser for, hvad der kan nås. SOSU'en giver brusebad, fordi det næsten er hurtigere end morgentoilette ved vasken, som hun selv udtrykker det. Der er minimal kommunikation mellem SOSU'en og den ældre kvinde om hjælpens udførelse. Serviceorienteret hjælp udføres, fordi det er mest overkommeligt for SOSU'en.

Eksempel 7. Beskrivelse af besøg hos ældre kvinde, der har haft flere blodpropper i hjernen

Vi ankommer, og ægteparret sidder henholdsvis i sofaen og på en stol inde i stuen. Ægte manden fortæller, at de bliver hentet kl. 16 i dag, da de skal til et møde i en forening, hvor de har arbejdet frivilligt de sidste mange år. SOSU'en følger den ældre kvinde til badeværelset, hvor hun klæder sig selv af og sætter sig på en badestol i brusenichen. SOSU'en bruser, vasker og skyller borgeren. Herefter tørrer hun borgeren, som sætter sig på toilettet, sådan at SOSU'en kan tørre hendes fødder. De taler ikke sammen under seancen. SOSU'en giver borgeren trusser, bukser og strømper på, mens borger sidder på toilet. Herefter giver hun borgeren bh, undertrøje og trøje på. Endelig reder borgeren sig selv stående foran spejlet.

Et andet eksempel i samme kategori handler om situationer, hvor det decideret er nævnt som formål med hjælpen at træne den ældre i at blive selvhjulpne med tiden, men hvor en sådan træning ikke finder sted. I det konkrete eksempel (eksempel 8) handler det om selv at lære at tage støttestrømper på. Men som eksemplet viser, gør SOSU'en ikke forsøg på at vise den ældre, hvordan hun selv kan klare opgaven. I stedet udfører SOSU'en opgaven for den ældre, og træningshensynet udebliver. SOSU'en kommer på længere sigt til at udføre en ekstra tjeneste i forhold til den visiterede, og hjælpen har dermed tendens til at blive kontraproduktiv og fastholdende. I dette tilfælde henviser SOSU'en til, at den ældre kvinde lider af astma, og at hun derfor synes, at det ville være hårdt for hende at øve sig. Dermed synes hensynet til den ældre – en slags medmenneskelighed – at føre til, at SOSU'en praktiserer service.

Eksempel 8. Beskrivelse af besøg hos ældre kvinde, der modtager hjælp bl.a. med henblik på at blive trænet i at bruge støttestrømper

Borgeren åbner for os. Hun sætter sig i en lænestol, og SOSU'en giver hende støttestrømper på. Hun byder os en kiks, vi takker ja, og jeg sætter mig i sofaen. SOSU'en spørger til, hvordan borgeren synes, at det går. Borgeren smiler og siger noget, jeg ikke helt forstår. Besøget er slut.

En særlig form for serviceorienteret hjælp ydes i situationer, hvor SOSU'en enten kender den ældre godt på grund af en længerevarende relation til denne, eller hvor der er andre forhold hos modtageren, der er appellerende. Eksemplet nedenfor (eksempel 9) illustrerer, hvordan det sker i forbindelse med et besøg med praktisk bistand (rengøring), at SOSU'en la-

ver 'ekstra' opgaver dels på grund af kendskabet til den ældre, dels på grund af en modydelse fra den ældre (hun serverer kaffe).

Eksempel 9. Beskrivelse af besøg med praktisk bistand hos 65-årig kvinde

SOSU'en siger henvendt til mig [observatør], mens hun peger på panelerne, at hun tidligere ville have støvsuget panelerne, men da dette ikke er visiteret, så gør hun det ikke. Derimod støvsuger SOSU'en gulv i hele huset, fordi dette står som visiteret på samarbejdsaftalen, selv om der er regler om rengøring af gulve svarende til maksimum en toværelses lejlighed. SOSU'en fortæller mig, at hun tager barnebarnsværelset og arbejdsværelset i dag, selv om hun ikke skal. SOSU'en forklarer dette med, at borgeren giver kaffe, og at hun er en af hendes faste borgere. Når der er vikar på, får borgeren det ikke gjort, fortæller hun. Hun fortæller endvidere, at hun har lidt ondt af borgeren, og at hun er en type, som hurtigt kører meget op. SOSU'en kalder på mig, og med et smil på læben peger hun på stole og kasser, som borgeren har sat op på seng og sofa, sådan at SOSU'en kan komme til med støvsugeren. *Se, hun kan godt flytte alle de ting selv.*

Til denne kategori hører også SOSU'ernes beskrivelser af de hjem, hvor relationen er præget af, at *modtageren er rar*, eller hvor modtageren *udviser særlig taknemmelighed* for hjælpen. De følgende to uddrag beskriver en sådan relation, som er medvirkende til, at SOSU'en er tilbøjelig til at give service ud over det, hun giver til andre ældre (uddragene nedenfor stammer fra to forskellige interview):

SOSU_1: Men så har vi jo også ham derovre, der havde forretningen. Du kan ikke finde et hjem, der er mere perfekt end hans.

SOSU_2: Han bliver altså 80 næste år.

SOSU_3: Jeg har aldrig set så rent et hjem i hele mit liv.

SOSU_1: Han har så flot et hjem, og det betyder så meget for ham, at vi kommer og støvsuger og sådan nogle ting, at det hjem, det skal være ligesom dengang hans kone levede.

Interviewer: Men han gør så..?

SOSU_1: Han gør det selv, ja. Holder en kæmpestor have, der er intet, der er forkert.

SOSU_3: Ikke et blad eller en stol er forkert. Jeg undskylder hver gang jeg har været der. Undskylder, det er det sidste jeg gør, inden jeg går. Er der nu en stol, der lige... så griner han: 'dem skal jeg nok sætte på plads', siger han. Jamen det står efter en snor altså.

SOSU_1: Men han er rigtig sød og et utroligt behageligt menneske at komme til, så det har jo også noget at gøre med, hvad du er vant til.

SOSU: Ja, hun var så glad, hun havde aldrig nogensinde fået hjemmehjælp før. Hun har dyrket gymnastik indtil for et halvt år siden, men hun kan ikke løfte sine arme, idet hun har gigt. Og hun ved slet ikke, hvad hun skal gøre af sig selv, når jeg er der.

Interviewer: Men oplever hun så, at hun vil forstyrre dig eller dit arbejde?

SOSU: Hun vil ikke gå i vejen, og hun har været så taknemmelig for, at vi kommer og hjælper hende, og hun kan ikke forstå, at der er nogen, der brokker sig over det her system. For hun synes, at jamen altså, hun skal jo bare løfte en lillefinger, og så kommer der nogen og hjælper hende, hun er så taknemmelig.

Endvidere kan SOSU'en være tilbøjelig til at blive udfører af ekstra service, når det handler om ældre, som 'ikke er så gode til at tage vare på sig selv'. I dette tilfælde får service en omsorgslignende funktion, og det er SOSU'en, som omdefinierer hjælpen og så at sige bytter ydelser:

SOSU_1: Men somme tider må jeg da indrømme, at kommer jeg og skal give hjælp til et bad, og vedkommende ikke har lyst til bad, og man kan se, at han måske ikke er så god til at tage vare på sig selv. At det flyder lidt hist og pist, jamen så rydder jeg da lidt op, går ud med skrald og sådan noget. Det kommer an på, hvem det er. Så det er jo en bytteydelse, kan man sige, afhængig af, hvad der er behov for den dag. Det kan også være, at det bare er at få snakket den dag.

SOSU_2: Det er ofte, at vi gør mere, end vi reelt skal, vi er gode mennesker.

SOSU_1: Det er jo det.

Vi har ovenfor beskrevet, hvordan relationen mellem SOSU og den ældre antager forskellige former i de hjælpesituationer, som er kendetegnet ved service. Beskrivelsen tager udgangspunkt i observationer af konkrete hjælpesituationer og illustrerer gennem eksempler, at der er en betydelig variation med hensyn til, om hjælpen bliver serviceorienteret på grund af, at den ældre stiller krav eller på grund af andre forhold, som i højere grad er relateret til SOSU'en. Det første tilfælde, hvor modtageren er dominerende i relationen, svarer til en traditionel opfattelse af service. I vores observationsmateriale er denne form for service imidlertid langt fra almindelig. Hjælpen bliver til service – dvs. at SOSU'en udfører ting, som den ældre selv kan – også i situationer, hvor SOSU'en så at sige ikke er 'gearet' til at arbejde efter princippet om hjælp til selvhjælp af hensyn, som kan være relateret til egen personlig måde at arbejde på (hvad der er hurtigst) eller til forhold hos den ældre (at denne er rar, taknemmelig osv.).

3.5 Kontekstuelle forhold for hjælpens udformning – hvordan bliver hjælpen til?

Vi har i de foregående afsnit set på relationen mellem SOSU og ældre i forhold til forskellige former for henholdsvis hjælp til selvhjælp og service. En central iagttagelse synes at være, at hjælp til selvhjælp og service ikke er så entydige kategorier, som vi forventede på basis af de definitioner, som blev formuleret ud fra tidligere forskning, og som dannede udgangspunkt for analysen (jf. vores antagelser i kapitel 1). Begge former for hjælp rummer forskellighed i relationer mellem udøver og modtager, hvilket vi især kunne vise på baggrund af observationer (jf. afsnit 3.4).

Det viser sig endvidere, at besøgene typisk indeholder flere forskellige former for hjælp. Selv om der findes besøg, som enten udelukkende eller hovedsageligt repræsenterer hjælp til selvhjælpsorienteret henholdsvis serviceorienteret hjælp, synes der som oftest at være tale om, at besøgene består af forskellige kombinationer af henholdsvis hjælp til selvhjælp og service (samt eventuelt også andre former for hjælp som aspekter af omsorg). Vi beskriver i det følgende, hvad der er medvirkende til, at hjælpen i praksis ofte bliver til et 'hjælpemiks': *Hvordan påvirker de forskellige forhold og forudsætninger, som SOSU'erne arbejder under, hjælpens udformning?* Vi har på baggrund af interview- og observationsmaterialet afgrænset beskrivelsen til at omhandle forhold som SOSU'ernes samarbejde med visitation, den afsatte besøgstid, om der er tale om en 'fast' eller midlertidig relation mellem SOSU og den ældre, opgavens karakter (om der er tale om praktisk bistand eller personlig pleje) og SOSU'ens kontakt med den ældres pårørende. Disse forhold udgør centrale kontekstuelle forhold for SOSU'ens arbejde. Derudover diskuterer vi indledningsvis betydningen af, hvad de to parter i relationen – de to konkrete aktører – har med i 'bagagen', når de mødes i en hjælpesituation. Det drejer sig om SOSU'ens egen indstilling til sit arbejde på den ene side og den ældres indstilling og forventninger på den anden.

SOSU'ens indstilling

SOSU'ens egen indstilling og forståelse af sin funktion er af betydning for, om man arbejder henholdsvis hjælp til selvhjælpsorienteret eller serviceorienteret. Hjælp til selvhjælp synes at udgøre det faglige ideal for arbejdet, bl.a. fordi det er grundpillen i uddannelserne på social- og sundhedsskolerne og dermed udgør det professionelle grundlag for arbejdet. I interviewene vender SOSU'erne gentagne gange tilbage til spørgsmålet, hvorfor det i praksis kan være vanskeligt at følge dette faglige ideal, som de i princippet er enige i. Som tidligere beskrevet (afsnit 3.2. og 3.3) er en af SOSU'ernes forklaringer på, hvorfor de ikke er så hjælp til selvhjælpsorienterede, som de burde være, at ældres forventninger og krav ikke harmonerer med hjælp til selvhjælpstankgangen. Der er imidlertid SOSU'er, der distancerer sig fra denne opfattelse og hævder, at det også handler om, at SOSU'erne mangler den 'rigtige' indstilling, og at hjælpen dermed i mindre grad bliver hjælp til selvhjælpsorienteret:

Jeg tror også, at det kommer meget an på ... altså det her med, at ældre ikke gider lave noget. Jeg tror bare, at når vi kommer og hjælper, så stiller vi jo heller ikke [krav],

vi spørger jo heller ikke, hvor meget de vil deltage i det. Vi kommer og bare udfører noget, ikke? Og så er det nemt nok for den ældre bare at sætte sig tilbage og sige: 'Nå, men jeg blev egentlig ikke spurgt, om jeg skulle være med, vel?'. Det er lidt det der med, at så kan jeg godt låne mig tilbage, ikke?

Vi har både gennem interview og observationer eksempler på, at nogle SOSU'er primært er hjælp til selvhjælpsorienterede, mens andre hovedsageligt er serviceorienterede. Alt i alt er der ifølge vores observationer kun få SOSU'er, der overvejende arbejder serviceorienteret. Vi ser ingen tendens til, at disse forskelle er relateret til en bestemt kommune eller et bestemt distrikt. Det er heller ikke tilfældet, at forskellen er betinget af, om man er privatansat eller kommunalt ansat – begge typer SOSU'er findes begge steder. En af SOSU'erne henviser i forbindelse med observationer til, at forskelle ikke er relateret fx til SOSU'ens uddannelsesmæssige baggrund eller alder, men snarere til forskellig personlighed: *Der er nogle, som hopper og springer for borgerne*, dvs. SOSU'er, der har svært ved at sige fra. Nogle SOSU'er kæder deres hjælp til selvhjælpsorientering sammen med deres arbejdsmiljøbevidsthed og især ønsket om at undgå fysiske belastninger i arbejdet. Andre SOSU'er taler i højere grad om vigtigheden af det psykiske arbejdsmiljø og om, hvordan relationen til den ældre er af betydning for, at 'dette job er værd at have'. Opmærksomhed på enten det fysiske eller det psykiske arbejdsmiljø synes ikke at have en en-til-en sammenhæng med SOSU'ens orientering, men der er alligevel den tendens, at SOSU'er, der lægger megen vægt på deres fysiske arbejdsmiljø, er mere stringent hjælp til selvhjælpsorienterede (lægger vægt på at stille krav). De andre SOSU'er lægger i højere grad vægt på relationen til den ældre og synes at være mere fleksible med hensyn til at kombinere både hjælp til selvhjælp og service i løbet af samme besøg.

Den ældres indstilling

Både interviewene og observationerne illustrerer, at SOSU'erne i deres arbejde møder mange forskellige ældre. De ældre er i vid udstrækning forskellige personligheder med forskellige forventninger til hjælpen og kontakten med en SOSU. Deres aktuelle funktionsevne er nedsat af forskellige grunde, og både deres funktionsevne og tidligere livsførelse samt mulighed for at få hjælp fra familie eller andet netværk spiller en rolle (fx Hansen m.fl. 2002). En af de interviewede SOSU'er beskriver situationen på følgende måde:

Interviewer: Du [SOSU'ens navn] startede med at sige, at borgerne har indflydelse på jer – hvordan det?

SOSU: Jamen det har de jo på mange måder, fordi det jo er mange forskellige samfundsklasser. Det er jo mange forskellige sindstilstande. Mange forskellige aldre. Og jeg gør i hvert fald selv det, at jeg tager en ny kappe på hver gang jeg går ind ad en dør.

(Andre siger 'ja')

SOSU: Jeg er jo ikke den samme hos mine borgere, altså jeg indordner mig jo også under, hvad er det for et hjem. Er det den gamle skraldemand. eller er det godseje-

ren, eller er det rengøringskonen eller er det direktørfruen, altså hvem det er, jeg kommer ind til. I hvert fald indtil jeg ligesom lærer dem at kende, så har man jo en eller anden, så føler man lige filten på væggene. Fordi jeg kommer ind i deres hjem, de kommer ikke ind i mit hjem. Altså hvis alle de forskellige [ældre] kom hjem til mig, så ville jeg være den samme, og så var det dem, der ligesom måtte finde ud af, hvordan jeg er. Nu kommer jeg hjem til dem, og så må jeg ligesom finde ud af det.

Dette uddrag illustrerer, hvordan hjælpen i praksis tilpasses situationelt i forhold til den enkelte ældre. Hjælpen foregår i interaktion med den ældre, hvor SOSU'en er nødt til at finde ud af, hvordan hun omsætter de faglige principper til praksis.

De ældres indstilling og forventninger nævnes af SOSU'erne som værende af betydning for, om hjælpen primært bliver enten hjælp til selvhjælp eller service. Som beskrevet i afsnit 3.4, giver SOSU'erne udtryk for, at de bruger forskellige overtalelsesstrategier til at forhandle med de ældre, men samtidig siger de også, at der er grænser for forhandling, og at det i sidste ende er modtageren, som afgør, i hvilket omfang han eller hun vil deltage eller være aktiv:

Interviewer: Men deltager de på eget initiativ eller ...?

SOSU: Ja, nogle gør. Men ellers vil jeg sige, at der er andre, der siger: 'kan du ikke lige?', hvor jeg så siger: 'det kunne du jo selv gøre, mens jeg er her'. Men det er jo ikke alle, man kan sige det til.

Interviewer: Det er det ikke?

SOSU: Nej.

Interviewer: Hvorfor?

SOSU: Fordi der jo er nogen altså, der føler, at det er vores opgave. Når man siger: 'det er jo også med til at holde dig selv i gang', og man prøver ligesom at forklare, 'jamen du har jo godt af, at du selv laver noget', så det er jo det ... mange af dem kan jo ikke forstå, at det er lige for [deres egen skyld].

Med disse eksempler har vi ønsket at synliggøre, at den ældre, som modtager hjælp, er en part, som spiller en vigtig rolle med hensyn til, hvordan hjælpen bliver udformet. Ud over den ældres indstilling og forventninger til at modtage hjælp er den ældres funktionsevne og helbred af betydning for, hvordan hjælpen bliver til. Den ældre er således på flere måder en medkonstruktør af praksis i et komplekst samspil med SOSU'en. Som nævnt i indledningen til dette afsnit er hjælpesituationer ofte en kombination af både hjælp til selvhjælp og komponenter/episoder af service – og derudover kan der indgå andre former for hjælp.

Målsætninger for hjælpen og visitationens rolle

Der er forskel mellem kommunerne med hensyn til, om der i forbindelse med visitationen er formuleret målsætninger for hjælpen hos den enkelte ældre, som fx peger mod hjælp til selv-

hjælp, eller om målsætningen for hjælpen er formuleret på en måde, som i højere grad henviser til, at hjælpen skal kompensere funktionsnedsættelse. Desuden er der tilfælde, hvor målsætningen for hjælpen ikke er eksplicit formuleret. Det betyder, at SOSU'erne har – afhængig af hvor de er ansat – meget forskelligt udgangspunkt for deres arbejde hos de enkelte ældre, herunder forudsætninger for at praktisere hjælp til selvhjælp. I nogle kommuner følges den praksis, at visitationen også beskriver den ældres opgaver som en del af bevillingsbeskrivelsen. For eksempel noteres i en af kommunerne i vores undersøgelse (Høje-Taastrup) 'borgerens opgaver' under 'beskrivelse af bevilgede ydelser'. Dette er ikke tilfældet i de tre øvrige kommuner, men det nævnes, at der er kommet mere opmærksomhed på, hvordan målsætningen for hjælpen kommunikeres til de ældre. Dette opleves som vigtigt for SOSU'en, men også for, at de ældre ved, hvad de kan forvente af SOSU'erne. En af de interviewede SOSU'er beskriver betydningen af denne praksis på følgende måde:

Men vi har da også nogle visitatorer, der er opmærksomme på, når de bevilger den ældre hjælp, at der er nogle funktioner, de selv kan. Der er da også nogle, der har støvsugning i nogle få rum, hvor de så selv skal tage nogle andre rum. Og der er også nogle, der tørrer støv af i høje og lave områder, og det er skrevet ind i deres bevilling. Så jeg synes, at det er flot, når de [visitatorerne] har fokus på de ting. Også at borgeren ved, hvad er det, jeg kan forvente, når der kommer en hjemmehjælper.

Det vil således støtte SOSU'erne med hensyn til hjælp til selvhjælp, hvis visitationen melder ud til den ældre, hvad der forventes af ham eller hende. Størsteparten af de interviewede SOSU'er oplever, at ansvaret for at konkretisere 'hjelpepakkerne', dvs. hjælpens konkrete indhold, i øjeblikket alene ligger hos SOSU'erne. Endvidere nævner SOSU'erne, at det ikke er ualmindeligt, at de ældre er blevet bevilget hjælp til noget, som de egentlig godt selv kan. I det tilfælde følger bevillingen ikke princippet for hjælp til selvhjælp, og det kan være et svært udgangspunkt for SOSU'en at få den ældre til at deltage. Der er et beskrivende eksempel herpå, hvor den visiterede hjælp har betydet, at den ældre er blevet frataget ansvaret for gøremål, som hun selv har kunnet udføre på trods af sit handicap. Visitationen har været uopmærksom på, hvad den ældre kan og dermed gjort den ældre mere passiv:

Nu tænker jeg på [borgerens navn] derovre, der er blind. Hun har tidligere vasket op selv, men når man så går ind og åbner den [hjelpe]pakke, hun nu har, så står der netop det der med at vaske op, tømme affaldsposer og sådan noget. Og det har hun jo gjort tidligere selv, altså. Så kommer der nogle nye SOSU'er, og de regner så med, at man skal. Så starter man med at vaske op og hjælpe hende, og nu sidder hun bare og kigger ud i luften og vil overhovedet ikke vaske op. 'Nej, det plejer de at gøre', siger hun. Det er også en fejl, kan man sige, at der er sådan en standardbeskrivelse for hjælp.

Det generelle billede, som formidles via interviewene med SOSU'erne, er, at de ældre *ikke* er forberedt på at deltage i hjælpens udførelse. Når de er blevet visiteret til hjælp, har de forventningen om, at SOSU'en udfører opgaverne:

Interviewer: Hvorfor?

SOSU: Ja, fordi der jo er nogen altså, der føler, at det er vores opgave. Når man så siger: 'Det er jo også med til at holde dig selv i gang', man prøver ligesom at forklare, 'jamen du har jo godt af, at du selv laver noget', og det er jo det, mange af dem kan jo ikke forstå, at det er lige for... de kan jo godt selv tørre støv af og gå og nusse og pudse med.

SOSU_1: Jeg tror sådan set ikke, selvom det stod i standarderne [at den ældre kan forvente at blive inddraget], så tror jeg ikke, at der er nogen af vores borgere, der hægtes om det her. Det tror jeg ikke. Det er ikke sådan, at de sidder og venter: 'Nå, hvad bliver jeg nu sat til'.

(Andre griner.)

SOSU_1: Det tror jeg faktisk ikke. Jeg tror ikke, at de..

SOSU_2: De vil nok blive overraskede, hvis vi kom og sagde: 'Se hvad der står her'.

SOSU'erne finder det vigtigt, at en ny modtager af hjemmehjælp allerede fra starten kender spillets regler. De mener også, at de ældre ofte er autoritetstro og lægger mere vægt på det, visitatoren siger, end på det, SOSU'en siger. Nogle SOSU'er beskriver det som en mangel, at der ikke er afsat mere tid til den første kontakt med en ny borger, hvor relationen formes. Det vil ifølge SOSU'erne være en god satsning med henblik på at kunne indføre hjælp til selvhjælp:

SOSU_1: Jeg synes, at vi har for lidt tid, når vi starter en ny borger op. Altså når vi får en ny, får vi ikke rigtig noget tid til at komme ind. Vi får en beskrivelse fra visitationen, hvad der er aftalt, at de skal have hjælp til at smøre mad og sådan nogle ting. Man får ikke mulighed for eller tid til at sætte sig ned i en halv eller hel time og snakke med den her borger og sige, hvad det lige er for noget, som du har brug for hjælp til. Er der noget, du kan gøre selv, eller hvordan er det. Hvad kan du selv af de her ting? Så man får startet rigtig godt og fundet ud af, hvad er det lige for nogle ting, de nøjagtig har brug for hjælp til i forhold til de enkelte ting. Det kan jeg godt savne, for det er sådan noget, at man får en besked, du skal derud, så får du måske ti minutter ekstra til at finde ud af, hvordan det lige er. Så går man i gang, for det er det, man er blevet visiteret til, og så gør man det.

...

SOSU_2: Også at de har en forståelse for, hvorfor det er, at de skal hjælpe, eller at man samarbejder. Det er jo ikke for at hjælpe os.

SOSU_1: Nej, nej. Det er jo for at hjælpe dem selv, ikke også, med at bevare det der funktionsniveau. Det synes jeg også, at vi oplever, hvis man tager for eksempel apopleksipatienter, der kommer hjem fra genoptræning, og som har lært en masse ting, men de der funktioner, de forsvinder lige så stille, når de kommer hjem, fordi tiden er der ikke til, at vi kan hjælpe dem [på den måde] at de selv kan få lov.

Interviewer: Så der er ikke så meget tid til at træne?

SOSU_1: Nej, til at blive bedre til de ting og få nogle nye funktioner ført på. Det er en mangel.

SOSU'erne reflekterer alt i alt en hel del over deres egen relation til visitationen samt deres muligheder for at være i dialog om hjælpens indhold og omfang. De lægger især vægt på, at der burde være mere fokus på, hvordan SOSU'ernes opgave bliver præsenteret for de ældre, når de bliver visiteret til hjemmehjælp. Princippet om hjælp til selvhjælp burde kommunikeres tydeligt ud allerede i denne fase.

Besøgstid som ramme

Tidsaspektet udgør ifølge SOSU'erne en barriere for at kunne inddrage de ældre i højere grad. De ældre er generelt langsomme i deres gøremål, og de reagerer ikke så hurtigt. Derfor skal man som SOSU have overskud til at lade den ældre deltage. Den ældres deltagelse aflaster ikke SOSU'en, idet den som regel forudsætter SOSU'ens tilstedeværelse (den ældre deltager i udførelsen af samme funktion som SOSU, fx bad eller opvask). Følgende udsagn er meget typiske i interviewene:

Man hører hele tiden, når man er på skole, om aktivering, aktivering, aktivering, men tit, når man kommer ud, så går det jo tyve gange hurtigere at gøre tingene selv.

SOSU_1: Det kræver også mere tid, hvis man skal gøre det sammen, altså tid, som man faktisk ikke har.

SOSU_2: Jo. Men så må man gøre det selv. Det synes jeg.

Endvidere peger SOSU'erne på, at barrierer for ikke at kunne inddrage den ældre kommer oppefra i systemet:

SOSU_1: Der er visiteret 25 minutter, og jeg skal rede seng, tømme affaldsspand, vask op. Det er frustrerende, simpelthen. Det synes jeg virkelig det er.

(De andre rømmer sig og griner lidt.)

SOSU_2: Så der er ingen tid til at inddrage hende i nogen af de her opgaver.

SOSU_1: Nej, lige nøjagtigt. Og hun kan nemlig sagtens smøre sin mad. Hun kan sagtens. Jeg skal bare lige støtte og hjælpe hende.

SOSU_2: Hun skal bare guides ...

SOSU_1: Og det er så ærgerligt. Jeg tror også, at det er en af årsagerne til, at mange [SOSU'er] kører ned med stress, fordi man bliver ked af det. Fordi man ved, at man kunne have gjort det bedre, men tiden er bare ikke til det. Så det er en ønsketænkning ... det er jo en dejlig ting det her med, at man samarbejder, men det tager jo tid.

SOSU_1: Men hvor er det vigtigt, at de selv er en del af hverdagen, og at de selv gør de ting, de kan. Vi snakker meget om hjælp til selvhjælp, men tit tager vi over, fordi det skal gå stærkt.

SOSU_2: Men det er egentlig ikke vores skyld, at det skal gå så stærkt. Det er tit højere oppefra ...

SOSU_1: Nej, nej, bestemt ikke.

(De andre siger nej, nej.)

SOSU_3: Det er jo visiteringen.

Den afsatte tid til enkelte besøg nævnes således hyppigt i interviewene som en barriere for at yde hjælp efter hjælp til selvhjælpsprincippet. Dette synes også at være tilfældet ifølge nogle af observationerne (jf. også Swane 2003). På den anden side nævner SOSU'erne også (jf. afsnittet ovenfor om visitationens rolle), at det ikke er ualmindeligt, at de ældre er blevet bevilget hjælp til noget, som de egentlig godt selv kan.

Kontaktens varighed

Langvarige borgerrelationer kan ifølge SOSU'erne være både gode og farlige. På den ene side giver kendskab til den ældre et godt grundlag for at vurdere ændringer i dennes tilstand. Men der kan på den anden side ske en vis fastlåsning af bestemte adfærdsmønstre, som det er svært at ændre på. Der synes at være to forskellige skoler blandt SOSU'erne, hvor den ene ser en længerevarende kontakt som et aktiv, mens den anden peger på, at det kan føre til et uhensigtsmæssigt samspil, som er kontraproduktivt med hensyn til at stille krav til den ældre om deltagelse.

SOSU'erne af den sidste type peger på, at i de hjem, hvor der har været en langvarig relation, har både SOSU'er og ældre bestemte roller og indgroede vaner, og det er svært at indføre noget nyt eller gøre tingene på en anden måde. Derfor er det nemmere at begynde at stille krav til de nye ældre, der kommer ind i plejesystemet:

SOSU_1: Det har jeg ikke sagt, jeg siger bare, at det er da meget nemmere. Vi er nødt til at forholde os til, at det er meget nemmere med de nye borgere, der kommer hjem

[fra sygehus] og skal ind i plejesystemet. At få dem til: 'skulle vi ikke vaske op sammen'?

SOSU_2: Ja, ja. For mange af dem, vi har, det er nogen vi har haft i 100 år og en dag. De bliver rigtig gamle herude, vi passer godt på dem (griner).

Det kan være en hæmsko at blive involveret for meget i relationen:

Interviewer: Men er det ikke en hjælp for jer, at I kender borgeren, så I ved, hvad borgeren kan? Er det en hjælp for jer i forhold til at sætte noget i gang?

SOSU: Der synes jeg faktisk, at det er en hæmsko, hvis man kommer der ...

Interviewer: ... for meget eller for tit?

SOSU: Ja, jeg synes faktisk, at det er nemmere, hvis der kommer en ny, der kan sige noget ... sådan har jeg det nok lidt.. jeg kan godt se nogle ting.

Interviewer: At de luller sig lidt i søvn?

SOSU: Jaaa.. men også fordi mange nærmest synes, at man [SOSU'en] er medlem af familien, og at man så kommer og siger, 'ved du hvad, det her, det skal du altså selv til at klare, fordi det ikke kan passe, at du ikke kan'. Så går det der lidt fløjten.

Interviewer: Så det kan være svært i forhold til samarbejdet?

SOSU: Det kan godt være svært, hvis man bliver involveret for meget. Så det er godt, at der også kommer nye ansigter.

En gruppe SOSU'er mener, at forudsætningen for at kunne praktisere hjælp til selvhjælp er at have godt kendskab til den ældre, og at det kun kan opnås over længere tid. Hvis man kommer fast til den ældre, så finder man hen ad vejen ud af, hvad han eller hun selv kan. Dermed lægger SOSU'erne vægt på, at et godt kendskab og en god relation giver grobund for samarbejde og skaber forudsætninger for hjælp til selvhjælp, jf. følgende udsagn fra SOSU'er i to forskellige kommuner:

Interviewer: Så kan man godt bruge arbejdsdeling til [at motivere til] hjælp til selvhjælp?

SOSU: Jeg tror nok, at det drejer sig om at have fortrolighed med hinanden også. Altså, der er ikke noget, hvor man kan komme ind som helt ny i et hjem og sige: 'nej, nu må du hjælpe mig med det her' eller: 'nu må du tørre opvasken efter jeg har vasket'. Det tror jeg slet ikke.

Interviewer: Det I siger er, at man skal have fortrolighed, inden man kan gå i gang med hjælp til selvhjælp?

SOSU: Det er jo det. Det kommer jo an på, hvor meget man kender dem.

Interviewer: Hvad gør man så [for at få den ældre med]?

SOSU_1: Jamen man prøver at skubbe lidt på. Nu kommer det jo også an på i hvert fald for mit vedkommende, om det er en, jeg kender godt, eller en, jeg ikke har været hos så mange gange. Er det en, jeg ikke har været hos så mange gange, så vil jeg ikke presse så meget på, for så kan man også hurtigt træde over folks grænser.

SOSU_2: Men ellers, hvis det er hos en fast [borger], så kan man sige, 'jamen du plejer da'.

SOSU_1: Så kan man sige lidt mere.

Det nævnes også, at en længevarende kontakt og kendskab giver mulighed for at observere den ældres tilstand i tidsperspektiv. Det kan i sig selv at være vanskeligt at komme til en ny borger og vurdere, hvad denne kan. Men det er især svært, når der er tale om svækkede ældre, som eventuelt lider af demens eller kræft eller er i terminalfasen:

Interviewer: Men kan det være vanskeligt at komme ud til en borger og vurdere, hvor meget denne borger selv kan, og hvor meget man skal give hjælp til?

SOSU_1: Det synes jeg godt, at det kan være.

SOSU_2: Ja.

SOSU_1: Hvis det er en, man ikke kender så godt, så kan det da godt være svært at vurdere. Også med demente.

SOSU_2: Især med demente, ja.

SOSU'ernes argumentation synes at være, at der ikke er en en til en-sammenhæng mellem muligheden for at yde hjælp til selvhjælp, og hvor fast en kontakt SOSU'en har med den ældre. Hovedparten af SOSU'erne finder det vigtigt, at de har godt kendskab til de ældre, de arbejder hos. Samtidig synes der at herske enighed om, at det er vanskeligt at arbejde efter hjælp til selvhjælp i hjem og hos ældre, som man ikke har kendskab til.

Opgavens karakter

Hovedparten af SOSU'erne mener, at det falder mere naturligt at opfordre den ældre til at deltage i personlig pleje end i praktisk hjælp. Det er nemmere at 'skubbe' de praktiske opgaver til SOSU'en, mens de ældre i de fleste tilfælde synes at have et ønske om at klare personlig hygiejne længst muligt selv:

Interviewer: Kan det være, at der er nogle opgaver, det er lettere at få de ældre med til end andre? Oplever I en forskel?

SOSU_1: Netop det der med personlig pleje og påklædning, det er jo ligesom det, de skal igennem, for at dagligdagen kan ligesom begynde. Opvasken kan de jo sagtens sætte os til. De behøver jo ikke at føle, at de er stået op for at vaske op, hvis man kan sige det sådan.

SOSU_2: Du mener, at det er vigtigere for dem at blive klædt på eller få den lille hånd til at ...

SOSU_1: Men det er jo også et eller andet sted at værne om ens egen person, hvor det måske er knap så grænseoverskridende, at der er en, der står og vasker op for en, som at man skal til at tørres bag i. Altså, der går de tit lidt længere, vil jeg sige, før vi må hjælpe dem med det. Så det er nok der, de sådan er mest motiverede for selv at gøre noget.

SOSU_3: Der er mange ældre, der har svært ved at modtage sådan en hjælp. De skal virkelig vænne sig til, at vi kommer og overtager der.

Interviewer: Altså med personlig pleje?

SOSU_1: Ja.

SOSU_3: Det er der rigtig mange, der har svært ved.

SOSU_1: Det er det sidste, de selv slipper, hvis man kan sige det sådan.

Praktisk hjælp – typisk hver 14. dag – giver ifølge flere SOSU'er gode muligheder for at observere den ældres tilstand. SOSU'erne er hos den ældre typisk længere tid ad gangen, end det er tilfældet i forbindelse med besøg med personlig pleje, og når SOSU'er, der udfører praktisk hjælp, ikke kommer hver dag, er det lettere for dem at opdage ændringer i situationen. Følgende udsagn giver udtryk for, hvordan SOSU'erne, der yder praktisk bistand, beskriver deres observationsfunktion hos de ældre:

SOSU_1: Jeg synes da, at rengøring er godt at have hos borgerne, fordi det er der, hvor du kan observere deres aktivitetsniveau, og du sådan lige får snakket med dem.

SOSU_2: Helt sikkert, det er det faktisk. Nu må jeg jo godt sige det, fordi jeg ikke har så mange af dem, men jeg kan få enormt meget ud af en rengøring, altså assistenter gør jo også rent, vi har jo også helhedsplejen, og der er decideret steder, vi vælger, at den skal stå på os, hvis der er et eller andet specielt, vi skal observere. Hvis de er psykisk syge eller et eller andet i den stil, og der kan du altså få rigtig meget ud af sådan en 45 minutters rengøring.

Interviewer: Prøv at fortælle lidt om, hvad man kan få ud af det?

SOSU_2: Jamen, man kan observere deres aktivitetsniveau. Det kan godt være, at støvsugeren larmer lidt, men når den er slukket, så kan man måske få en samtale i gang. Hvis det er en af de svære samtaler, så kan det måske være svært, når man sid-

der sådan ansigt til ansigt. Så er det måske lidt nemmere, når man står halvt med siden til og med en klud i hånden. Så kan der måske komme ord på.

SOSU: Men det gode er jo, at når der er støvsuget, så er der altså tid til at snakke med borgerne og også interessere sig for dem. Jeg må da indrømme, at selv om helhedsplejen kommer der, så har jeg da observeret mange ting, som jeg er gået videre med.

(Andre siger mmm.)

SOSU: Der kommer nogen fra helhedsplejen, men jeg ser tingene anderledes, fordi jeg kommer hver 14. dag. Så ser jeg måske nogle ting, som de ikke ser, fordi de kommer hver dag.

Der synes at være tendens til, at SOSU'erne har et mere naturligt udgangspunkt i at yde hjælp til selvhjælp i situationer, som vedrører personlig pleje. Den ældre gør mest muligt selv, fordi det for mange kan være grænseoverskridende at modtage hjælp til personlig hygiejne. Hvad angår SOSU'ernes mulighed for at observere den ældres situation under besøgene, har praktisk hjælp ifølge flere SOSU'er bestemte fordele som beskrevet ovenfor.

Relation til pårørende

SOSU'erne beskriver, hvordan pårørende både kan være til støtte og til besvær i deres arbejde. Den dominerende fortælling blandt SOSU'erne er, at pårørende ofte stiller flere krav end de ældre. Hvis der opstår konflikter om hjælpen, så er det som oftest med pårørende, der fungerer som talsmænd for de ældre:

SOSU_1: Og nogle gange er de pårørende altså heller ikke helt nemme. Nogle har, jeg vil ikke sige høje forventninger, men de har nogle andre forventninger til det, deres pårørende, for eksempel mor eller far, kan eller ikke kan, og de vil have, at vi gør andre ting end dem, de er visiteret til eller det, som borgeren selv mener, at de kan klare. Man kan godt blive skubbet lidt fra flere sider.

SOSU_2: Jeg havde en pårørende i telefonen, som fortæller, at han [faderen] ikke må gøre noget som helst. At det er vores job. Hun havde prompte sagt til sin far, at du ikke skal røre noget. De blander sig lidt for meget, de pårørende.

SOSU_1: Ja, i god mening.

Pårørendes krav vil typisk sætte pres på at give mere hjælp, end der reelt er behov for, og dermed vil hjælpen nemt hælde mod service. Gennem observationer af konkrete hjælpesituationer har vi eksempler på besøg, hvor hjælpen er meget servicepræget, fordi det på grund af konfronterende pårørende ikke er muligt at praktisere hjælp til selvhjælp. Uddragene neden-

for, som er fra tre forskellige interview, beskriver pårørendes forskellige forventninger til hjemmeplejens og SOSU'ernes opgave:

SOSU: Det ser man jo også tit ved pårørende, ikke? Det er der, man sætter skilte op ude i borgernes hjem, 'I skal vaske op efter jer selv'. Gæster osv. Fordi de bare sætter tingene, for hjemmehjælpen kommer da, så behøver de da ikke at rydde op.

(De andre siger nej.)

SOSU: Det er lidt sådan, ikke? Nu har vi hjemmehjælpen, så skal vi da heller ikke vaske op, når vi har været der. Før der kommer sedler op om, at det er de faktisk nødt til, for vi gør det altså ikke.

(De andre siger nej, nej.)

SOSU: Men den synes jeg, at man har mødt mange gange, ikke?

(De andre siger ja, ja mange gange.)

SOSU: Da hun kom hjem, så havde vi [hjemmeplejen] det sådan, at hun skal da have hjælp til bad hver dag, og hun skal have hjælp til at smøre morgenmad og lave kaffe og rede seng og tage skraldespanden ud. Og så oplever jeg rent faktisk i en diskussion mellem min borger og hendes pårørende, hvor borgeren står og siger til sin datter: 'Prøv lige at høre her, det her, det kan jeg altså godt selv, det skal [SOSU]ens navn] ikke gøre'. Og så gik jeg til min leder og sagde: 'Sådan her, det har hun fået hjælp til før'. Det beholdt vi så altså. Det er også hende, hvor jeg oplever, at når jeg kommer derud, så har hun gjort lidt af rengøringen, selv om hun egentlig har fået ordre fra datteren om, at det skal hun absolut ikke gøre.

SOSU_1: Altså, vi har da haft nogen, hvor visitator har været ude og visitere til personlig pleje, og da så en af hjælperne kommer ud og siger: 'Nå, du skal have hjælp til at blive vasket?' Så siger hun, 'næ, det skal jeg ikke'. Og hun bliver jo lidt fornærmet over, at man ikke troede, at hun kunne det selv.

SOSU_2: Men sker det ikke også, hvis de er indlagt, og familien så sidder der. Så siger familien: 'Mor skal have hjælp til det og det', og på den måde bliver de visiteret til meget af det også.

De to sidste uddrag viser, hvordan pårørendes indstilling kan påvirke, at der bliver visiteret hjælp, som ikke viser sig hensigtsmæssig i praksis. Vores interview- og observationsmateriale indeholder også flere eksempler på en konstruktiv samarbejdsrelation mellem SOSU'erne og ældre. Ovennævnte eksempler er valgt, som generelt eksemplerne i dette afsnit med henblik på at synliggøre forhold, som ifølge SOSU'erne vanskeliggør muligheden for at praktisere hjælp til selvhjælp i praksis.

Vi har i dette afsnit beskrevet, hvordan forskellige forhold som målsætninger for hjælpen, visitation, besøgstid osv. er af betydning for hjælpens udformning. Andre forhold, som SOSU'erne nævner som støttende med hensyn til at kunne yde hjælp til selvhjælp, er for eksempel støtte fra kolleger og egen leder, herunder muligheden for at drøfte egen måde at arbejde på med kolleger. Elever, som følger med til de enkelte hjem, kan også være en øjenåbner ved at stille spørgsmål om måden at yde hjælp på. I de kommuner, hvor der er decideret samarbejde med fx fysioterapeuter og ergoterapeuter, eller hvor SOSU-personalet har deltaget i et projekt med særligt fokus på hjælp til selvhjælp, er SOSU'erne blevet mere opmærksomme på hjælp til selvhjælp i deres daglige arbejde. Det nævnes også som en fordel, at man har kontakt med forskellige brugergrupper – dvs. ikke alene ældre – idet det er med til at sætte arbejdet i perspektiv. Nogle af erfaringerne fra arbejdet med fx yngre modtagere af hjemmehjælp kan overføres til arbejdet med ældre. I en af kommunerne nævnes også, at muligheden for at rekruttere uddannet personale er vigtig med hensyn til at kunne yde hjælp efter hjælp til selvhjælpsprincippet.

3.6 Opsamling

Udgangspunktet for analysen i dette kapitel var, om vi kan identificere de to principper – hjælp til selvhjælp og service – i praksis, og hvad der egentlig karakteriserer hjælpen, når den ydes efter det ene eller det andet princip? Hvornår er der tale om hjælp til selvhjælp, og hvornår service?

På baggrund af analyser, som dels er baseret på interview med SOSU'erne, dels på deltagende observationer af SOSU'ernes besøg hos ældre, har vi identificeret og beskrevet to varianter af hjælp til selvhjælpsorienteret hjælp og tre varianter af serviceorienteret hjælp. Det vil sige, at hverken hjælp til selvhjælp eller service viste sig at være entydige, homogene kategorier.

Den ene form for *hjælp til selvhjælp* er karakteriseret ved, at SOSU'en tilskynder og motiverer den ældre til selv at udføre opgaver med det formål at gøre denne mere uafhængig af hjælpen (et rehabiliterende og træningsorienteret sigte). Den anden form for hjælp til selvhjælp – som på baggrund af både observationer og interview er den hyppigst forekommende form – er at inddrage den ældre i (mindre) daglige gøremål for at vedligeholde dennes funktions- og aktivitetsniveau uden en målsætning om at blive mere selvhjulp. Derudover blev der rejst diskussion om en eventuel tredje form: at understøtte den ældres aktivitetsniveau og livskvalitet ved at yde hjælp, således at den ældre har overskud til noget andet, der er vigtigt for at opretholde en selvstændig livsførelse fysisk, psykisk og/eller socialt set.

Tilsvarende som hjælp til selvhjælp viste *serviceorienteret* hjælp sig at indeholde flere former. Den ene form drejer sig om at udvise fleksibilitet med hensyn til at bytte ydelser efter ældres aktuelle tilkendegivelser til noget andet end aftalt. Den anden form handler om imødekommenhed over for den ældres ønsker, således at SOSU'en indretter sig efter den ældres forventninger og standarder om, hvordan opgaverne skal udføres, og dermed tilpasser sig ældres individuelle ønsker, behov og vaner. Den tredje form kommer til udtryk i form af ekstra tjenester: SOSU'en udfører opgaver, som den ældre faktisk selv kan, og hun gør det enten på

den ældres eller eget initiativ. Imødekommenhed over for ældres ønsker synes at være den form for hjælp, der forekommer hyppigst både ifølge interviewene med SOSU'erne og observationerne af konkrete hjælpesituationer.

Et andet spørgsmål, som var centralt i analyserne, var følgende: *Forudsætter hjælp til selvhjælp henholdsvis service en bestemt form for relation mellem SOSU og den ældre?* Dette spørgsmål var vigtigt, idet tidligere forskning peger i retning af, at der er en vis modsætning mellem udøverens og modtagerens roller, når det handler om henholdsvis hjælp til selvhjælp og service, således at hjælp til selvhjælpsrelationen er karakteriseret ved professionelles dominans, mens servicere relationen er karakteriseret ved modtagernes dominans.

Vores analyse af konkrete hjælpesituationer tyder på, at relationen mellem SOSU'en og den ældre indeholder betydelig variation i dominans, både hvad angår hjælp til selvhjælpsrelationer og servicere relationer. Det vil sige, at der ikke findes en entydig profil for, hvordan relationen mellem SOSU og den ældre er, når det handler om henholdsvis hjælp til selvhjælpsorienteret og serviceorienteret hjælp. Forskellige faktorer og komplekse mekanismer spiller ind.

Hvad angår hjælp til selvhjælp, kan relationen være præget af en mere eller mindre gensidig forståelse af – eventuelt som resultat af dialog eller forhandling – hvordan hjælpen ydes. Den kan også være præget af, at der hersker en klar opgavedeling mellem SOSU'en og den ældre, og med eller uden en egentlig personlig relation mellem de to parter. Relationen kan således være gensidig, men den kan også være langt fra harmonisk – dog tegner der sig oftest et billede af en samarbejdsrelation.

Hvad angår service, illustrerer analysen, at der er betydelig variation med hensyn til, om hjælpen bliver serviceorienteret på grund af, at den ældre stiller krav, eller på grund af andre forhold, som i højere grad er relateret til den enkelte SOSU og dennes arbejdssituation. Det første tilfælde, hvor modtageren er dominerende i relationen, svarer til en traditionel opfattelse af service. I vores observationsmateriale er denne form for service imidlertid langt fra almindelig. Hjælpen bliver til service – dvs. at SOSU'en udfører ting, som den ældre selv kan – også i situationer, hvor SOSU'en så at sige ikke er 'gearet' til at arbejde efter princippet om hjælp til selvhjælp af hensyn, som kan være relateret til egen arbejdssituation og personlig måde at arbejde på (hvad der er mest effektivt eller hurtigst) eller til forhold hos den ældre (at denne er rar, taknemmelig osv.).

Hjælpesituationer hos ældre synes almindeligvis at bestå af forskellige kombinationer af henholdsvis hjælp til selvhjælpsorienteret og serviceorienteret hjælp. Vi har i analysen betegnet det som 'hjælpemiks'. Hvordan hjælpen udformes i praksis synes altså at være et resultat af SOSU'ens faglige tilgang til arbejdet og af et komplekst samspil mellem SOSU og den ældre, som er påvirket af begges 'bagage'. For SOSU'ens vedkommende drejer det sig bl.a. om uddannelsesmæssig baggrund og personlige kvalifikationer samt arbejdsmiljøhensyn og menneskesyn, for ældres vedkommende om helbredstilstand, men også om forventninger til hjælpen og tidligere livsførelse. Dertil kommer kontekstuelle forhold, som SOSU'erne arbejder under, såsom prioriteringer i kommunen og hos hjemmeplejeledelsen, samarbejde med visitationen og kollegiale forhold. I denne sammenhæng er det især vigtigt at nævne to forhold: at princippet om hjælp til selvhjælp kommunikeres tydeligt til de ældre ved visitation til

hjælp og formuleres i målsætninger til hjælpen, samt at der lægges vægt på opstartfasen med en ny borger, hvor relationen mellem SOSU og den ældre formes. Vi vil her til sidst pege på forhold, der nævnes som støttende med hensyn til at kunne yde hjælp til selvhjælp. Blandt sådanne forhold er for eksempel støtte fra kolleger og egen leder, herunder muligheden for at drøfte egen måde at arbejde på med kolleger. Elever, som følger med til de enkelte hjem, kan også være en øjenåbner ved at stille spørgsmål om måden at yde hjælp på. I de kommuner, hvor der er decideret samarbejde med fx fysioterapeuter og ergoterapeuter, eller hvor SOSU-personalet har deltaget i et projekt med særligt fokus på hjælp til selvhjælp, er SOSU'erne blevet mere opmærksomme på hjælp til selvhjælp i deres daglige arbejde. Det nævnes også som en fordel, at man har kontakt med forskellige brugergrupper – dvs. ikke alene ældre – idet det er med til at sætte arbejdet i perspektiv. Nogle af erfaringerne fra arbejdet med fx yngre modtagere af hjemmehjælp kan overføres til arbejdet med ældre. I en af kommunerne nævnes også, at muligheden for at rekruttere uddannet personale er vigtig med hensyn til at kunne yde hjælp efter hjælp til selvhjælpsprincippet.

4 Virkninger af hjælp til selvhjælp og service

I dette kapitel analyserer vi, hvorvidt vi kan konstatere en virkning af henholdsvis hjælp til selvhjælp og service på udviklingen i fysisk funktionsniveau, psykisk velbefindende og hjælpens omfang for modtagere af praktisk bistand og personlig pleje. Høje-Taastrup og Varde Kommuner repræsenterer et princip om hjælp til selvhjælp, mens Brønderslev og Fredensborg Kommuner repræsenterer et serviceprincip, selv om det foregående kapitel ikke giver et tydeligt billede af, at der er forskel på måden, hvorpå der ydes hjælp i de to grupper af kommuner. Høje-Taastrup og Varde Kommuner har imidlertid gennemført projekter og haft en strategi for at styrke aktivering og selvhjulpenshed blandt modtagere af hjælp, mens dette ikke har været tilfældet i Brønderslev og Fredensborg Kommuner. På det grundlag er Høje-Taastrup og Varde Kommuner repræsentanter for et princip om hjælp til selvhjælp, mens Brønderslev og Fredensborg Kommuner er repræsentanter for et serviceprincip. Den overordnede model for analyserne har således været at sammenligne udviklingen i mobilitet, fysisk funktionsniveau og psykisk velbefindende blandt modtagere af hjælp i 'selvhjælpskommunerne' med modtagerne af hjælp i 'servicekommunerne'. Vi har sammenlignet udviklingen fra efteråret 2009 til efteråret 2010.

Analyserne er hovedsagelig gennemført som multivariate regressionsanalyser, hvor det undersøges, om udviklingen i fysisk funktionsniveau, psykisk velbefindende og hjælpens omfang viser sammenhæng med, hvilken kommune de ældre bor i. Er det sådan, at ældre i fx Høje-Taastrup og Varde Kommuner har et højere fysisk funktionsniveau i 2010 end ældre i Brønderslev og Fredensborg Kommuner, når der tages højde for funktionsniveauet i 2009 og for andre faktorer som fx alder, køn og uddannelse, som kunne tænkes at hænge sammen med funktionsniveau? En tilsvarende analyse er gennemført for psykisk velbefindende og bevilget antal timer til praktisk bistand og personlig pleje. I analysen sammenlignes hver enkelt kommune, idet det giver mulighed for at afdække, om der er en forskel mellem henholdsvis de to hjælp til selvhjælpskommuner og de to servicekommuner.

Vi har endvidere undersøgt, om det spiller en rolle for udvikling i funktionsniveau og psykisk velbefindende, om man i 2009 havde en privat leverandør eller fik hjælp fra den kommunale hjemmepleje. Antagelsen var som udgangspunkt, at hjælp til selvhjælp ville være mere dominerende i den kommunale hjemmepleje end blandt private leverandører. Det har dog ikke været muligt at fordele de ældre i Varde Kommune på privat eller kommunal leverandør. Denne analyse vil derfor reelt kun omfatte de øvrige tre kommuner.

Fremgangsmåden har i første omgang været at analysere, hvilke karakteristika ved de ældre der udviser klareste sammenhæng med henholdsvis mobilitet, fysisk funktionsniveau, psykisk velbefindende mv. Efterfølgende er bopælskommune inddraget i analysen for at afdække, om der er en forskel mellem kommunerne.

4.1 Mobilitet og udførelse af daglige aktiviteter

I den udstrækning Varde og Høje-Taastrup Kommuner har fået implementeret og udbredt et princip om hjælp med et aktiverende sigte i praktisk bistand og personlig pleje, vil vi forvente, at de ældre i disse to kommuner på opfølgningstidspunktet i 2010 har en bedre mobilitet og et bedre funktionsniveau i daglige aktiviteter end ældre i Brønderslev og Fredensborg Kommuner. Der tages i sammenligningen hensyn til de ældres mobilitet og funktionsniveau i udgangspunktet (2009). Vi forventer altså, at et fokus på hjælp til selvhjælp kan bidrage til at forebygge eller udskyde en reduktion i mobilitet og funktionsniveau i daglige aktiviteter. De ældres sammensætning i de fire kommuner kan imidlertid med hensyn til andre karakteristika være forskellig, hvilket kan have betydning for udviklingen i deres mobilitet og funktionsniveau. Vi har derfor i analyserne af mobilitet og funktionsniveau i daglige aktiviteter korregeret for andre karakteristika, som forventes at have betydning. I analyserne er således inddraget karakteristika, som udviser signifikant sammenhæng med henholdsvis mobilitet og funktionsniveau. Vi har derudover medtaget visse socioøkonomiske karakteristika i analyserne, uanset om sammenhænge med mobilitet og funktionsniveau er signifikante (fx køn, alder, indkomst og uddannelse).

Som tidligere nævnt i kapitel 2 har vi som mål for fysisk funktionsniveau anvendt en række validerede spørgsmål om afhængighed af hjælp til at bevæge sig omkring og til at klare en række daglige aktiviteter (Avlund m.fl. 1995; Avlund, Kreiner & Schultz-Larsen 1996). Til at måle *mobilitet* er anvendt følgende spørgsmål:

- Kan du rejse dig fra stol/seng uden hjælp?
- Kan du komme udendørs uden hjælp?
- Kan du komme omkring i huset uden hjælp?
- Kan du klare at gå udendørs i godt vejr uden hjælp?
- Kan du klare at gå udendørs i dårligt vejr uden hjælp?
- Kan du gå på trapper uden hjælp?
- Kan du bøje dig ned eller gå ned i knæ uden hjælp?

På baggrund heraf er der dannet en skala fra 0-7, der angiver, hvor mange funktioner der kan klares uden hjælp. Til at måle *funktionsniveau i daglige aktiviteter* er anvendt følgende spørgsmål:

- Kan du frisure dig uden hjælp?
- Kan du gå på toilettet uden hjælp?
- Kan du vaske overkroppen uden hjælp?
- Kan du vaske underkroppen uden hjælp?
- Kan du tage tøj på overkroppen uden hjælp?
- Kan du tage tøj på underkroppen uden hjælp?
- Kan du tage sko/strømper på uden hjælp?
- Kan du klippe tånegle uden hjælp?
- Kan du støvsuge uden hjælp?
- Kan du løfte eller bære dagligvarer uden hjælp?

De to sidste spørgsmål er ekstra i forhold til Avlunds skala, og de er inddraget for at opfange en eventuel ændring i funktionsniveau, som ikke opfanges med de otte daglige aktiviteter. Der er dannet en skala fra 0-10, som angiver antal daglige aktiviteter, der kan udføres uden hjælp.

Resultatet af analyserne af *udviklingen i de ældres mobilitet* fra 2009 til 2010 er vist i bilagstabel 4.1.

I denne konkrete analyse af udviklingen i mobiliteten blandt modtagere af praktisk bistand og/eller personlig pleje er der taget højde for eventuelle forskelle mellem kommunerne med hensyn til køn, alder, uddannelse, husstand og vurdering af egen økonomi. Der er endvidere taget højde for eventuelle forskelle i mobilitet og funktionsniveau i 2009 samt for selv-vurderet helbred og sygdomme i bevægeapparat i 2009 og 2010.

Analysen søger således at afdække, om der mellem kommunerne er forskel i de ældres mobilitet i 2010, når der er taget højde for, hvordan deres mobilitet var i 2009, og når der er taget højde for de nævnte andre faktorer, som antages at have betydning for, hvordan mobiliteten bliver bedre, uændret eller dårligere. Analysen viser fx, at mænds mobilitet er bedre end kvinders, og at mobiliteten i 2010 falder med alderen, når der er taget højde for mobiliteten i 2009. Analysen viser endvidere, at mobiliteten er lavere blandt modtagere af hjælp, der bor sammen med en ægtefælle, end blandt dem, der bor alene, mens mobiliteten blandt ældre, som både i 2009 og 2010 synes at deres helbred ikke er godt (det vil sige nogenlunde eller dårligt), er lavere end blandt øvrige.

Analysen er gennemført for alle og for henholdsvis mænd og kvinder for sig. I ingen af analyserne er der nogen signifikant forskel mellem kommunerne med hensyn til, hvordan mobiliteten blandt modtagere af hjælp har udviklet sig i løbet af et år fra 2009 til 2010. Mænd i Høje-Taastrup Kommune er dog tæt på at skille sig signifikant ud fra mænd i de øvrige kommuner ved at have en bedre mobilitet i 2010.

Det kunne tænkes, at mobiliteten udvikler sig forskelligt for ældre med lidt eller begrænset hjælp og ældre med mere omfattende hjælp, og det kunne tænkes, at indsatsen fra kommunen først og fremmest kan forebygge nedsat mobilitet blandt ældre med kun lidt eller begrænset hjælp. I bilagstabel 4.2 er vist resultaterne af en analyse, hvor de ældre er fordelt efter omfanget af bevilget hjælp i 2009.

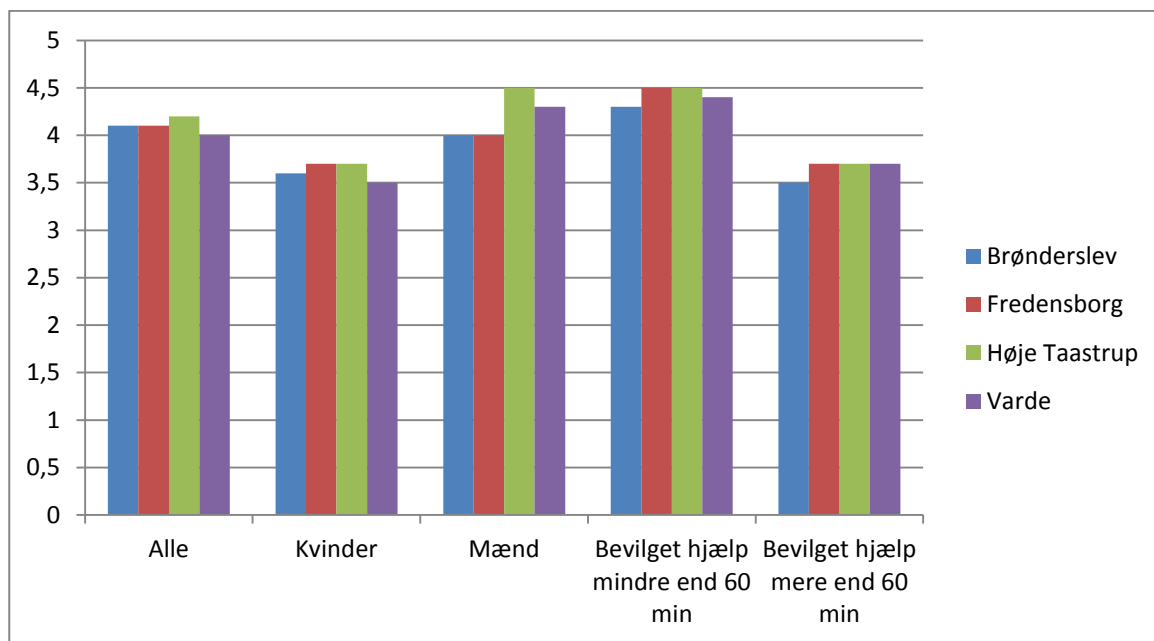
Det fremgår imidlertid af bilagstabel 4.2, at hverken blandt ældre med mindre eller mere end 60 minutters hjælp om ugen er der forskel mellem kommunerne med hensyn til mobiliteten i 2010.

I bilagstabel 4.2 er også vist resultaterne af en analyse af, om mobiliteten i 2010 er forskellig mellem ældre, som i 2009 kun modtog hjælp fra kommunen, og ældre, som havde valgt en privat leverandør eventuelt samtidig med kommunen. Analysen viser, at der ikke er nogen signifikant forskel, når man sammenligner med hensyn til leverandør. Men borgere, som havde en privat leverandør i 2009, er tæt på at have signifikant bedre mobilitet i 2010 end borgere, som kun havde kommunen som leverandør.

I figur 4.1 er vist et beregnet indeks for mobilitet i 2010 for en person med karakteristika, som angivet i anmærkningen under tabellen. Der er for grupperne alle, kvinder og mænd beregnet mobilitetsindeks i 2010 for en person, som i 2009 havde et indeks på 4,7. For borgere

med mindre end 60 minutters hjælp i 2009 er der beregnet for en person med et indeks på 5,2 i 2009, og for en person med 60 minutters hjælp eller mere i 2009 er der beregnet for en person med et mobilitetsindeks på 3,8.

Figur 4.1 Beregnet indeks for mobilitet i 2010 for alle, mænd og kvinder i de fire kommuner



Anm. Værdierne er beregnet for en 'standardperson', som er kvinde, har nogenlunde økonomi i 2009, har ingen erhvervsuddannelse, bor alene i 2009 og 2010, selvvalueret helbred ikke godt i 2009 og 2010, har ledsygdom i 2009 og 2010, alder som gennemsnittet samt gennemsnitlig værdi på indeks for mobilitet og ti daglige aktiviteter i 2009.

Figuren viser, at både mænd og kvinder gennemsnitligt har oplevet en nedgang i mobiliteten, og uanset omfanget af hjælp i 2009 har der været et fald i den gennemsnitlige mobilitet frem til 2010. Der er ingen signifikante forskelle mellem kommunerne.

Resultater af analysen af udviklingen i *funktionsniveau i udførelse af daglige aktiviteter* er vist i bilagstabel 4.3. Der indgår i denne analyse borgernes evne til uden hjælp fra andre at udføre ti forskellige former for daglige aktiviteter. De otte vedrører den personlige hygiejne og påklædning, men de to (at støvsuge og at løfte eller bære dagligvarer) vedrører praktiske opgaver i husholdningen). Vi har gennemført to analyser: en analyse, hvor antal bevilgede minutter i 2009 ikke indgår, og en analyse, hvor antal bevilgede minutter indgår.

Analysen viser, at god eller nogenlunde økonomi trækker i retning af et relativt højt funktionsniveau i ti daglige aktiviteter. Derimod trækker det i retning af et relativt lavt funktionsniveau, hvis man fx ikke bor alene hverken i 2009 eller 2010 og har en høj alder.

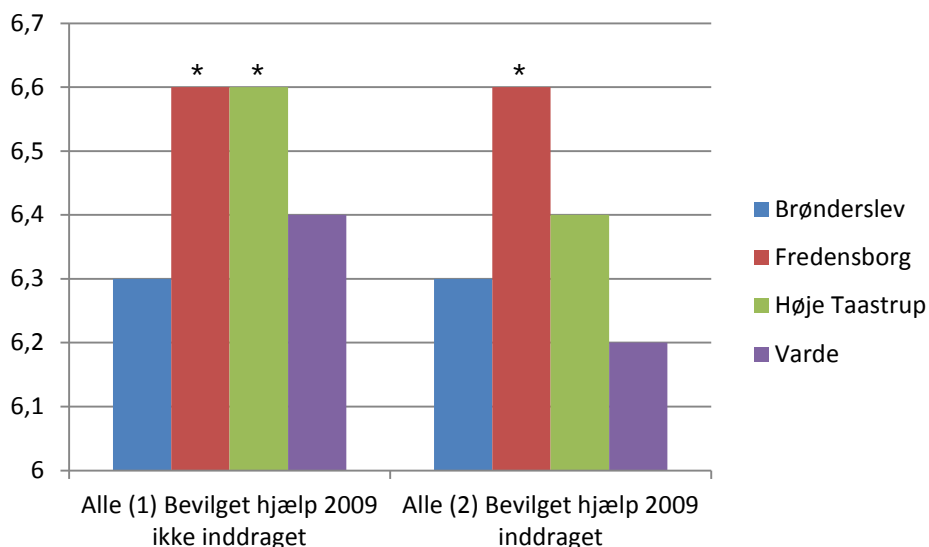
Resultatet af analysen viser, at når antal bevilgede minutter ikke indgår i modellen, har modtagere af hjælp i Høje-Taastrup og Fredensborg Kommuner i 2010 et bedre funktionsniveau i ti daglige aktiviteter end i de øvrige kommuner. Når antal bevilgede minutter i 2009 indgår, adskiller modtagere af hjælp i Høje-Taastrup Kommune sig ikke fra modtagere af

hjælp i de øvrige kommuner. Derimod har modtagere af hjælp i Fredensborg Kommune også i dette tilfælde et signifikant bedre funktionsniveau i ti daglige aktiviteter end i de øvrige kommuner. Vi ser, at der er en negativ sammenhæng mellem antal bevilgede minutter i 2009 og funktionsniveau i daglige aktiviteter i 2010. Det vil siges, at desto mere hjælp, der var bevilget i 2009, desto lavere er funktionsniveauet i 2010, når der er taget højde for niveauet i 2009 og andre karakteristika. Sammenhængen kan altså tolkes på den måde, at der i Høje-Taastrup Kommune alt andet lige er bevilget hjælp i færre minutter i 2009 sammenlignet med de øvrige kommuner, og at dette 'forklarer', at ældre modtagere af hjælp i Høje-Taastrup Kommune har et bedre funktionsniveau i 2010 end i de øvrige kommuner. Det skal bemærkes, at der ikke nødvendigvis er tale om en årsagssammenhæng.

Vi har analyseret, om der er forskellige resultater med hensyn til køn, alder (over eller under 80 år) og omfanget af hjælp i 2009 (mere eller mindre end 60 minutter om ugen) (resultater ikke vist). Det bedre funktionsniveau i daglige aktiviteter blandt modtagere af hjælp i Høje-Taastrup og Fredensborg Kommuner vedrører især kvinder. Der er ikke tydelig forskel på modtagere af hjælp under og over 80 år i Høje-Taastrup Kommune, mens der er bedre funktionsniveau i Fredensborg Kommune sammenlignet med de øvrige kommuner blandt modtagere af hjælp over 80 år, når antal bevilgede minutter i 2009 inkluderes i modellen. Når borgerne deles i modtagere af hjælp i over eller under 60 minutter om ugen, er funktionsniveauet bedre blandt modtagere af hjælp i Fredensborg Kommune end i de øvrige kommuner både blandt dem, der modtager hjælp i mindre end 60 minutter, og dem, der modtager hjælp i mere end 60 minutter om ugen. I Høje-Taastrup Kommune er det primært blandt modtagere af hjælp i mere end 60 minutter, at funktionsniveauet i 2010 er bedre end referencekommunen (Brønderslev). Dette resultat fremkommer også her kun, når bevilgede minutter i 2009 ikke inkluderes som forklarende variabel.

I figur 4.2 er beregnet indeks for udførelse af ti daglige aktiviteter i 2010 for en standardperson, når bevilget hjælp i 2009 henholdsvis ikke inddrages og inddrages i beregningen. Beregningen er udført for en person med et indeks på 6,8 på skalaen for udførelse af daglige aktiviteter i 2009. Beregningen illustrerer, at i alle kommuner kan de ældre, som modtager hjælp, udføre færre aktiviteter i 2010 end i 2009. Der er dog et mindre fald i indeks for udførelse af ti daglige aktiviteter i Fredensborg og Høje-Taastrup Kommuner end i de to øvrige kommuner, når omfanget af bevilget hjælp i 2009 ikke inddrages i analysen. Endvidere illustreres, at når der tages højde for, hvor meget hjælp, der var bevilget i 2009, skiller alene ældre i Fredensborg sig ud ved et mindre fald i de aktiviteter, de kan udføre.

Figur 4.2 Beregnet indeks for udførelse af ti daglige aktiviteter i 2010 i de fire kommuner



Signifikansniveau: * 5%, ** 1%, *** 0.1%.

Anm.: Værdierne er beregnet for en 'standardperson', som er kvinde, har nogenlunde økonomi i 2009, har ingen erhvervsuddannelse, bor alene i 2009 og 2010, selv vurderet helbred ikke godt i 2009 og 2010, har ledsygdom i 2009 og 2010, alvorlig sygdom ikke angivet, alder og bevilget hjælp i 2009 som gennemsnittet samt gennemsnitlig værdi på indeks for mobilitet, energi, ti daglige aktiviteter i 2009 og bevilget hjælp i 2009.

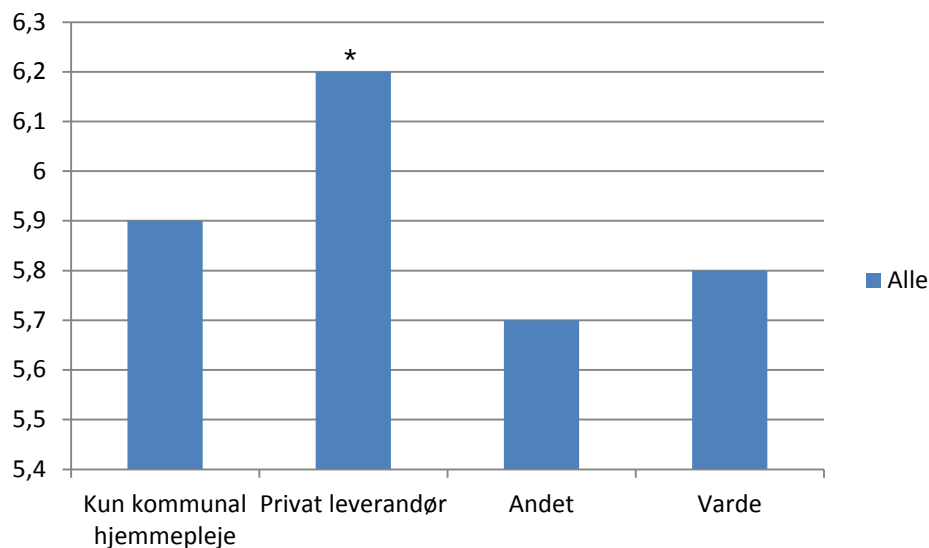
Vi har også i forhold til de ældres funktionsniveau analyseret, om der er forskel i udviklingen mellem dem, der kun har kommunen som leverandør, og dem, der (også) har privat leverandør. Resultatet af regressionsanalysen er vist i bilagstabel 4.4.

Resultatet af analysen viser, at når der er taget højde for borgernes funktionsniveau i daglige aktiviteter i 2009 og andre karakteristika, så har borgere med en privat leverandør i 2009 et bedre funktionsniveau end borgere, som kun har kommunen som leverandør. Dette er modsat af det forventede. Vi forventede, at hjælp til selvhjælp ikke er så udbredt et princip blandt medarbejdere hos private leverandører. Vi forventede endvidere, at dette ville slå igennem ved, at funktionsniveauet blandt ældre med privat leverandør ikke udviklede sig så gunstigt som blandt ældre alene med kommunal hjemmepleje. Vi ser imidlertid det modsatte, hvilket eventuelt blandt andet kan henføres til, at denne undersøgelse peger på, at der måske ikke er en så entydig forskel på hjælpens udførelse mellem private leverandører og den kommunale hjemmepleje. Der er ikke forskel i funktionsniveau i 2010 mellem dem, der har valgt privat eller kun kommunal hjælp, når vi udelukkende betragter dem, der har fået bevilget mindre en 60 minutters hjælp om ugen. Blandt dem, der har fået bevilget 60 minutters hjælp eller mere, er der forskel.

I figur 4.3 er beregnet indeks for udførelse af ti daglige aktiviteter i 2010 for en standardperson med forskellig leverandør. Der er også her taget udgangspunkt i en person med en indekssværdi på 6,8 i 2009, og hos alle leverandører er der et fald i 2010 i det antal aktiviteter, som ældre kan udføre. Faldet er dog mindst blandt ældre, der har en privat leverandør.

Beregningen illustrerer, at indeks for udførelse af ti daglige aktiviteter i 2010 er højest for ældre med en privat leverandør.

Figur 4.3 Beregnet indeks for udførelse af ti daglige aktiviteter i 2010 i de fire kommuner



Signifikansniveau: * 5%, ** 1%, *** 0.1%.

Anm.: Værdierne er beregnet for en standardperson, som er kvinde, har nogenlunde økonomi i 2009, har ingen erhvervsuddannelse, bor alene i 2009 og 2010, selv vurderet helbred ikke godt i 2009 og 2010, har ledsygdom i 2009 og 2010, alvorlig sygdom ikke angivet, alder og bevilget hjælp i 2009 som gennemsnittet samt gennemsnitlig værdi på indeks for mobilitet, energi og ti daglige aktiviteter i 2009.

4.2 Energi og psykisk velbefindende

I dette afsnit sammenligner vi de fire kommuner med hensyn til psykisk velbefindende og energi (eller vitalitet) blandt ældre, der modtager hjælp. Vi har i kapitel 1 argumenteret for, at måden, der ydes hjælp på til ældre, kunne tænkes at påvirke borgernes velbefindende i det omfang, hjælpen er i god overensstemmelse med borgerens udtrykte ønsker og behov. Ligeledes kunne det tænkes, at hjælpen kunne påvirke borgernes energi, hvis hjælpen aflaster borgeren for en række besværlige opgaver i dagligdagen. Ud fra disse argumenter vil vi på de nævnte felter forvente et højere niveau i de kommuner, som repræsenterer et serviceprincip, end i de kommuner, som repræsenterer hjælp til selvhjælp.

Spørgsmål om energi og psykisk velbefindende er hentet fra SF-36©, som er et spørgeskema til at afdække fysisk og psykisk helbred. Til at afdække *energi (eller vitalitet)* indgår følgende spørgsmål om, hvordan svarpersonen har haft det inden for de seneste fire uger:

Hvor stor en del af tiden har du følt dig veloplagt og fuld af liv?

Hvor stor en del af tiden har du været fuld af energi?

Hvor stor en del af tiden har du følt dig udslidt?

Hvor stor en del af tiden har du følt dig træt?

Der kunne angives fra 'Hele tiden' til 'På intet tidspunkt' og svarene er tildelt en score på 0, 20, 40, 60, 80 eller 100, hvor 100 er det bedste. Der er efterfølgende beregnet gennemsnit for de spørgsmål, som den enkelte har besvaret.

Til at afdække *psykisk velbefindende* indgår følgende spørgsmål om, hvordan svarpersonen har haft det inden for de seneste fire uger:

Hvor stor en del af tiden har du været meget nervøs?

Hvor stor en del af tiden har du været så langt nede, at intet kunne opmuntre dig?

Hvor stor en del af tiden har du følt dig rolig og afslappet?

Hvor stor en del af tiden har du følt dig trist til mode?

Hvor stor en del af tiden har du været glad og tilfreds?

Svarmulighederne har været de samme, som nævnt ovenfor, og svarene er tildelt en score på tilsvarende måde.

I bilagstabel 4.6 er vist resultaterne af en analyse af, hvilke faktorer der viser sammenhæng med borgernes *psykiske velbefindende* i 2010, når der er taget højde for niveauet for det psykiske velbefindende i 2009 og andre karakteristika, der viser sammenhæng med psykisk velbefindende.

Det kan konstateres, at der ikke er nogen signifikant forskel mellem kommunerne med hensyn til de ældres psykiske velbefindende i 2010, når der er tages højde for psykisk velbefindende i 2009. Det er tilfældet for alle modtagere af hjælp under et og for henholdsvis mænd og kvinder. Analysen viser, at psykisk velbefindende i 2010 især viser sammenhæng med vurderingen af økonomien, kontakt med familie og venner, selv vurderet helbred, forekomsten af en psykisk lidelse i form af angst, depression eller anden psykisk lidelse, forekomsten af smerter og mobiliteten.

Vi har undersøgt, om der er forskel mellem de fire kommuner i borgernes psykiske velbefindende blandt dem, der er bevilget hjælp mere end en time om ugen. Det er der ikke. Vi har endvidere undersøgt om der er forskel blandt dem, der er bevilget hjælp otte timer eller mere om ugen, idet de i Fredensborg Kommune har ret til en omsorgstime hver 14. dag. Der er imidlertid i alt kun knap 100 i analysepopulationen, der er bevilget mindst otte timer om ugen. Det betragter vi som et for spinkelt grundlag til at analysere forskelle mellem kommunerne.

Vi har gennemført en tilsvarende analyse af de ældres *energi* (eller vitalitet) i 2010. Vi finder ingen signifikante forskelle mellem de fire kommuner i de ældres energi 2010, når der tages højde for deres niveau for energi i 2009 og andre karakteristika. Mænd i Fredensborg Kommune er dog tæt på at skille sig signifikant ud fra mænd i de andre tre kommuner ved at have et højere niveau for energi i 2010.

4.3 Bevilget tid til praktisk bistand og personlig pleje

Vi har analyseret udviklingen fra 2009 til 2010 i den tid, de fire kommuner har bevilget til praktisk bistand og personlig pleje til de borgere, som har deltaget i spørgeskemaundersøgel-

sen i de to år. Bevilget tid til praktisk bistand og personlig pleje er baseret på udtræk fra kommunernes omsorgssystem. Den bevilgede tid er opgjort i minutter pr. uge.

Vi analyserer udviklingen i den samlede bevilgede tid til praktisk hjælp og personlig pleje til den enkelte. Fremgangsmåden er den, at vi sammenligner kommunernes niveau i bevilget tid i 2010, hvor der er taget højde for niveauet for bevilget hjælp i 2009, mobilitet og funktionsniveau i daglige færdigheder i 2009 samt andre karakteristika, som antages at have indflydelse på behovet for hjælp i 2010. Resultatet af analysen vises i bilagstabel 4.5 for alle og for henholdsvis mænd og kvinder.

Vi har også i denne analyse inddraget karakteristika ved modtagerne af hjælp, som viser sammenhæng med niveauet for bevilget hjælp i 2010. Vi har inddraget niveauet for bevilget hjælp i 2009 samt vurderingen af økonomien, niveauet for mobilitet og udførelse af daglige aktiviteter i 2009. Vi har dermed ikke inddraget ændringer i mobiliteten og evnen til at udføre daglige aktiviteter fra 2009 til 2010, idet sådanne ændringer kunne hænge sammen med den hjælp, der gives. Derimod har vi taget højde for, om der er sket ændringer i husstandens sammensætning, om der har været indtrådt ny sygdom, om der er sket ændringer i psykisk velbefindende. Flere ændringer har været testet, men der er alene inddraget de variabler, som har vist sammenhæng med omfanget af bevilget hjælp i 2010.

Det fremgår af tabellen, at Høje-Taastrup og Varde Kommuner skiller sig ud ved, at der til modtagerne af hjælp i disse to kommuner er bevilget færre minutter i 2010 end i de to øvrige kommuner, når der samtidig er taget højde for niveauet i 2009. Stigningen i bevilget hjælp har altså været mindre i Høje-Taastrup og Varde Kommuner end i de to øvrige kommuner. I Høje-Taastrup Kommune er tendensen signifikant for både kvinder og mænd, men det er i både Høje-Taastrup og Varde især mændene, der har fået bevilget færre minutter i 2010 sammenlignet med de to andre kommuner.

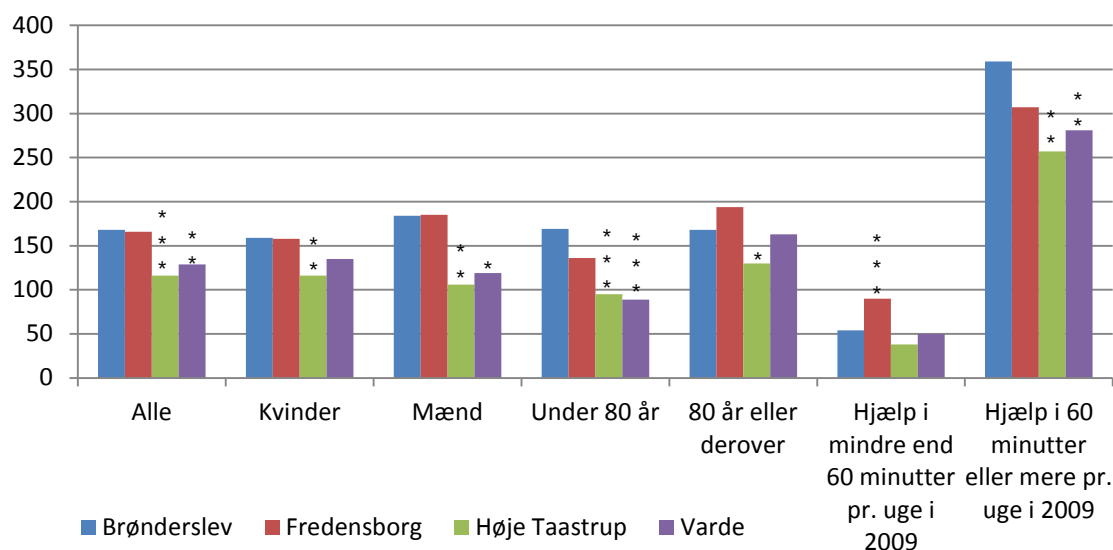
Vi har gennemført en analyse for borgere henholdsvis under og over 80 år (ikke vist). I Høje-Taastrup har borgere både over og under 80 år fået bevilget mindre hjælp i 2010 i sammenligning med de øvrige kommuner, når der er taget højde for niveauet i 2009. I Varde Kommune er det alene borgere under 80 år, der sammenlignet med Brønderslev og Fredensborg har fået bevilget signifikant færre minutter i 2010.

Endvidere har vi analyseret, om forskellene i omfanget af bevilget hjælp i 2010 berører borgere, som i 2009 havde fået bevilget henholdsvis mindre eller mere end 60 minutters hjælp om ugen (ikke vist). Resultatet er, at det primært er blandt borgere, som i 2009 havde fået bevilget mere end 60 minutters hjælp, at der i Høje-Taastrup og Varde Kommuner i 2010 blev bevilget mindre hjælp sammenlignet med de to øvrige kommuner. I Fredensborg Kommune blev der sammenlignet med de øvrige kommuner i 2010 bevilget mere hjælp til borgere, som i 2009 havde fået bevilget mindre end 60 minutters hjælp om ugen.

Vi har endelig analyseret (ikke vist), om der er forskel i udviklingen af den bevilgede hjælp for borgere med henholdsvis alene kommunen som leverandør og med privat leverandør. Analysen afdækker imidlertid ingen forskel.

I figur 4.4 er beregnet bevilget hjælp i 2010 for en standardperson med karakteristika, som angivet i anmærkningen under figuren.

Figur 4.4 Beregnet omfang af bevilget hjælp i 2010 (minutter pr. uge) for personer med forskellige karakteristika



Signifikansniveau: * 5%, ** 1%, *** 0.1%.

Anm.: Værdierne er beregnet for en standardperson, som er kvinde, har nogenlunde økonomi i 2009, bor alene i 2009 og 2010, har ledsygdom i 2009 og 2010, alvorlig sygdom ikke angivet, stærke smerter i 2009 og 2010, alder samt bevilget hjælp i 2009 og værdi på indeks for mobilitet og ti daglige aktiviteter i 2009 som gennemsnittet for de grupper, der er beregnet for.

Det fremgår, at med bevillingen i 2009 som udgangspunkt havde ældre i Høje-Taastrup og Varde Kommuner fået bevilget mindre hjælp i 2010 end i Brønderslev og Fredensborg Kommuner. I Høje-Taastrup gælder det for alle grupper, der er udført beregning for, med undtagelse af ældre, som i 2009 havde fået bevilget mindre end 60 minutters hjælp om ugen. I Varde Kommune gælder det primært mænd, ældre under 80 år og ældre med mere end 60 minutters hjælp om ugen i 2009.

Forskellen mellem kommunerne kan principielt skyldes, at behovet for hjælp har udviklet sig forskelligt i henholdsvis Høje-Taastrup og Varde Kommuner på den ene side og Brønderslev og Fredensborg Kommuner på den anden. Forskellen kan imidlertid også skyldes, at behovet for hjælp har været *bedømt* forskelligt af visitatorerne i henholdsvis hjælp til selvhjælpskommunerne og de to andre kommuner. Vi vender tilbage til en fortolkning af forskellene i kapitel 5.

4.4 Opsamling

Vi har i dette kapitel analyseret, om der har kunnet konstateres en udvikling i ældres mobilitet, fysiske funktionsniveau i daglige aktiviteter, psykiske velbefindende, som kan tilskrives, at en kommune har haft en strategi om at hjælp til ældre ydes efter et princip om hjælp til selvhjælp eller ej. Det har vi gjort ved at sammenholde udviklingen blandt ældre i Høje-Taastrup og Varde Kommuner, som repræsenterer et princip om hjælp til selvhjælp, med ud-

viklingen i Brønderslev og Fredensborg Kommuner, som repræsenterer et serviceprincip i denne undersøgelse, selv om analysen i kapitel 3 tyder på, at der måske ikke er så stor forskel på hjælpens udførelse i praksis. Vi har analyseret udviklingen gennem et år fra 2009 til 2010.

Når vi betragter alle ældre modtagere af hjælp, finder vi ingen forskel mellem kommunerne i udviklingen i de ældres *mobilitet* fra 2009 til 2010. Der er imidlertid en tendens til, at ældre mænd i Høje-Taastrup Kommune, der betragtes som hjælp til selvhjælpskommune, har en bedre mobilitet end ældre mænd i de øvrige kommuner i 2010, når der er taget højde for mobilitetsniveauet i 2009.

Fredensborg og Høje-Taastrup Kommuner, som repræsenterer forskellige principper i undersøgelsen, skiller sig ud fra de to øvrige kommuner, når det drejer sig om ældres *funktionsniveau i daglige aktiviteter*. I de to kommuner er de ældres funktionsniveau i daglige aktiviteter bedre i 2010 end i de to øvrige kommuner, når der er korrigeret for ældres funktionsniveau i 2009. Det bedre funktionsniveau i de to kommuner vedrører især ældre kvinder. I Høje-Taastrup Kommune er funktionsniveauet især bedre blandt ældre, som er bevilget hjælp i mere end 60 minutter om ugen.

Vi finder ingen forskel mellem de fire kommuner med hensyn til udviklingen fra 2009 til 2010 i de ældres *energi og psykiske velbefindende*.

Høje-Taastrup og Varde Kommuner, som repræsenterer princippet om hjælp til selvhjælp, skiller sig ud fra de to øvrige med hensyn til udviklingen i *bevilget tid* til den enkelte fra 2009 til 2010. Givet niveauet i 2009 er der i de to kommuner bevilget mindre tid i 2010 end i de to øvrige kommuner. Der har altså været en mindre stigning i bevilget tid. Tendensen er mest markant for mænd og blandt ældre med mere end 60 minutters hjælp om ugen i udgangsåret 2009.

Vi havde en antagelse om, at hjælp til selvhjælp eventuelt bliver praktiseret forskellig hos de kommunale leverandører og de private leverandører. Selv om undersøgelsen ikke kan bekræfte dette, har vi sammenlignet udviklingen i mobilitet, funktionsniveau i daglige aktiviteter og bevilget hjælp hos ældre, som i 2009 havde en privat leverandør, og ældre, som i 2009 udelukkende fik hjælp fra den kommunale hjemmepleje. Sammenligningen har alene kunnet gennemføres for tre af kommunerne. Vi finder ingen forskel med hensyn til mobilitet i 2010, men der er *en tendens* til, at ældre, som i 2009 havde en privat leverandør, havde bedre mobilitet i 2010 end ældre, som i 2009 udelukkende fik hjælp fra den kommunale hjemmepleje. Når der tages højde for niveauet i 2009, var funktionsniveauet i daglige aktiviteter i 2010 endvidere bedre blandt ældre med en privat leverandør i 2009 end blandt ældre udelukkende med hjælp fra den kommunale hjemmepleje i 2009. Der er ingen forskel mellem ældre med privat og kommunal leverandør i udviklingen i bevilget hjælp fra 2009 til 2010.

5 Diskussion og konklusion

I dette konkluderende kapitel diskuterer vi hovedtendenserne i resultaterne fra undersøgelsen, og vi trækker konklusionerne op. Det overordnede formål med undersøgelsen har været at afdække, hvorvidt der er en forebyggende virkning på fysisk funktionsniveau og psykisk velbefindende af at give hjælp til selvhjælp sammenlignet med serviceorienteret hjælp til ældre på 65 år eller derover.

For at belyse dette har vi søgt svar på følgende spørgsmål:

- Hvordan opfatter SOSU'erne principperne om hjælp til selvhjælp og service, og på hvilken måde omsættes disse principper til praksis?
- Hvad er virkningen på ældres fysiske funktionsniveau (mobilitet og funktionsniveau i daglige aktiviteter) og psykiske velbefindende af at modtage hjælp efter et princip om hjælp til selvhjælp sammenlignet med hjælp efter et serviceorienteret princip?
- Hvordan udvikler omfanget af pleje- og omsorgsydelser sig i kommuner, der repræsenterer henholdsvis det ene og det andet princip?

Der indgår i undersøgelsen to kommuner, som skulle repræsentere et princip om hjælp til selvhjælp, og to kommuner, som skulle repræsentere et serviceorienteret princip. Kommunerne, som repræsenterer hjælp til selvhjælp, indgår, fordi de havde gennemført eller var i gang med at gennemføre projekter, der særligt rettede sig mod at aktivere og træne modtagere af praktisk bistand og pleje med henblik på at bidrage til øget selvhjulpenshed. De to kommuner, som repræsenterer et serviceprincip, indgår på grundlag af overordnede målsætninger for hjemmeplejen, hvor der var lagt vægt på borgernes selvbestemmelse, og på grundlag af et relativt stort antal private leverandører. Det var forventningen, at et serviceprincip ville være dominerende blandt private leverandører, og at dette samt målsætningen om selvbestemmelse ville trække den kommunale hjemmepleje i retning af et serviceprincip.

Vi kunne imidlertid ikke på forhånd vide, i hvilken udstrækning et princip om hjælp til selvhjælp og et serviceprincip gjorde sig gældende hos det udførende personale. Hjælp til selvhjælp er et grundlæggende princip i social- og sundhedshjælperes og social- og sundhedsassistenteres uddannelse, ligesom det fremhæves som et princip i regler om praktisk bistand og personlig pleje i den sociale lovgivning. Vi kunne derfor forvente, at et princip om hjælp til selvhjælp ville være til stede i alle kommunerne, inklusive dem som var kategoriseret som 'servicekommunerne'. Den mest markante forskel mellem 'hjælp til selvhjælpskommunerne' og 'servicekommunerne' var således ved udvælgelsen til undersøgelsen, at de førstnævnte kommuner gennem projekter har haft et særligt fokus på aktivering, træning og hjælp til selvhjælp, mens dette ikke har været tilfældet i 'servicekommunerne'. Spørgsmålet er, i hvilken udstrækning dette har givet sig udslag i SOSU'ernes forståelse af opgaveudførelsen og i praksis samt i virkningerne på funktionsniveau og psykisk velbefindende for ældre modtagere af hjælp.

5.1 Hjælp til selvhjælp og service – forståelser og praksis

Hjælp til selvhjælp er som nævnt et klart formuleret princip i både den sociale lovgivning og i et af målene for SOSU'ernes uddannelse. Service er derimod et løsere formuleret policyprincip, der kun er funderet i politiske tilkendegivelser om ældreplejen på nationalt plan. I vores oprindelige definitioner (jf. afsnit 1.1) afgrænsede vi dem på følgende måde:

- Hjælp til selvhjælp lægger op til at aktivere de ældre, og personalet har en opdragerrolle i forhold til dem.
- Service lægger vægt på at tilfredsstille de ældres ønsker; de ældre stilles ikke over for krav om deltagelse.

I disse definitioner adskiller de to principper sig idealtypisk på to dimensioner, nemlig både i relationen og i indholdet af hjælpen. Mens hjælp til selvhjælp idealtypisk kan karakteriseres som båret af 'den gode, professionelle stat' (Knijn & Verhagen 2007), kan service idealtypisk karakteriseres som båret af 'den suveræne bruger' (fx Fountain 2001). Relationen i den førstnævnte idealtipe kan karakteriseres ved den vidende og gode professionelle, der via samarbejde får aktiveret eller vedligeholdt den ældres funktionsniveau. I den anden idealtipe er det brugerens ønske, der bestemmer, hvad der skal gøres. De to former for hjælp er således i vores definition idealtypisk karakteriseret ved forskellige magtrelationer og forskellig ydelse. Vi antog, at der er mere magt til SOSU'erne i hjælp til selvhjælpsrelationen end i relationen, hvor hjælp ydes som service, og samtidig adskiller de sig med hensyn til graden af aktivering og rehabilitering, som idealtypisk indgår i at give hjælp til selvhjælp, men ikke i at yde serviceorienteret hjælp.

Vi har kunnet identificere begge principper i alle fire kommuner, som indgår i undersøgelsen, men vi finder også grundlag for at nuancere definitionen af principperne. Interessant er det, at begge principper genfindes i forskellige variationer, at serviceprincippet forekommer mere uklart i SOSU'ernes italesættelse af hjælp end hjælp til selvhjælp, og at der synes at eksistere grænsetilfælde i forhold til de to principper. Nedenfor følger en uddybning af disse overordnede resultater.

Hjælp til selvhjælp karakteriseres ved SOSU'ernes brug af deres pædagogiske og faglige viden til at motivere og overtale ældre modtagere af hjælp til at deltage. Princippet genfindes i to varianter, nemlig en mildere form for inddragelse af den ældre og en stærkere, mere aktiverende. I den førstnævnte variant inddrages den ældre i hverdagens gøremål. Det sker eksempelvis enten ved, at opvasken klares sammen eller gennem en arbejdsdeling, hvor den ældre fx lægger tøj sammen, mens SOSU'en støvsuger. I den stærkere variant optræder SOSU'en som 'træneren', der skal rehabilitere den ældre – selvfølgelig i et samarbejde – og også her er SOSU'en både den overtalende, motiverende og rosende professionelle, men i mere udtalt grad end i det første tilfælde. Det drejer sig eksempelvis om at træne gangfunktion eller at træne påtagning af støttestrømper. Nogle af SOSU'erne taler i forbindelse med denne form om at 'holde hænderne i lommen', idet de henviser til, at de ikke må hjælpe til eller overtage, men kun motivere, demonstrere og opmuntre den ældre. Det kan således konkluderes, at princippet om hjælp til selvhjælp kan identificeres både i SOSU'ernes forståelse af måden at

yde hjælp på og i deres praksis. Samtidig er vores viden blevet nuanceret i kraft af identifikationen af princippet to former, og vi har fået en indsigt i både faciliterende og begrænsende forhold for dette princip realisering.

Service fremstår som et mere uklart og heterogent princip, der optræder i tre forskellige varianter. Dels i at den ældre bytter en oprindelig visiteret ydelse ud med en anden, dels i at SOSU'en er imødekommende over for den ældres ønsker, dels i at SOSU'en yder ekstratjenester, der ligger ud over det visiterede. I forhold til vores oprindelige definition er de to førstnævnte en del af et serviceprincip, hvor der er fokus på med- og selvbestemmelse for den ældre, og dermed imødekommenhed og fleksibilitet som vigtige karakteristika for SOSU'ernes serviceorienterede hjælp. Sidstnævnte variation med ekstratjenester opstår på den ene side i form af imødekommenhed over for den ældres ønsker, men den opstår også i kraft af forhold hos ældre, som SOSU'en ønsker at tilgodese, herunder at modtageren er rar, taknemmelig eller appellerende.

Begge overordnede principper, som var genstand for vores undersøgelse, kan således identificeres i de praksisformer, som vi har observeret på feltet. Men hvordan relaterer de sig til hinanden? Inden for det, som vi beskriver som hjælp til selvhjælp, er den mildere form den hyppigste, og inden for det, som vi beskriver som service, er imødekommenhed den hyppigste form. Der er forskel på SOSU'erne, således at nogle er mere orienteret mod hjælp til selvhjælp, mens andre er mere orienteret mod service. Men på trods af sådanne forskelle anvender den enkelte SOSU begge principper i løbet af en arbejdsdag og ofte begge – i de forskellige variationer – hos den enkelte ældre. De to principper sameksisterer altså hos den enkelte SOSU, og besøgene er i praksis karakteriseret ved et 'hjælpemiks', dvs. en kombination af de to former for hjælp. Det tyder altså på, at de to principper ikke erstatter hinanden ligesom i vores idealtypiske formuleringer, men at de lagres som reformulerede, institutionaliserede opfattelser for, hvad der skal gøres i en konkret situation hos én person. Lagring defineres her som den proces, hvormed: "...new elements are attached to existing institutions which gradually change as a result" (Thelen 2000; Streeck & Thelen 2005). Der lægges altså nye lag på eksisterende fremgangsmåder. Det er endnu for tidligt at vurdere, hvorvidt serviceprincippet lancering og implementering ændrer hjælp til selvhjælpsprincippet dominans, fortolkning og udførelse, og dermed, om der sker en lagring hos SOSU'erne, hvor modsætninger tilpasses og omformuleres. Mens hjælp til selvhjælp er én faglig identitetsmarkør for SOSU'ernes professionalisme, er service tilsyneladende ikke på samme måde knyttet sammen med en faglighed. Et interessant tankeeksperiment relaterer sig til, hvorvidt service som princip kan understøttes af en faglighed. Særligt hvis princippet kodificeres enten i lovgivningen eller i målene for uddannelsen.

Som allerede nævnt er spørgsmålet om grænserne mellem de to principper aktuelt ikke mindst fordi vi har identificeret forskellige varianter af henholdsvis hjælp til selvhjælp og service.

Der er tre underkategorier af hjælp, som synes at ligge i grænseområderne mellem de to principper, og som i det følgende diskuteres i forhold til de to undersøgte hovedprincipper for hjælp. En form for hjælp beskriver SOSU'erne med et argument om 'livskvalitet'. Et konkret eksempel kunne være en ældre, svagelig kvinde, der gerne vil invitere veninder på besøg,

men hun magter ikke oprydning og opvask. SOSU'en vægter derfor at prioritere hendes livskvalitet, det vil sige, at der skal være energi til, at gæsterne kommer, og SOSU'en er derfor behjælpelig med de praktiske opgaver, som den ældre ikke magter. Hvilken kategori hører det under? Der kan ses elementer af service, idet der ikke stilles krav om deltagelse. Vi har kategoriseret det som en variant af hjælp til selvhjælp ud fra den betragtning, at hjælpen i dette tilfælde er med til at holde den ældre i gang.

En anden form for hjælp relaterer sig til det at gøre noget ekstra på eget initiativ, som vi i forbindelse med observationer har placeret under service. SOSU'erne er tilbøjelige til at give en ekstra hånd hos ældre, som de oplever, har særlige behov, eller som de har en særlig relation til. Det kommer også til udtryk i SOSU'ernes formuleringer som, 'vi er gode mennesker', og de ældres behov for 'forkælelse'. I dette tilfælde kan ses paralleller til en omsorgsorienteret hjælp. Det kunne også diskuteres, hvorvidt dette rationale i virkeligheden relaterer sig til en praksis på feltet, der stammer fra husmoderafløsningens tid og dens fokus på at gøre det gode for familien (Dahl 2000).

En tredje, men relativt sjælden form for hjælp, blev i forbindelse med observationer karakteriseret som hjælp til selvhjælp på den ældres eget initiativ. Det drejer sig om den proaktive ældre – en ressourcestærk borger, som sætter en ære i at udføre så mange aktiviteter som muligt selv – eventuelt før SOSU'en kommer. Et incitament kunne bl.a. være at få tid til socialt samvær (der ikke er en del af de visiterede ydelser) med SOSU'en. Problemet med at kategorisere denne som hjælp til selvhjælp – jf. vores oprindelige definition – er, at SOSU'en ikke i dette tilfælde behøver at motivere og igangsætte den ældre med aktiviteter.

Endelig har vi både på basis af interviewene og observationerne identificeret en form for hjælp, der kan karakteriseres som ikke-realiseret hjælp til selvhjælp. I dette tilfælde magtes hjælp til selvhjælp ikke på grund af tidspres eller den ældres forventninger eller andre forhold. Det drejer sig i første omgang om, hvorvidt et ikke-realiseret hjælp til selvhjælpsprincip automatisk bliver til hjælp givet efter et serviceprincip. Et ikke-realiseret princip opfylder kun en del af den oprindelige definition eller idealtype for service, nemlig at der ikke forventes noget af modtageren af hjælp. Dette er tilfældet, hvis målet med SOSU'ens praksis i en sådan situation ikke har været at tilfredsstille borgerens ønsker, men snarere er betinget af egen arbejdssituation eller fortolkning af modtagerens behov. Det er derfor ikke entydigt at kategorisere det som service, selv om praksis, hvor opgaverne ikke udføres med brugeren, men for brugeren, er servicelignende.

I oversigten nedenfor opsummeres de kategorier, der er beskrevet, og de begrundelser, som SOSU'erne giver for dem i forbindelse med interview og observation.

Kategori for hjælp	Beskrivelse	SOSU'ernes begrundelse
Hjælp til selvhjælp		
Deltagelse i daglige gøremål.	SOSU inddrager den ældre i hverdagens gøremål, typisk til at udføre 'lette ting' enten under eller uden for SOSU'ens besøg.	Faglighed: fagligt ideal som SOSU og for den ældres bedste (styrker funktionsevne, livskvalitet og uafhængighed).
Rehabiliterende	SOSU arbejder/'træner' for at styrke den ældres funktioner og uafhængighed af hjælpen.	Egen nytte: arbejdsmiljøhensyn.
Service		
Bytte ydelser	SOSU følger den ældres ønske om at bytte en bestemt ydelse til noget andet.	Ældres ret og forventninger, når de er bevilget hjælp.
Imødekommenhed over for ældres ønsker	SOSU udviser fleksibilitet i forhold til den ældres ønsker om, hvordan hjælpen gives.	Egen arbejdssituation: Det er hurtigere og 'enklere' selv at udføre opgaverne.
Yde ekstra tjenester	SOSU laver ekstra ud over det visiterede, herunder opgaver, som den ældre selv kan udføre.	Hensynet til den ældre, herunder at skabe en god relation.
Grænsetilfælde		
'Livskvalitet'	SOSU hjælper med opgaver, som den ældre kan udføre for at sikre, at denne har overskud til noget andet (sociale aktiviteter mv.)	Støtte den ældre til at fortsætte sin livsførelse; styrke livskvalitet.
Give en ekstra hånd	SOSU gør noget ekstra (service) på eget initiativ hos ældre, som hun oplever at have særlige behov, eller som hun har en særlig relation til.	Hensynet til den ældres særlige behov (skrøbelighed mv.).
Hjælp til selvhjælp på ældres eget initiativ	'Omvendt' hjælp til selvhjælp, idet det i dette tilfælde er den ældre selv, der bestræber sig på at udføre mest muligt selv.	Brugerens initiativ.

5.2 Forhold af betydning for hjælpens udførelse

Når de to princippers gennemslag i praksis skal fortolkes, er det værd at holde sig for øje, at hjælp til selvhjælp og service ikke er to ligeværdige principper: Hjælp til selvhjælp har været en del af den sociale lovgivning siden 1980'erne og er indarbejdet i uddannelserne til området. Serviceprincippet er betydeligt nyere og kommer mest tydeligt til udtryk gennem det frie valg af leverandør, der trådte i kraft i 2003. Et serviceprincip er ikke på samme måde som hjælp til selvhjælp et etableret princip i hjemmeplejen, og det er ikke relateret til en bestemt form for faglig ekspertise. Ud fra denne betragtning har hjælp til selvhjælp direkte eller indirekte påvirket området i højere grad end service. Vores analyse tyder ligeledes på, at hjælp til selvhjælp er et princip, som SOSU-personalet kender, og som de i det mindste implicit forholder sig til, mens service ikke er noget, som de spontant italesætter i interviewene. Dermed er der som nævnt ovenfor ikke tegn på, at SOSU-personalet umiddelbart opfatter service som

noget, der direkte udfordrer eller fortrænger hjælp til selvhjælp. Noget anderledes forholder det sig, når SOSU'erne i interviewene beskriver hjælpens indhold og deres relation til modtagerne: de beskriver i flere tilfælde, hvorfor det ikke er muligt at praktisere hjælp til selvhjælp – som er deres faglige ideal – og hvorfor hjælpen dermed tenderer at blive servicepræget.

På denne baggrund er det interessant at se nærmere på, hvad der synes at være af betydning for, om hjælpen i praksis bliver henholdsvis hjælp til selvhjælpsorienteret eller serviceorienteret. Udgangspunktet for vores måde at betragte udførelse af hjælp (frontlinjepraksis) på er, at praksis ikke er en direkte følge af forskrifter eller intentionerne i love eller formuleringer i overordnede policydokumenter. Praksis er en kompleks størrelse, som også i høj grad defineres og udformes lokalt og situationelt af de konkrete aktører. Dette er blevet påvist i tidligere forskning af frontlinjevirkksomhed i velfærdsinstitutioner (Lipsky 1980; Winter 1994, 2002), og i lighed hermed kan indsatser på social- og sundhedsområdet som hjemmehjælp ikke forstås udtømmende i et top-down perspektiv. Det har også været en grundlæggende forståelse i analyserne, at de konkrete aktører – SOSU'erne og de ældre modtagere af hjælp – handler inden for bestemte 'rammer' eller strukturer – kontekster – som de er påvirket af. Alt i alt er der således både aktører og faktorer (på forskellige niveauer), der spiller en rolle for praksis. Gennem vores analyse har vi sat fokus dels på nogle af de lokale kontekstuelle forhold, dels på de primære aktørers – hovedsageligt SOSU'ernes, idet projektet retter sig mod de professionelles arbejde – rolle og måde at handle på. Analysen har ikke haft som formål at belyse, i hvilken grad, eller hvor ofte, SOSU'erne er påvirket af de forskellige forhold, men vi har kunnet synliggøre nogle forhold, der er af betydning for hjælpens udformning og dermed for orientering henholdsvis mod hjælp til selvhjælp eller service.

Interaktion mellem SOSU og den ældre

Et væsentligt forhold, der kom til udtryk både gennem interviewene og observationerne, er, hvordan hjælpen udformes i interaktionen mellem SOSU'en og den ældre, og hvordan en forskellig relation mellem de to parter kan resultere i forskellig hjælp. Det har været uden for projektets ramme at detailanalysere det relationelle aspekt, men en mulig måde at beskrive henholdsvis hjælp til selvhjælpsrelationen og servicereationen på fra *SOSU'ernes ståsted* er at sætte lighedstegn mellem *hjælp til selvhjælp* og *'overtalelse'* samt mellem *service* og *'overtagelse'*. SOSU'erne beskriver, at når den ældre har fået bevilget hjemmehjælp, er denne ikke i udgangspunktet indstillet på at 'hjælpe hjælperen'. Det ligger noget fjernt som en modforestilling til, at man er berettiget til at modtage hjælp. Dette er forståeligt også på den baggrund, at afhængighed af andres hjælp i sig selv kan påvirke ældres selvopfattelse (bl.a. Szebehely 1995; Monrad 2010). Derfor forudsætter indførelse af hjælp til selvhjælp en aktiv, bevidst indsats fra SOSU'erne. En sådan indsats beskrives af SOSU'er som forhandling med den ældre modtager af hjælp, hvor der indgår elementer af overtalelse (som at motivere, tilskynde, guide, konfrontere mv.). Her kan drages paralleller til måden at betragte socialt arbejde på: at mødet mellem professionel og klient foregår gennem forhandlinger, og at professionelle benytter forskellige former for overtalelse som instrument i disse forhandlinger (Eskelinen, Olesen & Caswell 2008; Suoninen & Jokinen 2005). Overtalelse bruges som middel til at inddrage den ældre. Hensigten er at 'vende' den ældres forventning bort fra at skulle indtage

en rolle som (passiv) modtager af hjælp. Servicerelationen er til gengæld præget af, at SOSU'en accepterer at påtage sig opgaverne alene uden at bestræbe sig på at inddrage den ældre – derfor karakteriserer betegnelsen 'overtage' denne situation.

I analysen af interaktionen rettedes opmærksomheden også mod *modtagerne af hjælpen*, de ældre. Vi har taget udgangspunkt i, at det er karakteristisk for servicerelationen, at modtageren er dominerende, mens den professionelle er dominerende i hjælp til selvhjælpsrelationen. Billedet synes imidlertid at være mere nuanceret. Vi har således beskrevet, at *ældres selvbestemmelse* ikke alene vedrører service, men også hjælp til selvhjælp. Hjælp til selvhjælp er betinget af den ældres medvirken og velvilje. Som beskrevet ovenfor skal SOSU'en overvinde den ældres anderledes forventninger, inden hjælp til selvhjælpsrelationen er mulig. Hjælp til selvhjælp indeholder således på den ene side en markering af, at SOSU'en er i en nøgleposition med hensyn til hjælpens udformning, og på den anden side en erkendelse af, at forekomsten af hjælp til selvhjælp til en vis grad er afhængig af modtageren. Dermed nuancerer vores analyse en kategorisk enten-eller opfattelse af dominans i udøver-/modtagerrelationen fremhævet i tidligere forskning (bl.a. Wærness 1983, 1996) og viser, at hjælpen i begge tilfælde er afhængig af og modificeret af modtagerne. Forskellen er, at SOSU'en i servicerelationen ikke synes at tage initiativ til at give modspil til den ældre fx gennem overtalelse, men i stedet accepterer sin position som udøver af hjælp uden forventning til den ældres deltagelse. Vi har på den anden side observeret, at relationen også ved serviceorienteret hjælp kan være domineret af SOSU'en, fx når opgaver ydes for borgeren fx ud fra den begrundelse, at det er hurtigst eller mest effektivt. Alt i alt er der betydelig variation i udøver-/modtagerrelationen inden for begge hjælpe kategorier, og hjælpen inden for begge kategorier er dels betinget af modtageren dels af SOSU'en.

Konturerne mellem hjælp til selvhjælp og service er som tidligere nævnt ikke så tydelige under de konkrete besøg som ved interviewene. Der er ofte tale om en kombination af begge former for hjælp, en slags 'hjælpemiks'. På tilsvarende måde har SOSU'erne begge indstillinger i sig; det er ifølge observationer meget sjældent, at SOSU'erne enten er hjælp til selvhjælps- eller serviceorienterede i deres tilgang til arbejdet. Der er dog *individuelle* forskelle med hensyn til, hvordan SOSU'erne opfatter udfordringen til at inddrage den ældre, hvilket udgør en grundlæggende forudsætning for at yde hjælp til selvhjælp. Og der er gradsforskelle med hensyn til, om SOSU'erne har berøringsangst med hensyn til at stille krav til de ældre, herunder om de er vedholdende og 'principfaste' ved deres forsøg på at overtale den ældre til at deltage – eller om de er tilbøjelige til at slippe kravene og undgå eventuelle konfrontationer – eller om de på eget initiativ giver ekstra ydelser (vil være god mod den ældre).

Vi har således illustreret gennem eksempler, at der er en betydelig variation med hensyn til, om hjælpen bliver serviceorienteret, fordi den ældre stiller krav, eller på grund af forhold, som i højere grad er relateret til SOSU'en. Det første tilfælde, hvor modtageren er dominerende i relationen, svarer til en traditionel opfattelse af service, men denne form for service er i vores observationsmateriale langt fra almindelig. Hjælpen bliver til service – dvs. at SOSU'en udfører ting, som den ældre selv kan – også i situationer, hvor SOSU'en så at sige ikke er 'gearet' til at arbejde efter princippet om hjælp til selvhjælp, af hensyn, som enten er rela-

teret til SOSU'ens egen personlige måde at arbejde på (hvad der er hurtigst) eller til forhold hos den ældre (at denne er rar, taknemmelig osv.).

Nære kontekstuelle forhold

I interview om SOSU'ernes forståelse af deres opgaveudførelse og ved observation af, hvordan SOSU'erne konkret udfører deres arbejde i dagligdagen hos ældre modtagere af hjælp, har vi også været opmærksomme på forskellige kontekstuelle forhold, der på forskellig måde er af betydning for, hvordan hjælpen bliver til. Nogle kontekstuelle forhold er mere overordnede og dermed mere 'fjerne' eller indirekte i forhold til konkrete hjælpesituationer (som fx overordnede principper for hjælpen; evt. også tilhørsforhold til en bestemt kommune eller typen af leverandør), mens andre er mere konkrete og 'nære' (som fx de forhold, som henholdsvis SOSU'er og ældre har i 'bagagen', og som de bringer med til hjælpesituationen). Nogle af disse nære forhold har vi allerede nævnt ovenfor, når vi har diskuteret interaktion mellem SOSU'en og den ældre modtager af hjælp. Vi fokuserer i det følgende på betydningen af sådanne 'nære' forhold, som målsætninger for hjælpen, samarbejde med visitationen, kontaktens varighed, opgavens karakter og relation til pårørende, som viser sig at være af betydning for hjælpens indhold.

Udgangspunktet for SOSU'ernes arbejde og hjælpen hos den enkelte ældre er hjælpepakker, som bliver udformet i forbindelse med visitationen. Det er SOSU'ens opgave at omsætte pakkerne til praksis ud fra en skriftlig bevilling. Visitation og udførelse af hjælp har siden indførelse af BUM-modellen (bl.a. Schultz-Larsen m.fl. 2004) været adskilt fra hinanden, og således indgår SOSU'erne ikke i dialog med visitatorerne om konkretisering af hjælpens indhold. Ifølge vores analyse er der store forskelle mellem kommuner med hensyn til, hvordan målsætninger for hjælpen er formuleret, herunder om hjælp til selvhjælp er nævnt i bevillingen, eller om der snarere er tale om, at hjælpen skal kompensere funktionsnedsættelse. Det er i vores materiale en undtagelse (Høje-Taastrup Kommune), at den ældres egne opgaver er angivet under beskrivelse af bevilgede ydelser. På denne baggrund synes det at gælde, at ansvaret for at konkretisere hjælpen, herunder ældres deltagelse i hjælpens udførelse, typisk ligger alene hos SOSU'erne. Grunden til ældres passivitet og manglende deltagelse kan delvis findes her: Hvilke forventninger skaber visitationen hos de ældre? Er de ældre efter mødet med visitatoren forberedt på at deltage i hjælpens udførelse? SOSU'erne finder det vigtigt, at en ny modtager af hjælp allerede fra starten kender spillets regler, og her er visitatoren i en nøgleposition også af den grund, at hun er placeret højere i det faglige hierarki. Visitatoren er den ældres første kontakt med hjemmeplejen.

De rammer, som besøgstiden, relationens varighed og opgavens karakter (om der er tale om personlig pleje eller praktisk hjælp) sætter for hjælpen, beskrives af SOSU'erne dels som hæmmende, dels som fremmende med hensyn til at praktisere hjælp til selvhjælp. Tidspres sætter grænser for at kunne nå at inddrage ældre i ønsket omfang (Swane 2003). Med hensyn til opgavens karakter er det et mere naturligt udgangspunkt at yde hjælp til selvhjælp i situationer, som vedrører personlig pleje, end i situationer, der vedrører praktisk hjælp. Dette hænger sammen med menneskets ønske om at bevare sin personlige integritet ved at klare mest muligt selv, idet det typisk opleves grænseoverskridende at modtage hjælp til personlig

hygiejne. Med hensyn til relationens varighed finder SOSU'erne det vigtigt at have et godt kendskab til de ældre, de arbejder hos. Det er vanskeligt at arbejde efter hjælp til selvhjælpsprincippet i hjem og hos ældre, som man ikke har kendskab til. Samtidig peger de imidlertid på, at langvarige hjælperelationer kan betyde, at både SOSU'en og den ældre har bestemte roller, og hjælpen kører efter faste mønstre med begrænsede muligheder for at indføre noget nyt (jf. bl.a. erfaringer fra Varde Kommune, hvor det var vanskeligt at aktivere ældre, som havde modtaget hjælp i mere end to år). Løsningen herpå synes ikke at være korte skiftende hjælperelationer, men mulighed for at sparre om sit arbejde med kolleger og den nærmeste leder – eller at få andre øjne på hjælpesituationer. Sidstnævnte sker for eksempel, når man har elever med til besøgene, samt i projekter, hvor man har mulighed for at få vejledning og sparring i forhold til en konkret ældre fra en ergo- eller en fysioterapeut.

Endelig er ældres pårørende et forhold, der påvirker SOSU'ernes arbejde på godt og ondt. De fleste relationer er konstruktive, men på den anden side fylder de problematiske relationer en hel del. SOSU'erne peger på, at pårørende typisk stiller flere krav end de ældre selv, og at pårørendes krav som regel handler om at give mere hjælp, end der reelt er behov for. Dermed går pårørendes indflydelse og forventninger mod serviceorienteret hjælp, og SOSU'erne i tilfælde af konfronterende pårørende er tilbøjelige til at acceptere, at det ikke er muligt at praktisere hjælp til selvhjælp.

Hvordan hjælpen udformes i praksis viser sig altså at være et resultat af SOSU'ens faglige og personlige tilgang til arbejdet, af flere kontekstuelle forhold og af et komplekst samspil mellem SOSU'en og den ældre modtager af hjælp.

5.3 Virkninger af hjælp til selvhjælp og service

Der har i undersøgelsen været fokus på at belyse, hvorvidt der kan iagttages virkninger af henholdsvis at yde praktisk bistand og personlig pleje efter et princip om hjælp til selvhjælp eller et serviceprincip. Høje-Taastrup og Varde Kommuner repræsenterer i undersøgelsen hjælp til selvhjælp, fordi de har en strategi om at yde hjælp med et aktiverende sigte og har haft projekter, der skulle styrke denne strategi, mens Brønderslev og Fredensborg Kommuner ikke har haft en sådan strategi og dermed repræsenterer et serviceprincip.

Det har været den overordnede fremgangsmåde at sammenligne udviklingstendenser blandt ældre modtagere af hjælp i Høje-Taastrup og Varde Kommuner med udviklingstendenser blandt ældre i Brønderslev og Fredensborg Kommuner. Den forståelse og praksis, som vores undersøgelse har afdækket i forhold til at give hjælp, giver ikke et grundlag for en klar kategorisering af de fire kommuner efter det ene eller det andet princip, men tilstedeværelsen i Høje-Taastrup og Varde Kommuner af projekter, der særligt retter sig mod at aktivere og styrke borgernes funktionsniveau i daglige aktiviteter, kan fx have påvirket, hvilken hjælp borgerne visiteres til, og dermed bevirke, at de to kommuner adskiller sig fra Brønderslev og Fredensborg Kommuner. I Høje-Taastrup og Varde er SOSU'erne endvidere blevet mere opmærksomme på hjælp til selvhjælp i deres daglige arbejde.

Et princip om hjælp til selvhjælp i hjemmeplejen retter sig primært mod borgernes fysiske funktionsniveau, og i det omfang et princip om hjælp til selvhjælp praktiseres, vil vi for-

vente, at en eventuel virkning skal aflæses i borgernes mobilitet, funktionsniveau i daglige færdigheder og i omfanget af behovet for hjælp. I dette konkluderende kapitel koncentrerer vi os derfor om at fortolke analyseresultaterne på disse områder, idet vi ikke finder forskelle mellem kommunerne i udviklingen i borgernes psykiske velbefindende.

I Høje-Taastrup Kommune, som repræsenterer princippet om hjælp til selvhjælp, finder vi en relativt positiv udvikling i borgernes mobilitet og evne til at udføre daglige færdigheder fra 2009 til 2010. Denne tendens finder vi imidlertid ikke i Varde Kommune, som også repræsenterer princippet om hjælp til selvhjælp, mens vi finder en relativ positiv udvikling i borgernes evne til at udføre daglige aktiviteter i Fredensborg Kommune, som repræsenterer hjælp efter et serviceprincip. Endvidere har der i Høje-Taastrup og Varde Kommuner været en mindre stigning i omfanget af bevilget hjælp fra 2009 til 2010 end i de to øvrige kommuner. I det følgende vil vi søge at fortolke disse resultater.

Vi forventer, at et princip om service, som primært kompenserer for modtagerens mangler i funktionsniveau, ikke vil have nogen positiv indflydelse på borgernes mobilitet og funktionsniveau i daglige færdigheder, idet princippet grundlæggende betyder, at en række opgaver udføres *for* borgerne, som dermed ikke får afprøvet og vedligeholdt deres fysiske færdigheder. Risikoen er snarere, at færdigheder i daglige aktiviteter forringes gennem passivitet. Et serviceprincip kunne derimod have en positiv indflydelse på ældre borgers psykiske velbefinde ved, at borgerne opnår en tilfredsstillelse ved, at der ved ydelse af hjælp tages hensyn til deres ønsker.

De ovennævnte forventninger bygger alt andet lige på betragtninger, altså at andre forhold som kunne tænkes at have indflydelse på mobilitet, fysisk funktionsniveau og psykisk velbefindende er uforandrede. Det er naturligvis ikke tilfældet i den virkelige verden. I analyserne, hvor vi sammenligner udviklingen i kommunerne, har vi søgt at tage højde for forhold, som kunne tænkes at have indflydelse på udviklingen i mobilitet, fysisk funktionsniveau og psykisk velbefindende. Det drejer sig fx om køn, alder, uddannelse, økonomisk situation, forekomst af sygdomme og husstandens sammensætning. Vi kan imidlertid ikke med sikkerhed sige, at vi har taget højde for alle forhold, som har indflydelse på udviklingen i fx mobilitet. Når vi finder en forskel i udviklingen hos ældre modtagere af hjælp i 'hjælp til selvhjælpskommunerne' og 'servicekommunerne' kan vi altså ikke udelukke, at en forskellig udvikling skyldes andre forhold end forskelle i måden, hvorpå der ydes praktisk hjælp og personlig pleje. Det vil vi diskutere i den nedenstående gennemgang af analyseresultaterne.

Forskelle mellem kommunerne

Vi har i de fire kommuner interviewet og observeret repræsentanter for SOSU'erne, som udfører praktisk bistand og personlig pleje i borgernes hjem. Hvis hjælp til selvhjælp og service var et fuldt ud indarbejdet og dominerende princip i henholdsvis den ene og den anden type kommuner, så ville vi forvente, at der vil kunne observeres en forskel mellem de udvalgte SOSU'er. Det er imidlertid ikke tilfældet, og vi har kunnet konstatere, at et princip om hjælp til selvhjælp kommer til udtryk i SOSU'ernes forståelse og praksis i alle fire kommuner, ligesom der er omstændigheder, der bevirker, at der kan konstateres elementer af service i hjæl-

pen i alle fire kommuner. Det er ikke tydeligt, at hjælp til selvhjælp er mere dominerende i SOSU'ernes praksis i 'hjælp til selvhjælpskommunerne' end i 'servicekommunerne'.

Et princip om hjælp til selvhjælp, hvor ældre deltager i udførelse af de opgaver, som de er i stand til, er observeret i flere tilfælde blandt de udvalgte SOSU'er i kommunerne. Denne form for hjælp til selvhjælp kan bidrage til at vedligeholde færdigheder i daglige aktiviteter, men bidrager næppe til at styrke eller udvikle færdigheder. Hjælp til selvhjælp med et rehabiliterende sigte indgår i SOSU'ernes forståelse af måden at give hjælp på, men vi har ikke observeret denne form i praksis i så mange tilfælde blandt de udvalgte. I vores observationer praktiseres denne form ikke hyppigere i de to 'hjælp til selvhjælpskommuner' end i de to øvrige kommuner.

Vi har observeret en forskel med hensyn til, om og hvilke målsætninger for hjælpen der er angivet ved visitationen af hjælp til borgerne. Høje-Taastrup Kommune skiller sig her ud, ved at der i flere og de fleste tilfælde er angivet en målsætning for den bevilgede hjælp. I Høje-Taastrup Kommune er det endvidere hyppigere angivet, at målsætningen for hjælpen er at yde hjælp til selvhjælp med henblik på et forbedret funktionsniveau. Dette kan formodentlig føres tilbage til, at visitatorer, ergoterapeuter og fysioterapeuter på træningsområdet som et led i projekt Fokusskifte er blevet undervist i den motiverende samtale for at blive bedre klædt på til at motivere borgere til træning og til at udføre dagligdags gøremål i en udstrækning, der svarer til deres fysiske formåen.

Mobilitet og funktionsniveau i daglige aktiviteter

Vi har i de komparative analyser af virkningerne af hjælp til selvhjælp og service konstateret, at der ikke er signifikant forskel mellem de fire kommuner med hensyn til udviklingen fra 2009 til 2010 i mobiliteten blandt ældre modtagere af hjælp. Der er dog en tendens til en mere gunstig udvikling i mobilitetsniveauet blandt ældre modtagere af hjælp i Høje-Taastrup Kommune end i de øvrige tre kommuner.

Evnen til at udføre en række daglige aktiviteter uden hjælp udtrykker på linje med mobilitet en fysisk formåen, og når vi ser på ældres udvikling i evnen til at udføre en række daglige aktiviteter fra 2009 til 2010, skiller Høje-Taastrup og Fredensborg Kommuner sig ud. Med et givet niveau for evnen til at udføre daglige aktiviteter i 2009 er niveauet blandt ældre modtagere af hjælp i de to kommuner i 2010 bedre end i de to øvrige kommuner. Hvis der imidlertid i analysen tages hensyn til, hvor meget hjælp der var bevilget til den enkelte i 2009, så er niveauet blandt ældre i Høje-Taastrup Kommune i 2010 ikke bedre end i de øvrige kommuner. Det er ikke helt enkelt at udrede denne observation.

I hele materialet er der en tendens til, at givet niveau for evnen til at udføre daglige aktiviteter, så viser det sig, at mindre hjælp hænger sammen med højere niveau i evnen til at udføre daglige aktiviteter året efter. Endvidere er omfanget af hjælp givet niveauet for evnen til at udføre daglige aktiviteter mindre i Høje-Taastrup Kommune end i de øvrige tre kommuner. Så enten er forklaringen på det bedre niveau for evnen til at udføre daglige aktiviteter i Høje-Taastrup Kommune, at der ved givet funktionsniveau bevilges mindre hjælp, eller at der i Høje-Taastrup er et andet fænomen – fx et princip om hjælp til selvhjælp – som falder sammen med, at der bevilges mindre hjælp. Det er muligt, at bevilling af mindre hjælp – alt

andet lige – skal ses i sammenhæng med princippet om hjælp til selvhjælp. Vi vil altså tage udgangspunkt i, at der i Høje-Taastrup Kommune sammen med Fredensborg Kommune kan observeres en mere positiv udvikling i ældres evne til at udføre daglige færdigheder end i de to øvrige kommuner.

Vi har altså her det resultat, at vi sammenlignet med de øvrige kommuner kan se en positiv udvikling i ældres mobilitet og evne til at udføre daglige aktiviteter i Høje-Taastrup Kommune, som repræsenterer et princip om hjælp til selvhjælp, og som i udgangsåret havde gennemført et projekt med fokus på træning. Vi finder ikke samme udvikling i Varde Kommune, som også repræsenterer hjælp til selvhjælp, men som påbegyndte et projekt med fokus på træning i udgangsåret. Omvendt finder vi en relativ positiv udvikling i ældres evne til at udføre daglige aktiviteter i Fredensborg Kommune, som repræsenterer et serviceprincip. I forhold til vores forhåndsantagelse er tendensen altså ikke klar.

At vi finder en positiv udvikling i Høje-Taastrup Kommune men ikke i Varde Kommune kunne forklares med, at de to kommuner har været i forskellige faser af et projekt om aktivering/træning og hjælp til selvhjælp for ældre modtagere af hjælp. Høje-Taastrup Kommune havde i 2009 afsluttet projektet Fokusskifte og kan som følge heraf på forskellige niveauer i hjemmeplejen have indarbejdet holdninger og praksis, som har styrket ældres evne til at udføre en række daglige aktiviteter, for eksempel kan udmålingen af praktisk bistand og personlig pleje i et hjælp til selvhjælpsperspektiv ved visitationen have bidraget til at styrke hjælpemodtagernes funktionsniveau. Varde Kommune havde i 2009 netop påbegyndt projektet Hverdagsrehabilitering med det formål at skabe et paradigmeskift fra kompenserende til rehabiliterende indsats. Altså et projekt på linje med projektet i Høje-Taastrup Kommune. Der må imidlertid forventes en indkøringsfase for et projekt af denne karakter, og nye holdninger og praksis vil først blive indarbejdet efter nogen tid. I perioden juni 2009 til udgangen af december 2010 har i alt 174 borgere, som i forvejen modtog hjælp (revisiterede), deltaget direkte i projektet (Varde Kommune 2011b). Det svarer til ca. 15% af de borgere, som i september 2009 modtog praktisk bistand eller personlig pleje i hjemmet. Vi må således antage, at de også udgør 15% af ældre modtagere af hjælp, som indgår i denne undersøgelse. Kommunen angiver selv, at 47% af de revisiterede borgere er blevet selvhjulpne i de aktiviteter, de har trænet (Varde Kommune 2011a). Der er altså ifølge kommunens egne registreringer en positiv virkning på borgernes funktionsniveau af projektindsatsen, men de har altså ikke et omfang, så de har kunnet registreres som en forbedring i ældres evne til at udføre daglige aktiviteter på den måde, som det er blevet målt i dette projekt. Det kan skyldes et relativt beskedent antal berørte, og/eller at målgruppen har været borgere med moderate begrænsninger i funktionsniveau, og at de ikke har haft begrænsninger af betydning i de aktiviteter, vi har målt på.

I Fredensborg Kommune finder vi en udvikling i ældres evne til at udføre daglige aktiviteter, der er på linje med udviklingen i Høje-Taastrup Kommune. Det svækker naturligvis argumentationen om, at den tendens, vi finder i Høje-Taastrup Kommune, kan henføres til den hjælp, der ydes i kommunen, da Fredensborg Kommune ikke i undersøgelsesperioden har gennemført en indsats, som i projekt Fokusskifte i Høje-Taastrup Kommune.

Der er tre muligheder for fortolkning. 1) På trods af, at Fredensborg Kommune i undersøgelsesperioden ikke har haft en formuleret strategi for praktisk bistand og personlig pleje,

som svarer til indsatsen i projekt Fokusskifte i Høje-Taastrup, så er der alligevel i Fredensborg udviklet en praksis, fx ved udmåling og tildeling af hjælp, som ligner praksis i Høje-Taastrup. 2) Der er i både Fredensborg og Høje-Taastrup Kommuner forhold, som har haft indflydelse på udviklingen i borgernes funktionsniveau, som ikke indgår i analysen i denne undersøgelse, og som adskiller sig fra Brønderslev og Varde Kommuner. Uddannelsesniveauet er højere, og økonomien vurderes gennemsnitligt som bedre i Fredensborg og Høje-Taastrup Kommuner, men det er der taget højde for i analysen. 3) Udviklingen i funktionsniveau blandt ældre modtagere af hjælp i Høje-Taastrup Kommune kan henføres til et fokus på hjælp til selvhjælp i hjemmeplejen, mens udviklingen i ældres funktionsniveau i Fredensborg Kommune må tilskrives forhold hos de ældre, som der ikke er taget højde for i analysen.

Det er ikke muligt at afgøre, hvilken af de tre fortolkninger der gør sig gældende, men vi har ikke informationer, der skulle antyde, at den første fortolkning, 1), har gjort sig gældende. Det kan imidlertid tænkes, at den særlige uddannelse af bl.a. visitatorerne i Høje-Taastrup Kommune kan sammenholdes med at give forebyggende medarbejdere en særlig uddannelse til at gennemføre forebyggende besøg, og det sidste er der fundet en virkning af på ældres mobilitet af Avlund m.fl. (2007).

På grundlag af ældre, der modtager praktisk bistand og/eller personlig pleje i Brønderslev, Fredensborg og Høje-Taastrup Kommuner, finder vi, at udviklingen i evnen til at udføre daglige aktiviteter og til dels mobiliteten udvikler sig mere positivt blandt dem, der i 2009 modtog hjælp fra en privat leverandør, end blandt dem, der alene modtog hjælp fra den kommunale hjemmepleje. Det er modsat vores forventning, idet vi forventede, at et princip om hjælp til selvhjælp ville være mere dominerende i den kommunale hjemmepleje end blandt private leverandører, og at dette kunne have en positiv betydning for mobilitet og funktionsniveau i daglige aktiviteter. Grundlaget er spinkelt, men vi har konstateret, at det ikke i alle tilfælde er tydeligt, at praksis er mere domineret af service blandt private leverandører end i den kommunale hjemmepleje. Både hjælp til selvhjælp og service forekommer hos private leverandører. Vi har således ikke et grundlag til at forklare forskelle i udviklingen i funktionsniveau med forskelle i private leverandører og den kommunale hjemmeplejes måde at yde hjælp på. Det er i princippet de samme personer, der visiterer til hjælp til dem, som vælger en privat leverandør, og dem, der udelukkende vælger at få hjælp fra den kommunale hjemmepleje. Forskellene kan altså ikke skyldes forskelle på tildeling og udmåling af hjælp. Forskellene kan skyldes nogle forskelle i karakteristika ved dem, der vælger den ene eller den anden type leverandør, og som ikke har indgået i analysen. Der skal således et vist overskud og en vis beslutsomhed til for at vælge en privat leverandør, og dette kan meget vel tænkes at hænge sammen med en vis beslutsomhed i forhold til at vedligeholde sine færdigheder til at udføre en række daglige aktiviteter. Dette synes særligt at gøre sig gældende blandt dem, der har fået bevilget relativt meget hjælp, da vi ikke har fundet en forskel i udviklingen i funktionsniveau i daglige aktiviteter blandt dem, der har fået bevilget mindre end 60 minutters hjælp om ugen. Borgere, der har fået bevilget meget hjælp, får i mange tilfælde praktisk bistand fra en privat leverandør og hjælp til personlig pleje fra den kommunale hjemmepleje. Det tyder på, at den observerede forskel i udvikling i funktionsniveau snarere har noget med personen at gøre end med leverandøren.

Omfanget af bevilget hjælp

Omfanget af bevilget hjælp kan være en indikator for brugernes behov for hjælp, og udviklingen i omfanget af den bevilgede hjælp kan derfor indikere udviklingen i borgernes behov for hjælp. Omfanget af bevilget hjælp til den enkelte kan imidlertid også være påvirket af et fremherskende princip om hjælp i en kommune, således at fx et princip om hjælp til selvhjælp fører til et mindre omfang af bevilget hjælp, fordi der er større fokus på, at borgerne selv udfører så mange opgaver som muligt.

Vi finder i analysen, at der er en mindre stigning i bevilget hjælp fra 2009 til 2010 i Høje-Taastrup og Varde Kommuner, der repræsenterer hjælp til selvhjælp, end i Brønderslev og Fredensborg Kommuner. Der er ved denne sammenligning taget højde for niveauet af bevilget hjælp i 2009. Spørgsmålet er, om denne forskel i udviklingen i bevilget hjælp kan tilskrives, at et princip om hjælp til selvhjælp gør sig stærkere gældende i Høje-Taastrup og Varde Kommuner end i Brønderslev og Fredensborg Kommuner.

Som nævnt i indledningen til dette kapitel, har bl.a. visitatorerne i Høje-Taastrup Kommune i forbindelse med projekt Fokusskifte været undervist i den motiverende samtale for at blive bedre klædt på til at motivere borgere til træning og til at udføre dagligdags gøremål i en udstrækning, der svarer til deres fysiske formåen. Dette har ligget før undersøgelsesperioden i dette projekt, og kan være et bidrag til at forklare et lavere niveau for hjælp i kommunen end i de øvrige kommuner både i udgangspunktet og med hensyn til udviklingen frem til 2010. Visitatorerne kan have været særligt opmærksomme på alene at yde hjælp til opgaver, som borgerne ikke kan eller ikke vil kunne blive i stand til selv at klare. I Høje-Taastrup Kommune har borgernes evne til at udføre daglige aktiviteter endvidere udviklet sig mere positivt end i Brønderslev og Varde Kommuner, hvilket alt andet lige trækker i retning af et mindre behov for hjælp.

Varde Kommunes projekt om Hverdagsrehabilitering og dermed iværksættelsen af en forstærket strategi om at yde hjælp til selvhjælp blev påbegyndt medio 2009. Sammenlignet med Brønderslev og Fredensborg Kommuner var niveauet for bevilling af hjælp relativt lavt i Varde Kommune allerede i efteråret 2009. Projektet om hverdagsrehabilitering kan næppe allerede på dette tidspunkt have haft så stor indflydelse på visitatorernes praksis ved tildeling og udmåling af hjælp, at det kan aflæses i niveauet for den gennemsnitlige bevilling af hjælp. Denne observation peger snarere på, at bevillingsniveauet skyldes kommunens kvalitetsstandard. Derimod kan det ikke udelukkes, at den relativt mere beskedne udvikling i den bevilgede hjælp sammenlignet med Fredensborg og Varde Kommuner ligesom i Høje-Taastrup Kommune kan være et resultat af, at visitatorerne er blevet mere opmærksomme på at motivere borgerne til træning og til selv at udføre dagligdags gøremål. Et flertal af revisiterede projektdeltagere i Varde Kommune angives endvidere at kunne klare sig med reduceret hjælp (Varde Kommune 2011a). Det sidste falder sammen med erfaringer fra hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune (Kjellberg & Ibsen 2010).

Der kan altså argumenteres for, at et princip om hjælp til selvhjælp har ført til et mindre omfang af hjælp, end man ellers ville kunne forvente, først og fremmest fordi visitatorerne er blevet mere opmærksomme på, hvad borgerne selv kan eller vil kunne komme til selv at kla-

re. Det kan imidlertid heller ikke udelukkes, at det mindre omfang af hjælp skyldes, at brugernes behov for hjælp er steget mindre.

5.4 Konklusion

Resultaterne af denne undersøgelse giver anledning til følgende konklusioner:

Om hjælp til selvhjælp og service i praktisk og personlig hjælp:

- Flere varianter kommer til udtryk i SOSU'ernes opfattelse af både princippet om hjælp til selvhjælp og service, og begge principper omsættes i praksis på flere måder.
- SOSU'erne relaterer hjælp til selvhjælp til faglighed, mens de ikke italesætter service som en faglig tilgang til arbejdet. Service omtales snarere som ikke-realiseret hjælp til selvhjælp og dermed manglende faglighed.
- Hjælp som service ydes for at være imødekommende, for at skabe en god relation eller for at 'forkæle' den ældre.
- Hjælpens udformning i praksis er et resultat af SOSU'ens faglige tilgang til arbejdet og af et komplekst samspil mellem SOSU og den ældre, som er påvirket af den 'bagage', som de hver især har. Endvidere har de vilkår, som SOSU'en arbejder under, betydning for hjælpens udformning.

Om virkninger af hjælpen på ældres funktionsniveau, psykiske velbefindende og omfanget af bevilget hjælp:

- Undersøgelsen giver ikke et entydigt svar på, om der er en virkning på ældres fysiske funktionsniveau af at modtage hjælp efter et princip om hjælp til selvhjælp. Der er ingen sammenhæng mellem ældres psykiske velbefindende og hjælpeprincippet.
- I begge hjælp til selvhjælpskommuner er der en mindre stigning i omfanget af bevilget hjælp fra 2009 til 2010 end i de to andre kommuner.

Litteratur

- Avlund, K.; S. Kreiner & K. Schultz-Larsen (1996): Functional ability scales for the elderly. A validation study. *European Journal of Public Health*, 6:35-42.
- Avlund, K.; D. Thudium, M. Davidsen & B. Fuglsang-Sørensen (1995): Are Self-ratings of Functional Ability Reliable? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 2:10-16.
- Avlund, K.; M. Vass, K. Kvist, C. Hendriksen & N. Keiding (2007): Educational intervention toward home visitors reduced functional decline in community-living older women. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(2007):954-962.
- Beyer, N. (2001): *Evidens på området Træning af ældre*. København: Bispebjerg Hospital.
- Bubeck, D. (1995): *Care, Gender and Justice*. Oxford: Clarendon Press.
- Christensen, T. & P. Lægreid (2002): A Transformative Perspective on Administrative Reforms. I T. Christensen & P. Lægreid (red.): *New Public Management – The Transformation of ideas and practice*. Ashgate: Aldershot: 13-43.
- Christensen, T. & P. Lægreid (2007): *Transcending New Public Management*. Aldershot: Ashgate.
- Dahl, H.M. (2000): *Fra kitler til eget tøj – Diskurser om professionalisme, omsorg og køn*. Århus: Politica.
- Dahl, H.M. (2009): New Public Management, Care and Struggles about Recognition. *Critical Social Policy*, 29(4):634-654.
- Dahl, H.M. & B. Rasmussen (under udgivelse): Paradoxes of Elderly Care in the Nordic Countries. I A. Kamp, H. Hviid & K. Nielsen (red.): *Transitions in Elderly Care – Management, Work and Meaning*. København: Copenhagen Business School.
- Eliasson-Lappalainen, R.; K. Wærness & S. Tedre (2005): Perspektiv i forskning om äldreomsorg – personliga tillbakablickar samt trender i akademiska avhandlingar 1995-2004. I M. Szebehely (red.): *Äldreomsorgsforskning i Norden. En kunskapsöversikt*. TemaNord 2005: 508. København: Nordisk Ministerråd.
- Eskelinen, L. (2001): Træning i hjemmet. *Gerontologi og Samfund*, 1:7-9.
- Eskelinen, L.; E.B. Hansen & M. Frederiksen (2006): Fra omsorg til service – nyorientering i hjemmeplejen via frit valg? *Socialvetenskaplig Tidskrift*, 13(1):19-34.

- Eskelinen, L.; S.P. Olesen & D. Caswell (2008): *Potentialer i socialt arbejde*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Fagligt udvalg for den pædagogiske assistentuddannelse og social- og sundhedsuddannelsen (2009): *Uddannelsesordning for social- og sundhedsuddannelsen*.
- Fountain, J.E. (2001): Paradoxes of Public Sector Customer Service. *Governance: An International Journal of Policy and Administration*, 14(1):55-73.
- Godfrey M.; T. Randall, A. Long & M. Grant (2000): *Review of Effectiveness and Outcomes. Home Care*. Centre for Evidence-Based Social Services, University of Exeter.
- Greve, C. (2003): *Offentlig ledelse – Teorier og temaer i et politologisk perspektiv*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Grönroos, C. (2000): *Service Management and Marketing. A customer relationship management approach*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Halkier, B. (2010): Fokusgrupper. I: S. Brinkman & L. Tanggaard (red.): *Kvalitative metoder*. København: Hans Reitzel: 121-135.
- Halkier, B. (2011): Focus groups as social enactments: integrating interaction and content in the analysis of focus group data. *Qualitative Research*, 10(1):71-89.
- Hall, C. & S. White (2005): Looking inside professional practice. Discourse, narrative and ethnographic approaches to social work and counselling. *Qualitative Social Work*, 4(4):379-390.
- Hansen, E.B.; V.T. Christensen & E. Heinesen (2009): The effect of home care on the ability to perform the activities of daily living and the well-being of older people. *European Journal of Ageing*, 6:17-26.
- Hansen, E.B.; L. Milkær, C.E. Swane, C.L. Iversen & B. Rimdal (2002): *Mange bække små... - om hjælp til svækkede ældre*. København: FOKUS.
- Hansen, M.B. & E. Vedung (2005): *Fælles sprog i ældreplejen*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Hedrick, S.C. & T.S. Inui (1986): The Effectiveness and Cost of Home Care: An Information Synthesis. *Health Services Research*, 20(6):851-880.
- Hedrick, S.C.; T.D. Koepsell & T. Inui (1989): Meta-analysis of home-care effects on mortality and nursing-home placement. *Medical Care*, 27(11):1015-1026.
- Holstein, J.A. & J.F. Gubrium (1995): *The Active Interview*. Newbury Park, CA: Sage.

- Hood, C. (1991): A Public Management for all Seasons. *Public Administration*, 69(1):3-19.
- Juncker, A.E.; N. Hansen, K.S.-L. Jürgensen, B. Frølund & L.M. Jørgensen (2002): Funktions træning til svækkede ældre i eget hjem. *Ugeskrift for Læger*, 164(20):2623-2627.
- Kirk, H. & M. Schroll (red.) (1998): *Viden om aldring – veje til handling*. København: Munksgaard.
- Kjellberg, J. & R. Ibsen (2010): *Økonomisk evaluering af Længst Muligt i Eget Liv i Fredericia Kommune*. København: Dansk Sundhedsinstitut.
- Kjellberg, P.K. (2010): *Hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune. 1. devaluering*. København: Dansk Sundhedsinstitut.
- Knijn, T. & S. Verhagen (2007): Contested Professionalism Payments for Care and the Quality of Home Care. *Administration & Society*, 39:451-475.
- Kristiansen, S. & H.K. Krogstrup (1999): *Deltagende observation. Introduktion til en samfundsvidenskabelig metode*. København: Hans Reitzels Forlag.
- L130: *Forslag til lov om ændring af lov om social service, lov om retssikkerhed og administration på det sociale område og lov om individuel boligstøtte* (Frit valg af leverandør af personlig og praktisk hjælp mv.).
- Larsen, T. (2005): *Hjemmetræning af patienter med apopleksi – en medicinsk teknologivurdering*. Center for Medicinsk Teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen.
- Lipsky, M. (1980): *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation.
- Lov om Social Service (1998): *Bekendtgørelse af lov om social service*. Lovbekendtgørelse nr. 581 af 6. august 1998. Fremsat 28.2.2002. Lov nr. 399 af 6. juni 2002.
- Mahoney, J. (2000): Path Dependence in Historical Sociology. *Theory and Society*, 29:507-548.
- Mandag Morgen (2004): *Genoptræning – fra problem til princip*. København: Mandag Morgen.
- Monrad, M. (2010): Ældres opfattelse af at modtage hjælp. *Dansk Sociologi*, 21(4):9-26.
- Mulatu, M.S. & C. Schooler (2002): Causal Connection between Socio-economic Status and Health: Reciprocal Effects and Mediating Mechanisms. *Journal of Health and Social Behaviour*. 43:22-41.

- Nielsen, J.A. & J.G. Andersen (2006): *Hjemmehjælp. Mellem myter og virkelighed*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Petersen, L. & M. Schmidt (2003): *Projekt Fælles sprog*. København: Akademisk Forlag.
- Pithouse, A. (1987): *Social Work: The Social Organisation of an Invisible Trade*. Aldershot: Avebury.
- Regeringen (2005): *Tid til status – Erfaringer med frit valg*.
- Schultz-Larsen, K.; S. Kreiner, S. Hanning, N. Støvring, K.D. Hansen & S. Lendal (2004): *Den danske ældrepleje under forandring. En kontrolleret, randomiseret interventionsundersøgelse i 36 kommuner*. Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab og H:S Center for Forskning og Udvikling på Ældreområdet, Bispebjerg Hospital.
- Seguin, R. (2003): The benefits of strength training for older adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(3):141-149.
- Silverman, D. (2001): *Interpreting qualitative data. Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*. 2nd edition. London: Sage.
- Socialministeriet (1998): *Supplement til vejledning af 6. marts 1998 om sociale tilbud til ældre m.fl. om Bekendtgørelse om kvalitetsstandarder m.v. for hjælp efter §§ 71 og 72 i lov om social service*. Vejledning nr. 83 af 09/06/1998.
- Socialministeriet (2002): *Supplement til vejledning om sociale tilbud til ældre m.fl. efter lov om social service* (Frit valg af leverandør af personlig og praktisk hjælp). Vejledning af 9. oktober 2002.
- Socialministeriet (2006): *Vejledning om personlig og praktisk hjælp, træning, forebyggelse m.v.* Vejledning nr. 94 af 05/12/ 2006.
- Socialministeriet og Ældre Sagen (2004): *Frit valg og fleksibel hjemmehjælp*. Pjece. København: Socialministeriet.
- Socialstyrelsen (1988): *Undervisningsvejledning – 7 ugers grundkursus for hjemmehjælpere*. København: Socialstyrelsen.
- Streeck, W. & K. Thelen (2005): Introduction: Institutional change in advanced political economies. I W. Streeck & K. Thelen (red.): *Beyond continuity: Institutional change in advanced political economies*. Oxford: Oxford University Press.
- Suoninen, E. & A. Jokinen (2005): Persuasion in Social Work Interviewing. *Qualitative Social Work*, 4(4):469-487.

- Swane, C.E. (2003): *"Hjälp till selvhjälp" som strategi i hemtjänsten*. I M. Szebehely: Hemhjälp i Norden. Lund: Studentlitteratur.
- Szebehely, M. (1995): *Vardagens organisering. Om vårdbiträden och gamla i hemtjänsten*. Lund: Arkiv.
- Tarlov A.R.; J.E. Jr. Ware, S. Greenfield, E.C. Nelson, E. Perrin & M. Zubkoff (1989): The Medical Outcomes Study. An application of methods for monitoring the results of medical care. *JAMA*. 18, 262(7):925-30.
- Thelen, K. (2000): Timing and Temporality in the Analysis of Institutional Evolution and Change. *Studies in American Political Development*, 14:101-108.
- Verbrugge L.M. & A.M. Jette (1994): The Disablement Process. *Social Science and Medicine*, 38(1):1-14.
- Winter, S. (1994): *Implementering og effektivitet*. Herning: Systime.
- Wærness, K. (1983): *Kvinnor och omsorgsarbete*. Stockholm: Prisma.
- Wærness, K. (1996): Omsorgsrationalitet. I R. Eliasson (red.): *Omsorgens skiftningar. Begreppet, vardagen, politiken, forskningen*. Lund: Studentlitteratur.

Materiale fra kommunerne:

Brønderslev Kommune

'Kvalitetsstandarder':

www.fritvalgsdatabasen.dk/materiale/33268

'Tid til statuserfaringer med frit valg':

<http://www.fm.dk/Publikationer/2005/Tid%20til%20status%20-%20erfaringer%20med%20frit%20valg/4%20Aeldre.aspx>

Fredensborg Kommune:

'Kvalitetsstandarder':

<http://www.fredensborg.dk/borgerservice/aelde/kvalitetsstandarder+2009>

'Ældrepolitik 2008-2013':

<http://www.fredensborg.dk/files/Filer%20Fredensborg/Din%20kommune/Ældrepolitik.pdf>

Høje-Taastrup Kommune:

'Kvalitetshåndbogen'

http://www.htk.dk/Voksne_og_aeldre/Aeldre/Kvalitetshaandbogen.aspx

'Projekt Fokusskifte':

<http://www.espensvaenge.htk.dk/Projekt%20Fokusskifte.aspx>

'Ældrepolitik'

Høje-Taastrup Kommunes ældrepolitik, som projekt Fokusskifte tager sit udgangspunkt i:

http://www.htk.dk/Byraad/Politikker_og_strategier/Aeldrepolitik.aspx#Forebyg

Varde Kommune:

'Kvalitetsstandarder':

http://www.vardekommune.dk/content/dk/service_til_dig/social_sundhed/aldre/kvalitetss_tandarder

'Referat fra udvalg for Sundhed og Ældre' Varde Kommune 1 april 2009. Referat 14-09 om hverdagsrehabilitering':

<http://vardekommune.searchimprove.com/search.aspx?pc=&pckid=120041020&aid=133880&pt=6018936&addid=&sw=hverdagsrehabilitering>

'Referat fra udvalg for Sundhed og Ældre' Varde Kommune 6. maj 2009

'Referat 65-09 om hverdagsrehabilitering':

<http://vardekommune.searchimprove.com/search.aspx?pc=&pckid=120041020&aid=133880&pt=6018936&addid=&sw=hverdagsrehabilitering>

Statistik og tendenser for Hverdagsrehabilitering i Frit valg. 8.2.2011a.

Afslutning af projekt Hverdagsrehabilitering i Frit valg. Rapport til Udvalget for Social og Sundhed, Handicaprådet og Ældrerådet. 2011b.

English Summary

Eigil Boll Hansen, Leena Eskelinen & Hanne Marlene Dahl

Home Care: Help for Self-help or Service-oriented Help

The overall purpose of this study has been to examine whether there is a preventive effect on the physical functional level and psychological well-being of older people if local authorities focus on help for self-help when providing home care rather than providing service-oriented help.

In the study, we sought to answer the following questions:

- How do social and health care helpers/social and health care assistants perceive the principles of help for self-help and service, and how are these principles implemented in practice?
- What is the effect on the physical functional level and psychological well-being of older people if they receive help based on the principle of help for self-help compared with service-oriented help?
- How does the volume of practical and personal care services develop in municipalities representing one or the other of these principles, respectively?

In the study were included two municipalities (Høje-Taastrup and Varde) to represent the principle of help for self-help and two municipalities (Brønderslev and Fredensborg) to represent the service-oriented principle. The municipalities representing help for self-help were selected because they had carried out or were carrying out projects with special focus on activating and training recipients of practical and personal help with a view to increasing their independence. The two municipalities representing the service principle were selected on the basis of overall objectives for their home care services, with emphasis on citizens' autonomy. However, help for self-help is expected to play a role in all Danish municipalities as the principle according to legislation in the field should form part of the provision of practical and personal help. The primary difference between the four municipalities is therefore that Høje-Taastrup and Varde have had projects and active policies in place for activating recipients of practical and personal help, while Brønderslev and Fredensborg have not.

We have examined the perception and practices of the social and health care helpers/social and health care assistants (in the following referred to by the Danish abbreviation SOSU) in the four municipalities through focus group interviews and by observing how they carry out their work.

Whether the strategy to activate recipients of help has any impact on the physical functional level (mobility and functional level in relation to activities of daily living) and the psy-

chological well-being of older people was investigated through a questionnaire survey among recipients of help in the four municipalities in the autumn of 2009 and a follow-up questionnaire survey in the autumn of 2010 among those who responded in 2009. The responses were used to compare developments from 2009 to 2010 in the physical functional level and psychological well-being of older recipients of help in the four municipalities. A total of 1,693 older recipients of help responded to the questionnaire in both 2009 and 2010.

Information about the amount of help granted in these two years was provided by the local authorities, and changes within the four municipalities were compared.

SOSUs' perception of help for self-help and service and the principles in practice

- *Several variants are included in the SOSUs' perception of help for self-help and service-oriented help and both principles are implemented in several ways in practice.*

On the basis of interviews and observations we identified two variants of help for self-help and three variants of service-oriented help.

Variants of help for self-help

One variant of help for self-help – which seems to be the more common variant – is to involve older people in (small) daily tasks in order to maintain their functional level and level of activity, but without aiming to increase their independence.

The other variant of help for self-help is aimed at rehabilitation and training. It is characterised by the SOSU encouraging and motivating older persons to perform tasks themselves with a view to making them less dependent on help.

Furthermore, the SOSUs mention a third variant in which an older person's level of activity and quality of life is supported by providing help for some tasks so that they have more resources for other tasks that they find more important. However, we are not ready immediately to place this variant in the category of help for self-help.

Variants of service-oriented help

One variant of service-oriented help is about being flexible in terms of providing other services instead of the agreed ones, depending on the requests of the older citizens.

The other variant is about being obliging, so that the SOSU complies with the elderly citizens' expectations and 'standards' for performing tasks, thereby adapting to individual wishes, needs and habits. This seems to be the most common variant.

The third variant is reflected in extra services, in other words the SOSU performs tasks that the older citizens could perform themselves, e.g. to create good relations with the recipients.

Typically, several types of help are required, so both help for self-help and service-oriented help may be provided during the same visit. In the two municipalities representing help for self-help the SOSUs have become more aware of the principle of help for self-help in their daily work

The effect on older people's physical functional level and psychological well-being – Main conclusions

- *The study does not provide an unambiguous answer to the question, whether there is an effect on older people's physical functional level of receiving help in accordance with a principle of help for self-help. There is no connection between older people's psychological well-being and the principle of help.*

Mobility

When we consider all older recipients of help, we find no significant difference between the municipalities as regards the development in older people's mobility from 2009 to 2010. However, older men in Høje-Taastrup, which is seen as a help for self-help municipality, have had a more favourable development in mobility than older men in the other municipalities, although this result is connected with statistical uncertainty. This points to the fact that there is an effect on older men's mobility when a municipality is focusing on providing help for self-help.

Functional level in relation to activities of daily living

Fredensborg and Høje-Taastrup, which represent different principles for providing help, stand out from the other two municipalities when it comes to older people's functional level in relation to daily activities. In this area, older people in these two municipalities had from 2009 to 2010 a more favourable development than older people in the two other municipalities.

In this case, the development is relatively favourable in the one municipality representing help for self-help, but not in the other. As help for self-help has been in focus for a longer period in Høje-Taastrup than in Varde this could explain the different results. However, the picture is disturbed by the fact that the development is even as favourable in Fredensborg as in Høje-Taastrup and we are not able to explain the development in Fredensborg by a principle of help. Therefore, we are not able to conclude that help for self-help has had a positive effect on older people's functional level in relation to activities of daily living.

Psychological well-being

We find no differences between the four municipalities with respect to the development of older people's psychological well-being.

The development in the volume of practical and personal care services

- *In both municipalities representing help for self-help we have found a less increase in the amount of help granted than in the two other municipalities.*

Høje-Taastrup and Varde, which represent the principle of help for self-help, stand out from the other two municipalities in terms of the development in the *time granted* to each citizen from 2009 to 2010.

We do not have any information that there in the four municipalities have been taken other initiatives or made decisions (e.g. on cutbacks) that may have influenced the amount of time granted for practical and personal help to the individual.

How can a principle of help for self-help be strengthened in practice?

In the study we have revealed a number of obstacles for help for self-help being implemented in practice, and this may explain that the study does not show the expected results in all cases. How the help is provided in practice seems to depend on the SOSU's professional attitude to her work, as well as the complex interaction between the SOSU and the older citizens, reflecting their individual 'baggage'. Add to this the framework conditions under which the SOSUs work.

Especially two conditions are of importance to implement the principle of help for self-help in practice: 1) a principle of help for self-help is communicated clearly at the assessment of help, and is clearly formulated in the purpose with the help, and 2) that in cases of new recipients importance is attached to the beginning of a period of help where the relation between the SOSU and the older person is shaped.

If help for self-help is to have a greater impact in practice, action is required in relation to

- support/backing to the SOSU from management to maintain the principle in daily practice,
- formulating objectives for the help provided and clear communication of what is expected of the recipient when the help is granted,
- support from other professional groups, e.g. occupational therapists and physiotherapists, as to provide help with a rehabilitating objective,
- developing the SOSUs' pedagogical skills to express requirements and expectations to the recipients of help that they perform the activities they are able to.

Bilag 1: Kommunerne og modtagerne af hjælp

Karakteristik af deltagende kommuner

Principper for hjælp

I det følgende karakteriseres de fire kommuner med henblik på at give et billede af, hvad der har været baggrund for, at de er udvalgt til at repræsentere henholdsvis hjælp til selvhjælp og service i udførelsen af praktisk bistand og personlig pleje. Fremstillingen bygger på de skriftlige kilder, der i litteraturlisten er opført under materiale fra kommunerne.

Varde Kommune

Varde Kommune er udvalgt som repræsentant for et hjælp til selvhjælpsprincip. I Varde Kommunes kvalitetsstandarder kommer princippet om hjælp til selvhjælp til udtryk i formålet:

Formål (udrede, udvikle, fastholde eller lindre/understøtte):

'At bevare borgeren som aktiv samarbejdspartner', 'At styrke borgerens funktionsevne ved at motivere og støtte borgeren til at deltage så aktivt som muligt i opgaverne', 'At fremme den enkeltes mulighed for at klare sig selv'.

Princippet om hjælp til selvhjælp gør sig også gældende i kommunens kvalitetsmål, som er: 'At borgeren oplever, at ydelsen medvirker til i så høj grad som muligt at genskabe borgerens funktionsevne/frihed'. Endvidere beskrives at formålet med de forskellige ydelser er: 'At bevare borgeren som en aktiv samarbejdspartner', 'At styrke borgerens funktionsevne ved at motivere og støtte borgeren til at deltage så aktivt som muligt i opgaverne'. og 'At fremme den enkeltes mulighed for at klare sig selv'.

I Varde Kommunes kvalitetsstandarder er princippet om hjælp til selvhjælp således tydeligt. Hjælp til selvhjælp som et gennemgående princip understreges af et påbegyndt projekt 'Hverdagsrehabilitering', som har til formål netop at styrke princippet om hjælp til selvhjælp. Projektet er målrettet borgere med funktionsniveau 2, hvilket vil sige borgere med moderate begrænsninger i funktionsniveau. Hensigten er at forbedre borgernes funktionsniveau, så de i højere grad bliver selvhjulpne og uafhængige af det offentlige system. Dette sker ved at erstatte kompenserende ydelser med sundhedsfremmende, forebyggende og trænende ydelser. Den overordnede vision er en holdnings- og adfærdsændring med følgende målsætninger:

- Borgere med rehabiliteringspotentiale skal identificeres, visiteres til og modtage ADL-træning¹ i hjemmet (Relateret til § 83-ydelser – Personlig og praktisk hjælp). Træningen skal afstemmes med tilbud om fysisk træning ved behov.
- Der registreres en konkret oplevelse af forøget livskvalitet hos målgruppen.

¹ Træning i borgernes daglige færdigheder.

- ADL-træningen skal leveres i et samarbejde mellem trænende terapeuter og plejepersonalet og være målrettet mestring af dagligdags opgaver.
- Plejepersonalet skal rustes i at arbejde ud fra 'hjælp til selvhjælpsprincippet', og rammerne for dette skal skabes.
- Udmøntning af besparelsen på ældreområdet.
- Der er samspil mellem og anvendelse af kommunale og ikke kommunale tilbud (civilsamfundet).

Der blev i 2009 i kommunen ansat tre ergoterapeuter til at stå for træning i hjemmet, og der har været gennemført undervisning af personalet. Kommunen har altså gennem projektet en klar strategi om at styrke et princip om hjælp til selvhjælp.

Høje-Taastrup Kommune

Høje-Taastrup Kommune er ligeledes udvalgt på baggrund af kommunens fokus på hjælp til selvhjælp. I kommunens kvalitetsstandarder her kaldet 'Kvalitetshåndbogen' synes imidlertid såvel et princip om hjælp til selvhjælp som et serviceorienteret princip at gøre sig gældende. Således baserer hjælpen sig på følgende værdier:

'At borgeren mødes med respekt og professionalisme', 'At der ydes hjælp og service i dialog og samarbejde med borgeren', 'At der ydes hjælp og service ud fra den enkelte borgers ressourcer', 'At der er fleksibilitet i leveringen af ydelserne', 'At der er helhed og omsorg i opgaveløsningen og dermed sammenhæng mellem ydelserne, der leveres til den enkelte borger', 'At hjælpen udføres, så borgeren bevarer ansvar og selvbestemmelse over eget liv'.

Med *værdierne respekt, service, fleksibilitet og selvbestemmelse* kommer det serviceorienterede princip til udtryk, og med *værdierne professionalisme, ansvar og borgerens ressourcer* står princippet om hjælp til selvhjælp frem. Høje-Taastrup Kommune uddyber begreberne respekt og professionalisme, og skriver videre:

Med respekt mener vi: 'At tage udgangspunkt i borgerens ressourcer og behov', 'At tage hensyn til borgerens individualitet, religion, boform, norm, livssyn og livskvalitet', 'At respektere et nej, såfremt det ikke medfører omsorgssvigt' og 'At være åben og hensynsfuld' (s. 1).

Med professionalisme mener vi: 'At kunne anvende sin faglige viden', 'At arbejde professionelt ud fra borgerens individualitet, ressourcer og behov, så der til stadighed tages udgangspunkt i borgerens ressourcer og behov', 'Fleksibilitet i levering af de aftalte ydelser'.

I Høje-Taastrup Kommune synes de to principper for hjemmehjælp integreret i 'Kvalitetshåndbogen'. Respekt handler i høj grad om den ældres selvbestemmelse, hvor professionalisme omhandler at kunne anvende sin faglige viden. Dog synes et serviceorienteret princip i 'Kvalitetshåndbogen' at dominere, idet der er en overvægt af principper knyttet til borgerens selvbestemmelse. Det faktum, at SOSU'en 'må respektere et nej', kan faktisk umuliggøre at udføre hjælp baseret på et princip om hjælp til selvhjælp i praksis.

Høje-Taastrup Kommune har fra 2007 til 2009 gennemført projekt Fokusskifte: Fra hjælp til selvhjælp og bedre funktionsniveau. Målsætningerne har været:

- 1 Borgere på kommunens plejecentre og i udkørende hjemmepleje skal have øget eller vedligeholdt deres funktionsniveau.
- 2 Ansatte på plejecentre og i udkørende hjemmepleje skal have fået kompetencer til at understøtte en forbedring eller vedligeholdelse af funktionsniveauet.

Hensigten har været, at man ved at øge fokus på, hvordan personlig og praktisk hjælp til personlige gøremål i dagligdagen kan udføres som hjælp til selvhjælp, vil kunne forbedre eller fastholde de fleste borgers funktionsniveau. To fysioterapeuter og en ergoterapeut har udgjort den udførende del af projektet. Visitatorer, ergoterapeuter og fysioterapeuter på træningsområdet er blevet undervist i den motiverende samtale, for at blive bedre klædt på til at motivere borgere til træning og til at udføre dagligdags gøremål i en udstrækning, der svarer til deres fysiske formåen. Ledere og medarbejdere i de enkelte hjemmeplejegrupper har kunnet henvise borgere til terapeuterne, hvorefter de tre terapeuter tester borgernes funktionsniveau og forestår sidemandsoplæring af personalet ude hos borgerne. Sidemandsoplæringens sigte er den samme som hos de nyvisiterede borgere: at instruere borgernes faste plejepersonale i at have fokus på at yde hjælp til selvhjælp med udgangspunkt i visitationsvurderingen. Det vil sige, at give personalet råd og vejledning om, hvordan træning kan inddrages i dagligdags rutiner (ADL), og hvordan det er muligt at inddrage de enkelte borgere i disse rutiner i en udstrækning, der svarer til borgerens reelle fysiske formåen. Desuden kan terapeuterne give plejepersonale og borgere ideer til mere hensigtsmæssig indretning af hjemmet med henblik på at få mest mulig fysisk aktivitet ind i hverdagen. Når en borger blev en del af projektet, bevilgedes hjemmeplejegruppen en opstartspakke. Dette med henblik på, at borgers faste plejepersonale får afsat tid til besøgene hos borgeren sammen med terapeuten og eventuelt medvirken til at foretage de fysiske test.²

Principperne og erfaringerne fra projektet er efterfølgende søgt indarbejdet og fastholdt i den daglige praksis. Der er bl.a. udarbejdet en pjece til borgerne om hjælp til selvhjælp og en kort instruktion til personalet.

Der er altså i Høje-Taastrup Kommune en hel klar strategi med hensyn til at yde hjælp til selvhjælp.

Brønderslev Kommune

Brønderslev Kommune er valgt ud som en kommune, der repræsenterer et serviceorienteret princip i hjemmeplejen. Princippet kommer blandt andet til udtryk i kommunens kvalitetsstandarder, hvor nogle principper for hjælpen er formuleret. Således bygger den hjælp og støtte, Brønderslev Kommune tilbyder, på følgende værdier:

² Projekt Fokusskifte – øget opmærksomhed på hjælp til selvhjælp og øget fysisk aktivitet i hverdagen.
<http://www.espensvaenge.htk.dk/Projekt%20Fokusskift.aspx>

'Livet er et personligt ansvar', 'Samvær og samarbejde gennem gensidig respekt', 'Hensyn til den enkeltes baggrund og vaner', 'Den enkelte har retten til at blive spurgt', 'Den enkelte har retten til at vælge til og fra'.

Disse værdier læner sig i høj grad op ad et serviceorienteret princip, da de handler om den enkelte borgers *ret* til selvbestemmelse og individuel hensyntagen. Man kan yderligere aflæse prioriteringen i kommunens definition af omsorg, som til alle tider må være til stede i udførelsen af ydelserne:

Omsorg er ikke en ydelse, men defineres som den måde, ydelsen udføres på, og det forudsættes altid, at ydelsen udføres med respekt for og i samarbejde med dig. Respekt for dine valg herunder respekt for din livsstil og dine vaner. Nøgleordene er – tillid, dialog, respekt, ansvarlighed, engagement, indlevelse og almindelig takt og tone.

Serviceprincippet træder også her frem i understregningen af borgerens selvbestemmelse i formuleringerne 'respekt for dine valg, livsstil og vaner'.

Der er dog også formuleringer i Brønderslev Kommunes kvalitetsstandarder, som handler om hjælp til selvhjælp. Der henvises først til formålet med hjælpen i henhold til Servicelovens § 1 Stk. 2:

Formålet med hjælpen efter denne lov er at fremme den enkeltes mulighed for at klare sig selv eller lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten (s. 5).

Her synes princippet om hjælp til selvhjælp at gøre sig gældende. Dette bliver yderligere uddybet i formålsbeskrivelserne af den hjælp og støtte, som Brønderslev Kommunes ældreområdet tilbyder:

'Hjælpen foregår i samarbejde med borgeren og dennes pårørende/nærtstående', 'Hjælpen tager udgangspunkt i borgerens egen formåen og udøves sammen med borgeren', 'Hjælpen har til hensigt at styrke borgerens selvstændighed og derved uafhængighed af andre'.

I formålsbestemmelserne bliver hjælp til selvhjælpsprincippet tydeligt om end formuleringerne er noget overordnede og vage. Anderledes konkret og mere direkte kommer princippet om hjælp til selvhjælp til udtryk i et afsnit om, hvad borgerne kan forvente af det personale, der kommer i deres hjem. Om 'Vedligeholdelse af funktioner':

Du kan altid forvente, at hjælperen inddrager dig så meget som muligt i de opgaver, der skal udføres i dit hjem for derved at vedligeholde din funktionsevne og eventuelt gøre dig selvhjulp. Vedligeholdelse af din funktionsevne er derfor altid en del af de ydelser, du får bevilget (s. 10).

Hjælp til selvhjælpsprincippet kan således aflæses flere steder i kommunens kvalitetsstandarder, alligevel synes serviceprincippet at dominere. Dels fordi hjælp til selvhjælpsprincip-

pet ikke er yderligere uddybet, som vi ser det i andre kommuner, og man kan måske på denne baggrund tale om minimumsformuleringer, dels fordi, når alt kommer til alt er den ældres selvbestemmelse sat i højsædet, hvorfor denne således også må formodes at kunne afvise aktiv deltagelse med henvisning til hjælpernes respekt for borgerens *valg, livsstil og vaner*. Endelig gøres der, jf. minimumsformuleringer om princippet om hjælp til selvhjælp, til gengæld meget ud af at informere om muligheden for at bytte rundt på ydelserne efter ønske fra gang til gang (fleksibel hjemmehjælp), hvilket igen kan ses som et udtryk for en serviceorienteret prioritering.

Denne antagelse, at serviceprincippet er dominerende i Brønderslev Kommune, understøttes af en undersøgelse fra 2005 foretaget af regeringen i forbindelse med evalueringer af Frit Valg-ordningen, hvor Brønderslev Kommune udgør et caseeksempel. Resultaterne herfra lyder blandt andet:

Brønderslev Kommune oplever samtidig, at opmærksomheden omkring hjemmehjælpens kvalitet er blevet skærpet i takt med indførelsen af frit valg. Konkurrencen motiverer, fordi medarbejdere og ledelse skal tænke, at 'de skal vælge os'. Bevidstheden omkring medarbejdernes fremtoning, adfærd og kommunikation er således skærpet. Derfor har alle medarbejdere hos den kommunale leverandør været på kommunikationskursus. På grund af de gode erfaringer vedrørende frit valg på ældreområdet er Brønderslev Kommune opmærksom på om erfaringerne kan overføres på andre områder (Regeringen 2005: 54).

Frit valg af hjemmehjælp betyder, at leverandører af hjemmehjælp må konkurrere indbyrdes om hjemmehjælpsbrugerne. Det stiller større krav til medarbejderne om service og imødekommenhed over for brugerne (Regeringen 2005: 54).

Nogle kommuner vurderer, at konkurrencen giver motivationen og virkelysten hos medarbejderne et løft, blandt andet fordi de oplever, at blive valgt aktivt til af hjemmehjælpsbrugerne. Det frie valg kan betyde, at medarbejderne i højere grad bliver opmærksomme på den måde de kommunikerer med de ældre på, og at de bliver mere bevidste om at levere en service, som de kan være stolte af. Det var fx tilfældet i Brønderslev Kommune (Regeringen 2005: 55).

Som tidligere nævnt er der relativt mange private leverandører i Brønderslev Kommune, og det frie valg har altså, ifølge undersøgelsen, haft stor indflydelse på også den kommunale ældrepleje, hvor fokus nu i høj grad er på medarbejdernes *fremtoning, adfærd, kommunikationsevner og imødekommenhed*. Egenskaber som man kan forbinde med det at være serviceorienteret.

Fredensborg Kommune

Fredensborg Kommune er ligeledes udvalgt til at repræsentere et serviceorienteret princip i ældreplejen. I kommunens kvalitetsstandarder kommer dette til udtryk i 'Formålet med hjælpen', hvor det står skrevet: 'At borgeren får hjælp og/eller vejledning til personlig pleje', 'At sikre borgerens sundhedstilstand bedst muligt', 'At borgeren føler sig velsoigneret', 'At borgeren føler sig individuelt behandlet' (s. 3).

Hjælp til selvhjælp nævnes ikke som et overordnet princip, til gengæld skal borgeren føle sig 'individuelt behandlet', og i indledningen til kvalitetsstandarderne står, at: 'Hjælpen skal udføres i et respektfuldt samarbejde mellem borger og medarbejder'. Om respekt skal forstås som respekt for borgerens selvbestemmelse er ikke klart, dog kunne noget tyde på det, når der i kravene til medarbejderne står: 'at alle medarbejdere skal være imødekommende, fleksible og have et godt kendskab til kommunens serviceniveau'. Dette tyder på, at den ældres selvbestemmelse i Fredensborg Kommune bliver vægtet højt.

I Fredensborg Kommunes 'Ældrepolitik 2008-2013' synes hjælp til selvhjælp ej heller at udgøre et tema. Derimod lægges i høj grad vægt på de ældres ønsker og individuelle behov samt det faktum, at næste generation af ældre har et andet forventningsniveau end tidligere generationer, og disse forventninger skal kommunen imødekomme. Et erklæret mål er således, at: '*I 2010 skal antallet af tilfredse brugere, hvad angår ydelser, fleksibilitet og kvalitet på ældreområdet være 85%*' (s. 8). Det serviceorienterede princip står herved tydeligt frem. Dog skal det nævnes, at aktiviteter synes højt prioriteret i 'Ældrepolitik 2008-2013', men at der her er tale om aktiviteter enten af social karakter eller aktiviteter uden for hjemmet og ikke i forhold til daglige gøremål i hjemmet med et hjælp til selvhjælpsprincip som grundlag/motivation.

Fredensborg Kommune har endvidere den særlige ordning, at borgere, der er visiteret til mere end otte timers personlig eller praktisk hjælp ugentlig, tilbydes en omsorgstime hver 14. dag. Tiden kan bruges efter borgerens eget ønske, og timerne kan lægges sammen og bruges til længere ture, familiebesøg, indkøb eller andet efter eget ønske.

I Fredensborg Kommune er der intet i materialet, som tyder på, at hjælp til selvhjælp er et princip, som ældreplejen her baserer sig på. Kommunen er dog naturligvis forpligtet af servicelovens bestemmelser om at yde hjælp med et aktiverende sigte.

Modtagere af hjælp i de fire kommuner

I det følgende gives en beskrivende sammenligning af modtagere af hjælp i Brønderslev, Fredensborg, Høje-Taastrup og Varde Kommuner, som havde udfyldt spørgeskema i både 2009 og 2010. Beskrivelsen er baseret på besvarelserne i 2009 *eller* på besvarelserne i både 2009 og 2010 og skal give et billede af forskelle og ligheder mellem kommunerne i sammensætningen af ældre, som modtager praktisk bistand eller personlig pleje.

Funktionsniveau og helbred

I dette afsnit beskrives de ældres egen angivelse af mobilitet, funktionsniveau og helbred, og i tabel B.1 er vist, hvordan de ældre, som indgår i analyserne, er fordelt på indekset for mobilitet i de fire kommuner i 2009.

Tabel B.1 Ældre modtagere af hjælp fordelt på kommune og procentvis efter score på indeks for mobilitet i 2009

Indeks	Repræsenterer service		Repræsenterer hjælp til selvhjælp		Total
	Brønderslev	Fredensborg	Høje-Taastrup	Varde	
0	9,3	9,1	7,1	8,6	8,5
1	6,8	3,8	3,1	3,1	4,0
2	7,9	7,3	6,4	11,5	8,4
3	5,4	5,6	4,9	7,2	5,8
4	14,9	8,1	10,4	12,7	11,5
5	16,6	15,9	15,6	16,6	16,2
6	15,2	19,1	20,2	16,0	17,7
7	23,9	31,2	32,2	24,2	27,9
I alt	100	100	100	100	100
Antal	355	372	450	487	1.664

(Pears Chi Square= 42,4, df=21, p=0,004)

Mobiliteten er angivet på en skala fra 0-7, som er opgjort på baggrund af syv spørgsmål, om de ældres mobilitet i hverdagen, fx skulle de ældre besvare, om de kunne gå på trapper uden hjælp. Jo højere score des mere mobile er respondenterne. Sammenligningen viser, at der var signifikant forskel på mobiliteten i de fire kommuner. Det fremgår, at de ældre var mest mobile i Høje-Taastrup og Fredensborg Kommuner, hvor henholdsvis ca. 32% og 31% af deltagerne scorede 7 på mobilitets skalaen. Til sammenligning scorede blot ca. 24% i Brønderslev og Varde Kommuner 7.

De ældres evne til at udføre en række daglige aktiviteter uden hjælp er angivet på en aktivitetsskala fra 0-8, jf. tabel B.2. Værdier på skalaen er beregnet ud fra otte spørgsmål om respondenternes evne til at klare daglige aktiviteter uden hjælp, fx skulle respondenterne besvare, om de kunne gå på toilettet uden hjælp. Jo højere score, des flere daglige aktiviteter er respondenterne i stand til at udføre uden hjælp.

Tabel B.2 Ældre modtagere af hjælp fordelt på kommune og procentvis efter score i 2009 på aktivitetsskala med otte daglige aktiviteter

	Repræsenterer service		Repræsenterer hjælp til selvhjælp		Total
	Brønderslev	Fredensborg	Høje-Taastrup	Varde	
0	6,8	1,9	3,1	6,4	4,6
1	2,3	2,2	1,3	1,2	1,7
2	4,8	1,9	1,3	2,5	2,5
3	3,7	1,3	2,2	2,9	2,5
4	6,8	3,2	2,7	4,5	4,2
5	7,9	4,6	3,3	7,8	5,9
6	11,5	9,4	9,1	10,7	10,2
7	34,6	45,2	50,9	41,5	43,4
8	21,7	30,4	26,0	22,6	25,1
I alt	100	100	100	100	100
Antal	355	372	450	487	1.664

(Pears Chi Square= 73,8, df=24, p<0,0005)

Overordnet ses det, at de fleste respondenter scorer mellem 6 og 8. Der er imidlertid signifikant forskel på de ældres score på aktivitetsskalaen i de fire kommuner. Ældre i Fredensborg og Høje-Taastrup Kommuner scorede specielt højt på aktivitetsskalaen, idet ca. 75% scorede 7 eller 8 på aktivitetsskalaen. Til sammenligning scorede blot 56% og 64% 7 eller 8 på aktivitetsskalaen i henholdsvis Brønderslev og Varde Kommuner.

De ældres evne til at udføre daglige aktiviteter uden hjælp var også angivet i en aktivitetsskala fra 0-10 med ti daglige aktiviteter, jf. tabel B.3. Denne er beregnet på samme måde som beskrevet i det tidligere afsnit, men inkluderer også respondenternes evne til at støvsuge og løfte og bære dagligvarer uden hjælp.

Tabel B.3 Ældre modtagere af hjælp fordelt på kommune og procentvis efter score i 2009 på aktivitetsskala med ti daglige aktiviteter

	Repræsenterer service		Repræsenterer hjælp til selvhjælp		Total
	Brønderslev	Fredensborg	Høje-Taastrup	Varde	
0	6,5	1,6	3,1	6,0	4,3
1	2,0	2,4	1,3	1,6	1,8
2	5,1	1,6	1,3	2,5	2,5
3	3,4	1,3	2,0	2,7	2,3
4	6,2	3,0	2,4	3,5	3,7
5	6,5	4,0	2,9	7,2	5,2
6	10,1	7,0	7,3	7,4	7,9
7	22,5	25,5	29,3	29,4	27,0
8	21,7	28,8	29,8	22,4	25,7
9	11,5	15,3	14,4	12,9	13,6
10	4,5	9,4	6,0	4,5	6,0
I alt	100	100	100	100	100
Antal	355	372	450	487	1.664

(Pears Chi Square= 80,7 df=30, p<0,0005)

Analysen viser, at der også på denne skala er signifikant forskel mellem de fire kommuner. Ældre i Fredensborg Kommune scorede specielt højt på aktivitetsskalaen. Ca. 9% scorede 10 på aktivitetsskalaen. Til sammenligning scorede blot 4,5% i Brønderslev og Varde 10 på akti-

vitetsskalaen. Andelen, som kunne udføre otte eller flere daglige aktiviteter uden hjælp, var højere i Fredensborg og Høje-Taastrup Kommuner end i de to øvrige kommuner.

Det fremgår af tabel B.4, at de fleste ældre vurderede, at deres helbred ikke var godt i hverken 2009 og 2010.

Tabel B.4 Ældre modtagere af hjælp fordelt efter kommune og procentvis efter selv vurderet helbred i 2009 og 2010

	Repræsenterer service		Repræsenterer hjælp til selvhjælp		Total
	Brønder-slev	Fredens-borg	Høje-Taastrup	Varde	
Godt i både 2009 og 2010	6,8	11,0	5,8	5,3	7,0
Godt i 2009, men ikke 2010	3,1	5,6	3,8	5,7	4,6
Ikke godt i 2009, men i 2010	5,6	7,3	6,2	5,3	6,1
Ikke godt i hverken 2009 eller 2010	78,3	66,4	78,2	76,4	75,1
Ikke angivet	6,2	9,7	6,0	7,2	7,2
I alt	100	100	100	100	100
Antal	355	372	450	487	1.664

(Pears Chi Square= 27,0, df=12, p=0,008)

Tabellen viser også, at der var signifikant forskel på de ældres selv vurderede helbred i de fire kommuner. De ældres selv vurderede helbred var bedre i Fredensborg sammenlignet med de tre andre kommuner. Der var fx 11% i Fredensborg Kommune, som vurderede, at deres helbred var 'godt' eller 'meget godt' i både 2009 og 2010, hvorimod blot ca. 5-6% i Varde og Høje-Taastrup Kommuner vurderede deres helbred som 'godt' eller 'meget godt' i begge år. Andelen, som i begge år vurderede, at deres helbred kun var nogenlunde eller dårligt, var lavere i Fredensborg Kommune end i de øvrige kommuner.

De ældre blev spurgt, om de har eller har haft følgende sygdomme: astma, allergi, sukkersyge/diabetes, øjenssygdom med nedsat syn, forhøjet blodtryk eller migræne/hyppig hovedpine. Disse har vi betegnet som mindre alvorlige sygdomme, selv om de i nogle tilfælde kan have alvorlige konsekvenser.

Tabel B.5 Ældre modtagere af hjælp fordelt efter kommune og procentvis efter, om de i 2009 eller 2010 havde eller havde haft en mindre alvorlig sygdom i 2009 og 2010

	Repræsenterer service		Repræsenterer hjælp til selvhjælp		Total
	Brønder-slev	Fredens-borg	Høje-Taastrup	Varde	
Sygdom i både 2009 og 2010	63,4	61,6	61,8	60,4	61,7
Sygdom i 2009, men ikke 2010	2,0	4,8	4,7	2,1	3,4
Ikke sygdom i 2009, men i 2010	1,4	2,2	1,8	2,1	1,9
Ikke sygdom i hverken 2009 eller 2010	4,8	3,8	3,1	3,9	3,8
Ikke angivet	28,5	27,7	28,7	31,6	29,3
I alt	100	100	100	100	100
Antal	355	372	450	487	1.664

(Pears Chi Square= 13,0, df=12, p=0,368)

Det ses, at de fleste respondenter vurderede, at de havde eller havde haft en mindre alvorlig sygdom i både 2009 og 2010, og der er ingen signifikant forskel mellem kommunerne. Mange har valgt ikke at angive, om de havde eller havde haft én af de nævnte sygdomme. I de fleste tilfælde tolker vi dette, som at de ikke har eller har haft sygdommen.

De ældre blev også spurgt, om de havde eller havde haft slidgigt/leddegigt eller osteoporose (knogleskørhed). Det har vi betegnet som ledsygdomme, og i tabel B.6 er vist, hvordan de ældre fordeler sig efter, om de i 2009 og 2010 havde én af disse sygdomme.

Tabel B.6 Ældre modtagere af hjælp fordelt efter kommune og procentvis efter, om de i 2009 og 2010 havde eller havde haft en ledsygdom

	Repræsenterer service		Repræsenterer hjælp til selvhjælp		Total
	Brønder-slev	Fredens-borg	Høje-Taastrup	Varde	
Sygdom i både 2009 og 2010	54,4	53,5	60,7	48,9	54,3
Sygdom i 2009, men ikke 2010	3,1	3,5	2,9	4,5	3,5
Ikke sygdom i 2009, men i 2010	1,4	2,7	2,0	1,8	2,0
Ikke sygdom i hverken 2009 eller 2010	7,9	8,3	4,2	6,6	6,6
Ikke angivet	33,2	32,0	30,2	38,2	33,6
I alt	100	100	100	100	100
Antal	355	372	450	487	1.664

(Pears Chi Square= 21,0, df=12, p=0,051)

I tabellen ses det, at de fleste respondenter angav, at de havde en ledsygdom i både 2009 og 2010. En mindre andel af de ældre i Varde Kommune og en større andel i Høje-Taastrup Kommune rapporterede, at de havde en ledsygdom i både 2009 og 2010 sammenlignet med de to andre kommuner.

De ældre blev endvidere spurgt, om de havde eller havde haft en blodprop i hjertet eller hjertekrampe, en hjerneblødning, kronisk bronkitis, for store lunger eller rygerlunger eller en kræftsygdom. Disse har vi betegnet som alvorlige sygdomme. I tabel B.7 er vist, i hvilken udstrækning de ældre har angivet at have eller inden for det seneste år at have haft sådanne sygdomme.

Tabel B.7 Ældre modtagere af hjælp fordelt efter kommune og procentvis efter, om de i 2009 og 2010 havde eller havde haft en alvorlig sygdom

	Repræsenterer service		Repræsenterer hjælp til selvhjælp		Total
	Brønder-slev	Fredens-borg	Høje-Taastrup	Varde	
Sygdom i både 2009 og 2010	23,7	19,6	23,3	22,0	22,2
Sygdom i 2009, men ikke 2010	5,4	4,0	4,0	1,8	3,7
Ikke sygdom i 2009, men i 2010	0,3	0,5	0,4	0,6	0,5
Ikke sygdom i hverken 2009 eller 2010	0,3	0,8	0,2	0,2	0,4
Ikke angivet	70,4	75,0	72,0	75,4	73,3
I alt	100	100	100	100	100
Antal	355	372	450	487	1.664

(Pears Chi Square= 13,3, df=12, p=0,350)

Det fremgår, at den største andel ikke har angivet, om de havde en alvorlig sygdom i 2009 og 2010. Det tolker vi som, at de ikke havde. Sammenligningen af besvarelsenerne i de fire kommuner viser ingen signifikant forskel.

De ældre blev endvidere bedt om at angive, om de har eller inden for det seneste år har haft en psykisk lidelse. Svarene fremgår af tabel B.8.

Tabel B.8 Ældre modtagere af hjælp fordelt efter kommune og procentvis efter, om de i 2009 og 2010 havde eller havde haft en psykisk lidelse

	Repræsentanter service		Repræsentanter hjælp til selvhjælp		Total
	Brønder-slev	Fredens-borg	Høje-Taastrup	Varde	
Sygdom i både 2009 og 2010	6,8	8,1	9,1	6,0	7,5
Sygdom i 2009, men ikke 2010	3,4	1,9	1,6	2,9	2,4
Ikke sygdom i 2009, men i 2010	2,5	1,3	3,1	1,4	2,1
Ikke sygdom i hverken 2009 eller 2010	18,9	22,0	17,8	16,8	18,7
Ikke angivet	68,5	66,7	68,4	72,9	69,4
I alt	100	100	100	100	100
Antal	355	372	450	487	1.664

(Pears Chi Square= 16,4, df=12, p=0,173)

En stor andel af de ældre havde ikke eller havde ikke haft en psykisk lidelse i hverken 2009 og 2010 eller har ikke angivet, hvorvidt de havde. Det sidste tolker vi også, som at de i de fleste tilfælde ikke havde eller havde haft en psykisk lidelse. Der er ikke nogen signifikant forskel mellem besvarelsenerne i de fire kommuner.

De ældre har svaret på, i hvilken udstrækning de havde smerter i 2009 og 2010, og svarfordelingen fremgår af tabel B.9.

Tabel B.9 Ældre modtagere af hjælp fordelt efter kommune og procentvis efter, i hvilken udstrækning de havde smerter i 2009 og 2010

	Repræsentanter service		Repræsentanter hjælp til selvhjælp		Total
	Brønder-slev	Fredens-dens-borg	Høje-Taastrup	Varde	
Ingen eller lette smerter i både 2009 og 2010	30,1	26,3	28,2	32,2	29,4
Ingen eller lette smerter i 2009, men i 2010	12,1	10,5	8,2	10,1	10,1
Stærke smerter i 2009, men ikke i 2010	11,8	9,7	13,8	10,7	11,5
Stærke smerter i 2009 og 2010	31,0	40,3	37,1	31,6	34,9
Uoplyst	14,9	13,2	12,7	15,4	14,1
I alt	100	100	100	100	100
Antal	355	372	450	487	1.664

(Pears Chi Square= 17,7, df=12, p=0,124)

Det fremgår, at ca. 1/3 af respondenterne havde ingen eller lette smerter i både 2009 og 2010, og at ca. 1/3 af respondenterne havde stærke smerter i både 2009 og 2010. Sammenligningen af besvarelsenerne i de fire kommuner viser ingen signifikant forskel.

Vi har fra de fire kommuner fået oplyst, hvor meget hjælp om ugen de ældre i undersøgelsen var bevilget. Hjælpens omfang er opgjort i minutter, og de ældres fordeling på omfanget af bevilget hjælp fremgår af tabel B.10.

Tabel B.10 Ældre modtagere af hjælp fordelt efter kommune og procentvis efter, hvor meget hjælp de var bevilget pr. uge i 2009 (minutter)

	Repræsenterer service		Repræsenterer hjælp til selvhjælp		Total
	Brønderslev	Fredensborg	Høje-Taastrup	Varde	
0-30 minutter	35,6	2,0	0,5	39,7	19,6
31-60 minutter	14,9	51,2	68,8	17,9	38,7
31-200 minutter	17,1	20,5	25,1	22,8	21,7
>200 minutter	32,4	26,3	5,6	19,6	20,0
I alt	100	100	100	100	100
Antal	315	346	414	448	1.523

(Pears Chi Square= 552,4, df=9, p<0,0005)

Analysen viser signifikant forskel på de ældres fordeling på bevilgede antal minutter i de intervaller, som er anvendt i tabellen. Meget få ældre i Fredensborg og Høje-Taastrup Kommuner er bevilget mindre end 30 minutters hjælp om ugen. Det fremgår ikke af tabellen, men i de to kommuner er mange bevilget lidt mere end 30 minutter om ugen. I Høje-Taastrup er der kun ca. 6% af respondenter der er bevilget mere end 200 minutter om ugen, og det er en betydelig mindre andel end i de øvrige tre kommuner.

Vi har endvidere opgjort, hvor stor en andel af modtagerne af hjælp, der i 2009 modtog hjælp fra en privat leverandør, og hvor stor en andel der alene modtog hjælp fra den kommunale hjemmepleje. Denne opdeling omfatter ikke Varde Kommune, da vi ikke har fået oplysninger om leverandør herfra. Fordelingen er vist i tabel B.11, og tabellen omfatter *alle* modtagere af hjælp i efteråret 2009.

Tabel B.11 Ældre modtagere af hjælp fordelt efter kommune og procentvis efter leverandør i 2009

	Repræsenterer service		Repræsenterer hjælp til selvhjælp		Total
	Brønderslev	Fredensborg	Høje-Taastrup	Varde	
Kun kommunal hjemmepleje	62,6	47,9	73,8	-	43,9
Privat leverandør	37,4	44,4	26,2	1,2	25,7
Andet	-	7,6	-	-	1,8
Ikke fordelt	-	-	-	98,8	28,6
I alt	100	100	100	100	100
Antal	315	346	414	448	1.523

Det fremgår af tabellen, at andelen med privat leverandør til hele eller noget af hjælpen er størst i Fredensborg Kommune, mens andelen alene med kommunal hjemmepleje er større i Høje-Taastrup Kommune end i Brønderslev og Fredensborg Kommuner.

I tabel B.12 ses det, at de fleste ældre modtagere af hjælp boede alene i både 2009 og 2010.

Tabel B.12 Ældre modtagere af hjælp fordelt efter kommune og procentvis efter husstandens sammensætning i 2009 og 2010

	Repræsenterer service		Repræsenterer hjælp til selvhjælp		Total
	Brønderslev	Fredensborg	Høje-Taastrup	Varde	
Bor alene i både 2009 og 2010	77,2	76,1	75,3	71,7	74,8
Bor ikke alene i 2009, men i 2010	2,0	2,7	3,1	2,5	2,6
Bor alene i 2009, men ikke i 2010	0,3	0,8	0	0,2	0,3
Bor ikke alene i 2009 og 2010	15,5	15,6	17,1	20,9	17,5
Uoplyst	5,1	4,8	4,4	4,7	4,7
I alt	100	100	100	100	100
Antal	355	372	450	487	1.664

(Pears Chi Square= 11,8, df=12, p=0,461)

Der er ingen signifikant forskel mellem de fire kommuner. Dog ses en tendens til, at færre ældre i Varde Kommune boede alene i 2009 og 2010 sammenlignet med ældre i de tre andre kommuner.

De ældre blev spurgt, hvor ofte det sker, at de er alene, selv om de havde mest lyst til at være sammen med andre. Det benævner vi at være uønsket alene, og hvor ofte det sker blandt ældre modtagere af hjælp i de fire kommuner er vist i tabel B.13.

Tabel B.13 Ældre modtagere af hjælp fordelt efter kommune og procentvis efter, hvor ofte de var uønsket alene i 2009 og 2010

	Repræsenterer service		Repræsenterer hjælp til selvhjælp		Total
	Brønder-slev	Fredensborg	Høje-Taastrup	Varde	
Ofte eller af og til i både 2009 og 2010	34,6	35,5	38,7	30,4	34,7
Ofte eller af i 2009, men sjældent eller aldrig i 2010	16,1	11,8	12,7	12,5	13,2
Sjældent eller aldrig i 2009, men ofte eller af og til i 2010	13,0	11,3	9,8	9,9	10,8
Sjældent eller aldrig i 2009 og 2010	22,5	32,0	28,2	31,8	28,9
Uoplyst	13,8	9,4	10,7	15,4	12,4
I alt	100	100	100	100	100
Antal	355	372	450	487	1.664

(Pears Chi Square= 25,7, df=12, p=0,012)

Ca. 1/3 var ofte eller af og til uønsket alene i 2009 og 2010, mens knap 30% sjældent eller aldrig var uønsket alene i 2009 og 2010. En mindre andel af de ældre i Varde Kommune end i

de andre kommuner angav i både 2009 og 2010, at de ofte eller af og til er uønsket alene sammenlignet med de andre kommuner.

De ældre har kunnet angive, hvilke interesser eller hobbyer de regelmæssigt kommer ud til, fx motion, fritidsundervisning eller foredrag, seniorklub eller dagcenter, kortspil eller håndarbejde eller hobby i klub. I tabel B.14 er vist, hvor mange interesser eller hobbyer de ældre har angivet, at de kom ud til i 2009.

Tabel B.14 Ældre modtagere af hjælp fordelt efter kommune og procentvis efter, hvor mange interesser eller hobbyer de regelmæssigt kom ud til i 2009

Antal aktiviteter	Repræsenterer service		Repræsenterer hjælp til selvhjælp		Total
	Brønderslev	Fredensborg	Høje-Taastrup	Varde	
Ingen	48,7	40,6	41,3	42,5	43,1
1	20,0	22,6	23,6	20,7	21,8
2 eller flere	31,3	36,8	35,0	36,7	35,1
I alt	100	100	100	100	100
Antal	355	372	450	487	1.664

(Pears Chi Square= 28,3, df=24, p=0,247)

Godt halvdelen kom regelmæssigt ud til mindst én interesse eller hobby. De færreste kom regelmæssigt ud til mere end to. Der var ikke nogen signifikant forskel, når man sammenlignede besvarelsene fra de fire kommuner. Dog er der en tendens til, at der i Brønderslev Kommune var en større andel ældre, som slet ikke regelmæssigt kom ud til en interesse eller hobby.

Når det drejer sig om sociale aktiviteter, blev de ældre også spurgt, hvor ofte de har kontakt med familie, som de ikke bor sammen med, og venner eller bekendte. Situationen i 2009 fremgår af tabel B.15.

Tabel B.15 Ældre modtagere af hjælp fordelt efter kommune og procentvis efter deres kontakt med familie, venner eller bekendte i 2009

	Repræsenterer service		Repræsenterer hjælp til selvhjælp		Total
	Brønderslev	Fredensborg	Høje-Taastrup	Varde	
Dagligt eller næsten dagligt	43,1	46,5	37,8	46,4	43,4
1 eller 2 gange om ugen	38,3	32,5	42,9	37,4	38,0
1 eller 2 gange om måneden	7,0	12,4	9,8	6,2	8,7
Sjældnere end månedligt	3,4	4,3	4,2	4,3	4,1
Uoplyst	8,2	4,3	5,3	5,7	5,8
I alt	100	100	100	100	100
Antal	355	372	450	487	1.664

(Pears Chi Square= 27,6, df=12, p=0,006)

De fleste ældre havde kontakt med familie, venner eller bekendte mindst en gang om ugen i alle fire kommuner. Der er en signifikant forskel på besvarelsene i de fire kommuner. Der

var en mindre andel i Høje-Taastrup Kommune, der havde daglig eller næsten daglig kontakt med familie, venner eller bekendte.

I det efterfølgende beskrives forhold, der vedrører de ældres økonomiske forhold og sociale position. I første omgang vises de ældres indkomstkilder i tabel B.16.

Tabel B.16 Ældre modtagere af hjælp fordelt efter kommune og procentvis efter indkomstkilder i 2009

Hvilken indkomst har du?	Repræsenterer service		Repræsenterer hjælp til selvhjælp		Total
	Brønderslev	Fredensborg	Høje-Taastrup	Varde	
Kun folkepension og eventuelt ATP	68,7	44,1	59,6	59,5	58,1
Folkepension, eventuelt ATP og anden indkomst	28,2	51,6	36,7	36,6	38,2
Kun anden indkomst	0,6	0,8	1,3	0,4	0,8
Uoplyst	2,5	3,5	2,4	3,5	3,0
I alt	100	100	100	100	100
Antal	355	372	450	487	1.664

(Pears Chi Square= 51,6, df=9, $p<0,0005$)

I tre af de fire kommuner havde de fleste ældre kun folkepension og eventuelt ATP. I Fredensborg Kommune var der en mindre andel ældre, som kun modtog folkepension og eventuelt ATP, og en større andel som også havde indkomst ud over folkepension og ATP sammenlignet med de tre andre kommuner. Omvendt var andelen, som kun havde folkepension og ATP, særlig stor i Brønderslev Kommune.

Forskellen i indkomst mellem kommunerne giver sig også til dels udslag i, hvordan de ældre vurderer deres økonomi. Det fremgår af tabel B.17.

Tabel B.17 Ældre modtagere af hjælp fordelt efter kommune og procentvis efter deres vurdering af deres økonomi i 2009

Hvordan synes du, din økonomi er i dag?	Repræsenterer service		Repræsenterer hjælp til selvhjælp		Total
	Brønder-slev	Fredens-borg	Høje-Taastrup	Varde	
Meget god	7,6	15,3	15,3	9,7	12,0
God	31,8	34,7	30,2	33,5	32,5
Nogenlunde	51,5	35,8	46,7	50,9	46,5
Dårlig eller meget dårlig	7,6	13,7	6,0	4,7	7,7
Uoplyst	1,4	0,5	1,8	1,2	1,3
I alt	100	100	100	100	100
Antal	355	372	450	487	1.664

(Pears Chi Square= 59,3, df=15, $p<0,0005$)

En større andel ældre i Fredensborg og Høje-Taastrup Kommuner end i de to andre kommuner vurderede, at deres økonomi var meget god. Det er dog interessant at bemærke, at flere ældre i Fredensborg Kommune i 2009 har angivet, at deres økonomi var dårlig eller meget dårlig sammenlignet med de tre andre kommuner.

I tabel B.18 er de ældre fordelt efter, hvilken boligtype de boede i i 2009.

Tabel B.18 Ældre modtagere af hjælp fordelt efter kommune og procentvis efter boligtype i 2009

	Repræsenterer service		Repræsenterer hjælp til selvhjælp		Total
	Brønderslev	Fredensborg	Høje-Taastrup	Varde	
Ejerbolig	31,3	37,4	40,9	35,7	36,5
Lejebolig	55,5	50,0	49,8	40,5	48,3
Andelsbolig	10,1	9,9	6,0	18,5	11,4
Anden type bolig	1,4	1,9	2,7	3,7	2,5
Uoplyst	1,7	0,8	0,7	1,6	1,2
I alt	100	100	100	100	100
Antal	355	372	450	487	1.664

(Pears Chi Square= 57,8, df=12, p<0,0005)

Næsten halvdelen af de ældre boede i en lejebolig i 2009. Der er imidlertid forskel mellem kommunerne. Der var en større andel ældre i Høje-Taastrup Kommune, der boede i ejerbolig, sammenlignet med de tre andre kommuner. I Varde Kommune boede en større andel end i de øvrige kommuner i andelsbolig, mens der i Brønderslev Kommune var en større andel, som boede i lejebolig.

Endelig er de ældre blevet spurgt, hvor lang en erhvervsuddannelse de har. Svarene fremgår af tabel B.19.

Tabel B.19 Ældre modtagere af hjælp fordelt efter kommune og procentvis efter længden af deres erhvervsuddannelse

	Repræsenterer service		Repræsenterer hjælp til selvhjælp		Total
	Brønderslev	Fredensborg	Høje-Taastrup	Varde	
Ingen erhvervsuddannelse	60,0	25,0	42,4	54,0	45,7
3 år eller kortere	10,1	29,3	19,3	14,6	18,2
Længere end 3 år	19,2	42,7	32,0	20,3	28,2
Uoplyst	10,7	3,0	6,2	11,1	7,9
I alt	100	100	100	100	100
Antal	355	372	450	487	1.664

(Pears Chi Square= 175,0, df=9, p<0,0005)

Der er signifikante forskelle mellem de fire kommuner med hensyn til de ældres udnannelsesmæssige baggrund. Mere end halvdelen af de ældre i Varde og Brønderslev Kommuner har ingen erhvervsuddannelse, mens dette alene er tilfældet for en fjerdedel i Fredensborg Kommune. I Fredensborg kommune har 43% af de ældre en erhvervsuddannelse, som var længere end tre år, mens gennemsnittet for alle kommuner var 28%.

Bilagstabeller

Bilagstabel 4.1 Resultat af GLM-regression af udviklingen i mobilitet. Forskelle mellem kommuner

	Alle		Kvinder		Mænd	
	Koeffi- cient	Std. afvigelse	Koeffi- cient	Std. afvigelse	Koeffi- cient	Std. afvigelse
Konstant	2,97***	0,58	3,01***	0,73	3,00***	0,88
Kvinde	Reference					
Mand	0,32**	0,10				
Har meget god økonomi	Reference		Reference		Reference	
Har god økonomi	-0,12	0,14	-0,22	0,18	0,11	0,22
Har nogenlunde økonomi	-0,06	0,14	-0,04	0,18	-0,12	0,21
Har dårlig økonomi	0,25	0,21	0,25	0,26	0,16	0,37
Har meget dårlig økonomi	0,05	0,33	-0,37	0,40	0,83	0,53
Økonomi uoplyst	0,21	0,40	0,06	0,46	0,87	0,90
Ingen erhvervsuddannelse	Reference		Reference		Reference	
Tre år eller kortere	0,26*	0,12	0,40**	0,14	-0,30	0,24
Længere end tre år	0,05	0,11	0,10	0,14	-0,10	0,16
Uddannelse uoplyst	0,05	0,16	0,05	0,20	-0,03	0,28
Bor alene i 2009 og 2010	Reference		Reference		Reference	
Bor <i>ikke</i> alene i 2009, men i 2010	-0,32	0,26	0,11	0,33	-1,11**	0,42
Bor alene i 2009, men <i>ikke</i> i 2010	-1,19	0,76	-2,32*	1,01	0,51	1,06
Bor <i>ikke</i> alene i 2009 og 2010	-0,29*	0,12	-0,17	0,15	-0,43*	0,17
Husstand uoplyst	0,01	0,20	-0,12	0,25	0,32	0,32
Selvvurderet helbred godt i 2009 og 2010	Reference		Reference		Reference	
Selvvurderet helbred godt i 2009, men <i>ikke</i> 2010	-0,15	0,25	-0,16	0,34	-0,18	0,36
Selvvurderet helbred <i>ikke</i> godt i 2009, men i 2010	0,06	0,23	-0,14	0,29	0,22	0,36
Selvvurderet helbred <i>ikke</i> godt i 2009 og 2010	-0,65***	0,18	-0,73***	0,22	-0,58*	0,27
Selvvurderet helbred uoplyst	-0,72***	0,24	-0,88**	0,30	-0,65	0,39
Har ledsygdom i 2009 og 2010	Reference		Reference		Reference	
Har ledsygdom i 2009, men ikke 2010	0,10	0,23	0,12	0,31	-0,01	0,32
Har ikke ledsygdom i 2009, men i 2010	-0,62*	0,30	-1,15**	0,40	0,22	0,44
Har ikke ledsygdom i 2009 og 2010	0,02	0,18	0,03	0,25	0,10	0,24
Ledsygdom uoplyst	0,14	0,10	0,17	0,12	0,22	0,16
Alder	-0,02**	0,01	-0,02*	0,01	-0,02	0,01

	Alle		Kvinder		Mænd	
	Koeffi- cient	Std. afvigelse	Koeffi- cient	Std. afvigelse	Koeffi- cient	Std. afvigelse
Indeks for mobilitet 2009	0,49***	0,02	0,47***	0,03	0,53***	0,04
Indeks for ti daglige aktivi- teter	0,16***	0,02	0,16***	0,03	0,15***	0,03
Brønderslev Kommune	Reference		Reference		Reference	
Fredensborg Kommune	0,02	0,13	0,10	0,16	-0,17	0,22
Høje-Taastrup Kommune	0,11	0,12	0,06	0,15	0,33	0,20
Varde Kommune	-0,08	0,12	-0,11	0,15	0,09	0,19
N=	1.664		1.189		475	

Signifikansniveau: * 5%, ** 1%, *** 0.1%.

Bilagstabel 4.2 Resultat af GLM-regression af borgernes mobilitet i 2010. Forskel mellem kommuner og leverandører

	Bevilget hjælp mindre end 60 minutter om ugen		Bevilget hjælp mere end 60 minutter om ugen		Alle (Forskel mellem leverandører)	
	Koefficient	Std. afvigelse	Koeffici- ent	Std. afvigelse	Koeffici- ent	Std. afvigelse
Konstant	4,41***	0,77	1,39	0,84	3,00***	0,57
Kvinde	Reference					
Mand	0,44***	0,13	0,27	0,16	0,33***	0,10
Har meget god økonomi	Reference		Reference		Reference	
Har god økonomi	-0,25	0,19	-0,07	0,20	-0,13	0,14
Har nogenlunde økonomi	-0,24	0,18	0,01	0,19	-0,07	0,14
Har dårlig økonomi	-0,31	0,28	0,96**	0,32	0,24	0,21
Har meget dårlig økonomi	-0,56	0,43	0,83	0,47	0,04	0,33
Økonomi uoplyst	-0,45	0,51	0,81	0,60	0,22	0,40
Ingen erhvervsuddannelse	Reference		Reference		Reference	
Tre år eller kortere	0,37*	0,15	0,01	0,18	0,25*	0,12
Længere end tre år	0,15	0,14	-0,10	0,16	0,04	0,11
Uddannelse uoplyst	-0,04	0,20	0,19	0,26	0,04	0,16
Bor alene i 2009 og 2010	Reference		Reference		Reference	
Bor <i>ikke</i> alene i 2009, men i 2010	0,27	0,34	-1,14**	0,39	-0,32	0,26
Bor alene i 2009, men <i>ikke</i> i 2010	-2,33*	0,99	0,66	1,11	-1,23	0,75
Bor <i>ikke</i> alene i 2009 og 2010	-0,34*	0,15	-0,14*	0,18	-0,29**	0,12
Husstand uoplyst	-0,11	0,25	-0,02	0,32	0,01	0,20
Selv vurderet helbred godt i 2009 og 2010	Reference		Reference		Reference	
Selv vurderet helbred godt i 2009, men <i>ikke</i> 2010	-0,28	0,32	0,20	0,39	-0,15	0,25
Selv vurderet helbred <i>ikke</i> godt i 2009, men i 2010	-0,14	0,29	0,57	0,37	0,06	0,23
Selv vurderet helbred <i>ikke</i> godt i 2009 og 2010	-0,82***	0,223	-0,27	0,27	-0,65***	0,18

	Bevilget hjælp mindre end 60 minutter om ugen		Bevilget hjælp mere end 60 minutter om ugen		Alle (Forskel mellem leverandører)	
	Koefficient	Std. afvigelse	Koeffici- ent	Std. afvigelse	Koeffici- ent	Std. afvigelse
Selv vurderet helbred uop- lyst	-1,34***	0,29	0,19	0,39	-0,74**	0,24
Har ledsygdom i 2009 og 2010	Reference		Reference		Reference	
Har ledsygdom i 2009, men ikke 2010	0,40	0,33	-0,14	0,31	0,10	0,23
Har ikke ledsygdom i 2009, men 2010	-0,71	0,45	-0,33	0,39	-0,61*	0,30
Har ikke ledsygdom i 2009 og 2010	0,08	0,27	0,10	0,23	0,03	0,18
Ledsygdom uoplyst	0,22	0,12	0,13	0,15	0,14	0,10
Alder	-0,02*	0,01	-0,009	0,009	-0,02**	0,01
Indeks for mobilitet 2009	0,41***	0,03	0,55***	0,04	0,48***	0,02
Indeks for ti daglige aktivi- teter	0,06*	0,03	0,18***	0,03	0,16***	0,02
Brønderslev Kommune	Reference		Reference			
Fredensborg Kommune	0,20	0,18	-0,15	0,19		
Høje-Taastrup Kommune	0,20	0,16	0,03	0,18		
Varde Kommune	0,01	0,16	-0,23	0,17		
Kun kommunen leverer					Reference	
Har privat leverandør					0,18	0,10
Andet					-0,40	0,46
Varde Kommune					-0,07	0,10
N=	1.038		626		1.664	

Signifikansniveau: * 5%, ** 1%, *** 0.1%.

Bilagstabel 4.3 Resultat af GLM-regression af borgernes udførelse af ti daglige aktiviteter i 2010. Forskel mellem kommuner

	Alle (1)		Alle (2)	
	Koefficient	Std. afvigelse	Koefficient	Std. afvigelse
Konstant	3,35***	0,58	4,54***	0,57
Kvinde	Reference		Reference	
Mand	-0,06	0,10	-0,08	0,09
Har meget god økonomi	Reference		Reference	
Har god økonomi	0,34**	0,13	0,29*	0,13
Har nogenlunde økonomi	0,46***	0,13	0,36**	0,13
Har dårlig økonomi	0,47*	0,20	0,40*	0,20
Har meget dårlig økonomi	0,03	0,32	-0,08	0,30
Økonomi uoplyst	0,48	0,41	0,30	0,39
Ingen erhvervsuddannelse	Reference		Reference	
Tre år eller kortere	0,20	0,11	0,21*	0,11
Længere end tre år	0,07	0,10	0,07	0,10
Uddannelse uoplyst	-0,01	0,16	-0,06	0,16

	Alle (1)		Alle (2)	
	Koefficient	Std. afvigelse	Koefficient	Std. afvigelse
Bor alene i 2009 og 2010		Reference		Reference
Bor <i>ikke</i> alene i 2009, men i 2010	-0,07	0,25	-0,18	0,24
Bor alene i 2009, men <i>ikke</i> i 2010	-1,65*	0,71	-1,77**	0,69
Bor <i>ikke</i> alene i 2009 og 2010	-0,52***	0,11	-0,59***	0,11
Husstand uoplyst	-0,02	0,20	-0,10	0,19
Selvvurderet helbred godt i 2009 og 2010		Reference		Reference
Selvvurderet helbred godt i 2009, men <i>ikke</i> 2010	-0,19	0,24	-0,21	0,23
Selvvurderet helbred <i>ikke</i> godt i 2009, men i 2010	0,08	0,23	0,10	0,22
Selvvurderet helbred <i>ikke</i> godt i 2009 og 2010	-0,37*	0,18	-0,42**	0,17
Selvvurderet helbred uoplyst	0,25	0,25	0,06	0,24
Har ledsygdom i 2009 og 2010		Reference		Reference
Har ledsygdom i 2009, men <i>ikke</i> 2010	-0,43*	0,22	-0,43*	0,22
Har <i>ikke</i> ledsygdom i 2009, men 2010	0,04	0,29	0,11	0,28
Har <i>ikke</i> ledsygdom i 2009 og 2010	0,05	0,18	0,09	0,17
Ledsygdom uoplyst	-0,12	0,10	-0,18	0,10
Har alvorlig sygdom i 2009 og 2010		Reference		Reference
Har alvorlig sygdom i 2009, men <i>ikke</i> i 2010	-0,46*	0,23	-0,43*	0,22
Har <i>ikke</i> alvorlig sygdom i 2009, men i 2010	-0,94	0,56	-0,47	0,55
Har <i>ikke</i> alvorlig sygdom i 2009 og 2010	0,09	0,66	0,16	0,63
Alvorlig sygdom uoplyst	-0,11	0,10	-0,09	0,10
Ingen eller lette smerter i 2009 og 2010		Reference		Reference
Ingen eller lette smerte i 2009, og stærke smerter i 2010	-0,32*	0,15	-0,35**	0,14
Stærke smerter i 2009, men <i>ikke</i> i 2010	0,08	0,14	0,05	0,14
Stærke smerter i 2009 og 2010	-0,22*	0,12	-0,28**	0,11
Smerter uoplyst	-0,03	0,15	-0,13	0,14
Indeks for energi 2009	0,005*	0,002	0,006**	0,002
Alder	-0,02**	0,01	-0,02**	0,006
Indeks for mobilitet 2009	0,24***	0,02	0,19***	0,02
Indeks for ti daglige aktiviteter	0,51***	0,02	0,43***	0,02
Antal bevilgede minutter pr. uge i 2009			-0,003***	0,0002
Brønderslev Kommune		Reference		Reference
Fredensborg Kommune	0,27*	0,13	0,30*	0,12
Høje-Taastrup Kommune	0,26*	0,12	0,14	0,11
Varde Kommune	0,03	0,11	-0,06	0,11
N=		1.614		1.614

Signifikansniveau: * 5%, ** 1%, *** 0.1%.

Bilagstabel 4.4 Resultat af GLM-regression af borgernes udførelse af ti daglige aktiviteter i 2010. Forskel mellem leverandører

	Alle	
	Koefficient	Std. afvigelse
Konstant	4,47***	0,56
Kvinde		Reference
Mand	-0,08	0,09
Har meget god økonomi		Reference
Har god økonomi	0,27*	0,13
Har nogenlunde økonomi	0,33**	0,13
Har dårlig økonomi	0,41*	0,20
Har meget dårlig økonomi	-0,05	0,31
Økonomi uoplyst	0,28	0,39
Ingen erhvervsuddannelse		Reference
tre år eller kortere	0,25*	0,11
Længere end tre år	0,10	0,10
Uddannelse uoplyst	-0,08	0,16
Bor alene i 2009 og 2010		Reference
Bor <i>ikke</i> alene i 2009, men i 2010	-0,17	0,24
Bor alene i 2009, men <i>ikke</i> i 2010	-1,73**	0,69
Bor <i>ikke</i> alene i 2009 og 2010	-0,58***	0,11
Husstand uoplyst	-0,11	0,19
Selvvurderet helbred godt i 2009 og 2010		Reference
Selvvurderet helbred godt i 2009, men <i>ikke</i> 2010	-0,21	0,23
Selvvurderet helbred <i>ikke</i> godt i 2009, men i 2010	0,10	0,22
Selvvurderet helbred <i>ikke</i> godt i 2009 og 2010	-0,43**	0,17
Selvvurderet helbred uoplyst	0,04	0,24
Har ledsygdom i 2009 og 2010		Reference
Har ledsygdom i 2009, men <i>ikke</i> 2010	-0,41*	0,22
Har <i>ikke</i> ledsygdom i 2009, men 2010	0,14	0,28
Har <i>ikke</i> ledsygdom i 2009 og 2010	0,12	0,17
Ledsygdom uoplyst	-0,08	0,10
Har alvorlig sygdom i 2009 og 2010		Reference
Har alvorlig sygdom i 2009, men <i>ikke</i> i 2010	-0,44*	0,22
Har <i>ikke</i> alvorlig sygdom i 2009, men i 2010	-0,44	0,55
Har <i>ikke</i> alvorlig sygdom i 2009 og 2010	0,13	0,64
Alvorlig sygdom uoplyst	-0,08	0,10
Ingen eller lette smerter i 2009 og 2010		Reference
Ingen eller lette smerte i 2009, og stærke smerter i 2010	-0,33*	0,14
Stærke smerter i 2009, men <i>ikke</i> i 2010	0,05	0,14
Stærke smerter i 2009 og 2010	-0,26**	0,11
Smerter uoplyst	-0,14	0,14
Indeks for energi 2009	0,006**	0,002
Alder	-0,02**	0,01
Indeks for mobilitet 2009	0,18***	0,02

	Alle	
	Koefficient	Std. afvigelse
Indeks for ti daglige aktiviteter 2009	0,44***	0,02
Antal bevilgede minutter pr. uge i 2009	-0,003***	0,0002
Kun kommunen leverer		Reference
Har privat leverandør	0,28**	0,09
Andet	-0,27	0,43
Varde Kommune	-0,12	0,09
N=		1.614

Signifikansniveau: * 5%, ** 1%, *** 0.1%.

Bilagstabel 4.5 Resultat af GLM-regression af udviklingen i bevilget hjælp. Forskelle mellem kommuner

	Alle		Kvinder		Mænd	
	Koeffi- cient	Std. afvigelse	Koeffi- cient	Std. afvigelse	Koeffi- cient	Std. afvigelse
Konstant	209,73***	62,46	174,69**	69,08	275,0*	129,56
Kvinde	Reference					
Mand	8,11	10,85				
Har meget god økonomi	Reference		Reference		Reference	
Har god økonomi	-24,0	16,11	-35,79*	17,64	-2,66	34,1
Har nogenlunde økonomi	-25,71	15,66	-40,44*	17,34	-8,42	32,32
Har dårlig økonomi	-53,53*	24,01	-62,34**	25,40	-39,89	56,42
Har meget dårlig økonomi	1,89	37,31	22,5	39,54	-75,74	85,07
Økonomi uoplyst	-55,45	45,4	-76,76	44,45	-22,54	153,29
Bor alene i 2009 og 2010	Reference		Reference		Reference	
Bor <i>ikke</i> alene i 2009, men i 2010	-0,06	31,52	-10,33	33,35	40,13	72,72
Bor alene i 2009, men <i>ikke</i> i 2010	-14,36	105,41	-3,69	165,35	-69,17	150,71
Bor <i>ikke</i> alene i 2009 og 2010	-5,94	13,48	19,32	15,09	-65,34*	27,76
Husstand uoplyst	-4,29	22,44	3,37	24,43	-8,88	48,4
Ofte eller af og til uønsket alene i både 2009 og 2010	Reference		Reference		Reference	
Ofte eller af og til uønsket alene i 2009, men sjældent eller aldrig i 2010	30,74*	15,35	7,38	16,09	116,53** *	36,32
Sjældent eller aldrig uønsket alene i 2009, men ofte eller af og til i 2010	16,5	16,59	16,28	17,66	11,96	37,21
Sjældent eller aldrig uønsket alene i både 2009 og 2010	4,41	11,94	3,29	12,7	16,59	26,94
Uoplyst uønsket alene	-24,73	15,65	-21,33	16,92	-32,78	34,12
Har ledsygdom i 2009 og 2010	Reference		Reference		Reference	
Har ledsygdom i 2009, men <i>ikke</i> 2010	40,65	25,5	76,92**	29,41	-21,03	48,98

	Alle		Kvinder		Mænd	
	Koeffi- cient	Std. afvigelse	Koeffi- cient	Std. afvigelse	Koeffi- cient	Std. afvigelse
Har <i>ikke</i> ledsygdom i 2009, men 2010	30,02	35,68	0,08	42,02	74,97	65,87
Har <i>ikke</i> ledsygdom i 2009 og 2010	28,55	19,82	-20,23	24,48	78,62*	35,06
Ledsygdom uoplyst	2,43	10,68	-2,37	11,48	16,6	23,78
Alder	0,09	0,68	0,81	0,75	-1,38	1,47
Indeks for mobilitet 2009	-9,09***	2,53	-9,47***	2,70	-8,34	5,65
Indeks for ti daglige aktiviteter 200	-13,48***	2,58	-	2,9	-9,79	5,27
Antal bevilgede minutter pr. uge i 2009	0,98***	0,03	0,93***	0,03	1,17***	0,07
Brønderslev Kommune	Reference		Reference		Reference	
Fredensborg Kommune	-1,23	14,43	-1,16	15,44	1,47	32,24
Høje-Taastrup Kommune	-51,09***	13,92	-42,91**	15,03	-77,9**	30,57
Varde Kommune	-38,2**	13,45	-24,04	14,67	-64,7*	28,71
N=	1.525		1.105		420	

Signifikansniveau: * 5%, ** 1%, *** 0.1%.

Bilagstabel 4.6 Resultat af GLM-regression af udviklingen i psykisk velbefindende. Forskelle mellem kommuner

	Alle		Kvinder		Mænd	
	Koeffi- cient	Std. af- vigelse	Koeffi- cient	Std. af- vigelse	Koeffi- cient	Std. af- vigelse
Konstant	27,3**					
Kvinde	*	5,2	24,4***	6,3	39,0***	9,1
Mand	Reference		Reference		Reference	
Har meget god økonomi	0,2	0,8				
Har god økonomi	Reference		Reference		Reference	
Har nogenlunde økonomi	-0,8	1,2	-1,3	1,4	0,7	2,0
Har dårlig økonomi	-1,9	1,2	-1,8	1,4	-1,3	2,0
Har meget dårlig økonomi	-5,4**	1,9	-4,7*	2,3	-5,5	3,6
Økonomi uoplyst	-8,8**	3,6	-6,5	4,1	-16,3*	7,1
Daglig kontakt med familie eller venner	-4,8	6,3	-7,7	8,1	4,5	9,8
Kontakt med familie eller venner 1 eller 2 gange om ugen	Reference		Reference		Reference	
Kontakt med familie eller venner 1 eller 2 gange om måneden	-1,4	0,8	-1,2	0,9	-1,7	1,4
Sjældnere end månedligt	-5,8***	1,4	-5,0**	1,7	-8,1**	2,6
Bor alene i 2009 og 2010	-3,6*	1,8	-2,9	2,1	-6,2	3,4
Bor <i>ikke</i> alene i 2009, men i 2010	Reference		Reference		Reference	
Bor alene i 2009, men <i>ikke</i> i 2010	-3,2	2,2	-2,0	2,8	-6,2	3,8
	-1,7	6,2	-4,6	8,1	2,0	9,6

	Alle		Kvinder		Mænd	
	Koeffi- cient	Std. af- vigelse	Koeffi- cient	Std. af- vigelse	Koeffi- cient	Std. af- vigelse
Bor <i>ikke</i> alene i 2009 og 2010	-1,2	1,0	-0,8	1,8	-2,3	1,7
Husstand uoplyst	0,3	1,9	0,02	2,2	0,1	3,4
Selvvurderet helbred godt i 2009 og 2010	Reference		Reference		Reference	
Selvvurderet helbred godt i 2009, men <i>ikke</i> 2010	-8,3***	2,2	-10,0***	2,8	-4,9	3,4
Selvvurderet helbred <i>ikke</i> godt i 2009, men i 2010	1,7	2,0	2,4	2,4	-0,6	3,5
Selvvurderet helbred <i>ikke</i> godt i 2009 og 2010	-6,9***	1,5	-7,1***	1,9	-6,7**	2,6
Selvvurderet helbred uoplyst	-6,1**	2,2	-5,6*	2,6	-7,5	3,9
Psykisk lidelse i 2009 og 2010	Reference		Reference		Reference	
Psykisk lidelse i 2009, men <i>ikke</i> 2010	9,2***	2,6096	13,5***	3,2	0,7	4,6
<i>Ikke</i> psykisk lidelse i 2009, men i 2010	-8,3**	2,7343	-8,6**	3,2	-10,3	5,2
<i>Ikke</i> psykisk lidelse i nogen af årene	9,7**	1,6599	9,0***	2,0	9,9**	3,2
Psykisk lidelse uoplyst	7,6***	1,4558	8,0***	1,7	5,1	3,0
Ingen eller lette smerter i 2009 og 2010	Reference		Reference		Reference	
Ingen eller lette smerte i 2009, og stærke smerter i 2010	-4,6***	1,3242	-4,2**	1,6	-5,9**	2,4
Stærke smerter i 2009, men <i>ikke</i> i 2010	-0,3	1,2423	0,5	1,5	-3,5	2,2
Stærke smerter i 2009 og 2010	-3,6***	,9807	-3,7***	1,2	-3,7*	1,9
Smerter uoplyst	-0,9	1,3632	-2,1	1,6	2,4	2,5
Alder	0,03	,0525	0,03	0,1	0,001	0,1
Indeks for mobilitet i 2010	0,8***	,2141	0,8***	0,2	0,8	0,4
Indeks for ti daglige aktiviteter 2010	0,5*	,2054	0,6**	0,2	0,1	0,4
Indeks for psykisk velbefinden- de 2009	0,5***	0,02	0,5***	0,03	0,4***	,04
Brønderslev Kommune	Reference		Reference		Reference	
Fredensborg Kommune	1,1	1,0938	0,8	1,3	2,2	2,0
Høje-Taastrup Kommune	-1,5	1,0435	-1,9	1,3	-0,1	1,9
Varde Kommune	1,1	1,0259	2,0	1,2	-0,9	1,8
N=	1.518		1.089		429	

Signifikansniveau: * 5%, ** 1%, *** 0.1%.



Hjælp til selvhjælp eller service i hjemmeplejen

Denne undersøgelse har i fire kommuner belyst, om hjælp til selvhjælp eller serviceorienteret hjælp gør sig gældende i den kommunale hjemmepleje, om der er en virkning på ældres fysiske funktionsniveau, psykiske velbefindende og omfanget af bevilget hjælp af at have fokus på at yde hjælp med et rehabiliterende sigte.

Både hjælp til selvhjælp og service kan identificeres i flere varianter i den kommunale hjemmepleje, og der er i hverdagen typisk tale om et hjælpemiks, hvor begge former kan forekomme under det samme besøg hos en ældre borger. Hjælp til selvhjælp knytter sig til social- og sundhedshjælperes/-assistenteres forståelse af faglighed, mens serviceorienteret hjælp ofte forekommer for at være imødekommende over for en ældre borger.

I de to kommuner, som har haft fokus på at yde hjælp med et rehabiliterende sigte, har vi konstateret en relativt begrænset stigning i omfanget af bevilget hjælp fra 2009 til 2010, og i den ene af kommunerne skiller udviklingen i ældres mobilitet og evne til at udføre daglige aktiviteter sig positivt ud.