

## Fra hospital til hjem – Skrøbeligheder i ældres forløb i en landkommune



Helle Sofie Wentzer

*Fra hospital til hjem – Skrøbeligheder i ældres forløb i en landkommune*

© VIVE og forfatteren, 2020

e-ISBN: 978-87-7119-775-4

Forsidefoto: Jason Fulford, fra bogen *Bruce Conner Brass Handles* af Will Brown, 2016, venligst stillet til rådighed af J&L Books

Projekt: 10601

**VIVE – Viden til Velfærd**

**Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd**

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

[www.vive.dk](http://www.vive.dk)

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

## Forord

Danmarks sundhedsvæsen er i udvikling, ikke mindst det tværsektorielle område med hurtige udskrivelser fra hospitalet og flere opgaver på det kommunale område. Hermed er der også organisatorisk skabt et nyt mellemrum i forløbet mellem hospital og hjem, som der er brug for mere viden om i et borger- og patientnært perspektiv.

Rapporten er et case-studie, der har fokus på ældres oplevelser af deres forløb efter udskrivelse fra et hospitals kirurgiske og medicinske afdelinger til en landkommune med sengepladser på en rehabiliteringsafdeling. Ved at spørge til, hvad der har betydning for de ældres oplevelse af deres forløbs sammenhæng, giver studiet læseren indblik i en vigtig problematik i den igangværende udvikling af det danske sundhedsvæsen, nemlig hvordan vi skaber sammenhæng i det nære og de kommunale pladsers rolle heri.

Rapporten er udarbejdet af seniorforsker, ph.d. og adj. professor Helle Sofie Wentzer på bevilling fra VIVE og Helsefonden.

VIVE ønsker at takke de ældre personer, de kommunale medarbejdere, fagprofessionelle og forskere, som har bidraget med deres erfaringer til undersøgelsen. Også tak til forskningsleder og emeritus Olaf Rieper og projektchef Martin Buch Sandberg, begge VIVE, for kommentarer til den kommunale del. Tak til lektor Ninna Meyer, sundheds- og omsorgschef Anja Thoft Bach og forskningsansvarlig VIA Anne Bendix Andersen for eksternt review af rapporten, og til projektchef Helle Max Martin, VIVE, for kommentarer og redaktionel bistand under rapportens færdiggørelse.

*Pia Kürstein Kjellberg*

Forsknings- og analysechef, VIVE Sundhed  
2020

# Indhold

Sammenfatning.....	6
1 Formål og baggrund.....	9
1.1 Det tværsektorielle krydsfelt .....	9
1.2 Det nære sundhedsvæsen .....	10
1.3 Bedre sammenhængende forløb .....	12
1.4 Læsevejledning.....	14
2 Metode.....	16
2.1 Undersøgelsesdesign .....	16
2.2 Læringscase .....	18
3 Case: Udskrivelse til en landkommune .....	19
3.1 Kommunal udfordring: flere ældre, flere plejeopgaver og besparelser .....	19
3.2 Organisatoriske redskaber til sammenhængende forløb.....	19
3.3 Hverdagsrehabilitering med borgerens team .....	23
4 Beskrivelser af 15 ældres forløb.....	27
4.1 Viola .....	27
4.2 Jan .....	29
4.3 Kresten.....	31
4.4 Ellen .....	33
4.5 Esben.....	35
4.6 Knud Erik .....	36
4.7 Sigrid.....	37
4.8 Per .....	38
4.9 Edith.....	41
4.10 Grethe .....	42
4.11 Hans Peter .....	44
4.12 Finn .....	46
4.13 Erik.....	47
4.14 Bjørn .....	48
4.15 Hanne .....	49
4.16 Delkonklusion: Heterogene forløb .....	51
5 Erfaringsbrud .....	53
5.1 Ulykken .....	53
5.2 Udskrivelse til hjemmet.....	54
5.3 Sygdom som en grænsetilstand .....	56
5.4 Delkonklusion: Fremtidens uvished .....	58
6 Kontinuitetsarbejde .....	59
6.1 Fortolkning af eget helbred .....	59
6.2 Forhandling af overgang til kommunale tilbud .....	60

6.3	Forløb med flere kommunale forløbstilbud .....	62
6.4	Delkonklusion: Forhastede overgange ved utrygge rammer i hjemmet.....	66
7	Konklusion og diskussion.....	68
7.1	Begrebsanalytiske fund .....	69
7.2	Diskussion af den interne kommunale organisatoriske sammenhæng .....	70
7.3	Kontinuitet som trinvis hjemkomst.....	72
8	Læringscase – overgange i skrøbelig ældres forløb.....	74
8.1	Skrøbelighedens onde cirkel .....	74
8.2	Den kommunale udviklingszone .....	75
	Litteratur.....	78
Bilag 1	Dataindsamling i tværgående forløb .....	81
Bilag 2	Fremdrift i forløb via strukturerede samtaler.....	82

## Sammenfatning

Det kan ske for dig, det kan ske for os alle. Vi falder, brækker lårbenet eller får anden, måske alvorligere livstruende skade. Med ét bliver fremtiden uvis: får jeg hjælp, bliver jeg fundet, hvem kommer? Spørgsmålene, der farer gennem hovedet, er mange. Hospitalsbehandling bliver den første afgørende løsning, men i forbindelse med udskrivelsen melder der sig hurtigt nye spørgsmål om og tvivlstilfælde for, hvordan det er at komme hjem. Hvad kan jeg, hvem kan jeg få hjælp af, og hvad kan jeg få hjælp til? Hvor skal plejesengen stå, og hvad med adgang til toilet? Hvordan bliver min hverdag, bolig og fremtid? Disse spørgsmål er centrale ledetråde for skrøbelige ældres forsøg på at finde fodfæste igen, bogstaveligt og i eksistentiel forstand, efter udskrivelse til kommunal pleje og behandling. Spørgsmålene har også betydning for det nære sundhedsvæsen, der skal gribe de ældre efter udskrivelsen og sikre deres pleje og genoptræning. Det er en opgave, der udfordrer det tværsektorielle samarbejde og kommunernes kompetencer og ressourcer til at sikre borgerne en tryk hjemkomst. Særligt – viser undersøgelsen – fordi hjemmet skifter karakter og betydning fra at være et trygt og velkendt sted til at være forbundet med usikre fysiske og sociale rammer i en ukendt hverdag, når man stadig er pleje- og behandlingskrævende syg ved udskrivelsen direkte til hjemmet.

Rapporten undersøger, hvorledes 15 ældre personer oplever deres forløb efter udskrivelse fra hospitalet til en landkommune. Formålet med undersøgelsen er at få mere viden om skrøbelige ældres oplevelse af tværsektorelle forløb og udskrivelse til kommunal pleje og behandling. At skabe sammenhængende forløb er en generel udfordring for sundhedsvæsenet, særligt i lyset af en udvikling med færre hospitalssenge, kortere indlæggelsestider og stadig flere behandlingskrævende ældre. Undersøgelsens fokus på særligt skrøbelige ældre er tænkt som et vidensbidrag til udviklingen af det nære sundhedsvæsen fra et brugerperspektiv. Vidensbidraget består i begrebsudvikling og en læringscase for at reflektere over den kommunale organisering af sammenhængende patientforløb.

Undersøgelsen er gennemført som et etnografisk case-studie, hvor 15 ældre er rekrutteret, primært fra en kommunal rehabiliteringsafdeling og fulgt inden for en samlet periode af 5 måneder. De er alle udskrevet fra medicinske og kirurgiske hospitalsafdelinger med pleje- og behandlingsplaner til kommunal pleje og rehabilitering (sundhedsloven § 140 og serviceloven § 86, stk.1). Viden om deres tværsektorielle forløb er operationaliseret gennem forskningsspørgsmålene:

- Hvordan oplever ældre deres forløb efter udskrivelse fra hospitalet, og hvad har betydning for deres oplevelse af sammenhæng?

Case-kommunen er valgt, da den som landkommune er særligt udfordret af geografiske afstande til specialiseret hjælp i sammenligning med bykommuner med hospitaler med udgående specialteam. Kommunen har yderligere stor demografisk spredning og en forventet stigning i andel af pleje- og behandlingskrævende ældre de kommende ti år (over landsgennemsnittet). Kommunen søger at imødegå udfordringerne ved at koordinere hurtige overgange mellem hospital og kommune og tilbyde differentierede pleje- og behandlingstilbud, herunder døgnophold på et kommunalt sengeafsnit.

### **Heterogenitet og uforudsigelige forløb**

De 15 personers oplevelser af deres forløb er gengivet i 15 særskilte beskrivelser, der hver bærer den ældres anonymiserede navn som overskrift (kapitel 4). Disse vidner samlet om stor

heterogenitet i forløbene. Denne forskellighed er ikke et problem i sig selv, men et grundlæggende vilkår. De ældre er individuelle personer, der hver især oplever deres forløb på egen krop og sind. Rapporten sonderer således mellem forløbets sammenhæng, som den opleves af den ældre selv i eget forløb udtrykt ved kontinuitet og sammenhæng, som det organisatorisk er tilrettelagt, fx af den konkrete kommune i samarbejde med hospitalet.

Flere af personerne har flere sygdomme og er kronisk syge. De har været indlagt og udskrevet flere gange, og deres forløb får derfor en mere uforudsigelig karakter med mere udflydende grænser mellem ind og ud, syg, hjem og hverdag. Til forskel fra organisatoriske beskrivelser af forløbstilbud – som lineære og fremadskrivende forløb fra syg på hospitalet til uafhængig i hjemmet – oplever de ældre ikke sådanne ensrettede forløb. I stedet har deres forløb mange drejninger og forviklinger, der også går frem og tilbage mellem hospital og kommunale tilbud, og også mellem de kommunale tilbud indbyrdes. De ældre oplever de organisatorisk tilrettede forløb som *forhastede forløb*, når de ikke er føler sig klar til at komme direkte hjem fra hospitalet til kommunal pleje og behandling i hjemmet. Udskrivelsen bliver anledning til *forhandling af de kommunale pleje- og behandlingstilbud*, ligesom en alternativ løsning opstår ved, at de ældre, frem for enten at komme hjem eller direkte på kommunalt døgnophold, bliver udskrevet til eget hjem, men på *venteliste* til et kommunalt døgnophold, når en seng bliver ledig.

### **Organisatoriske tilbud til sammenhængende forløb**

Landkommunen tilbyder formelt set tre pleje- og genoptræningstilbud i forbindelse med udskrivelsen fra hospitalet. Hjemmet er rammen om to af dem. Det første tilbud giver mulighed for fuld pleje inklusive intravenøs behandling i eget hjem med besøg af hjemmetræner. Det andet tilbud er også i eget hjem, men med tilbud om ambulans genoptræning på et af kommunens træningscentre. Det tredje tilbud er døgnophold på kommunens rehabiliteringsafdeling. På afdelingen får de ældre egen stue, og de bliver modtaget af et tværfagligt borgerteam, der ud fra forløbsplaner tilbyder hverdagsrehabilitering med henblik på at sikre de ældre videst mulig uafhængighed i hverdagen og en sikker overgang til eget hjem eller ny bolig.

### **Trinvis overgang**

De ældre ønsker en *trinvis overgang* til hverdagen, hvilket de oplever at få med det kommunale tilbud om døgnophold, fx 4 ugers ophold med hverdagsrehabilitering. De ældre oplever udskrivelsen direkte til eget hjem med pleje og genoptræning som mere utryk. Det er nemlig vanskeligt for de ældre at gennemskue egne behov for hjælp og forhandle disse med den kommunale visitator og hjemmeplejen end ved gradvis afklaring via målsætning, træning og evaluering, således som det foregår på døgnopholdet. De ældre oplever således kommunens tilbud som kvalitativt forskellige og foretrækker den trinvis overgang til hverdagen i hjemmet, således som døgnopholdet med tværfaglig hverdagsrehabilitering muliggør det.

### **Erfaringsbrud**

Utrygheden i forløbene drejer sig særligt om tre typer eller situationer af *erfaringsbrud*. Erfaringsbrud er udtryk for, at de ældres erfaring og forventning til hverdagen og fremtiden ikke stemmer overens.

Erfaringsbruddene bidrager til de ældres skrøbelighed og gør dem mere afhængige af hjælp fra andre. Efter udskrivelsen fra hospitalet er det nemlig ikke givet, hvad hverdagen er eller kan blive. De ældre er kognitivt og fysisk i en sygdomsmæssig grænsetilstand. Denne *uvished* bidrager til deres skrøbelighed og afhængighed af støtte og hjælp ved udskrivelsen fra hospitalet med henblik på at genfinde en form for fodfæste igen i bogstavelig og eksistentiel form.

## Kontinuitetsarbejde

Rapporten italesætter denne uvished og søgen mod at genfinde en forventning om fremtiden og hverdagen som 'kontinuitetsarbejde'. De ældre deler kommunens ambition om at få en videst mulig selvstændig hverdag i eget hjem, men de ved ikke hvordan, og hvilket resultat de kan forvente. De har brug for professionel hjælp til deres kontinuitetsarbejde med at genskabe sig en mulig, meningsfuld fremtid. Det er et kontinuitetsarbejde, der involverer den ældres kommunikative kompetencer og/eller sociale relationer til blandt andet at forhandle kommunale tilbud såvel som at tilegne sig nye færdigheder (øget funktionsniveau) gennem målrettet træning og evaluering. De sundhedsfaglige kompetencer og relationer – særligt til at indgå i dialog "i øjenhøjde" og bidrage til en fremadskridende proces mod stadig større afklaring af en fremtidig, mulig hverdag, evt. i ny bolig – har en væsentlig betydning for, at de ældre oplever overgangen fra hospitalet til eget hjem som trygt. De ældre ønsker støtte til en trinvis overgang mellem hospital og eget hjem, således at de gradvist genudvikler en forventning til, hvad de fysisk og kognitivt kan og ikke kan, herunder hvilken meningsfuld hverdag der kan blive mulig.

## Kommunale opmærksomhedspunkter

Samspillet mellem den organisatorisk tilrettelagte forløbssammenhæng og den patientoplevede sammenhæng opridser en mulig lærings- og udviklingszone for fremadrettet at bidrage til at styrke tværsektorielle patientforløb for ældre. Det drejer sig særligt om muligheden for at udvikle og tilpasse kommunale forløbstilbud til ældre, der er skrøbelige fra oplevelser af erfaringsbrud. De ældres kontinuitetsarbejde kan støttes ved at give dem oplevelsen af en trinvis overgang til en hverdag i hjemmet. Denne støtte kan gives enten via døgnophold med hverdagsrehabilitering, eller ved at kommunen udvikler tværfaglige rehabiliteringstilbud til hjemmet, således at de ældre oplever trygge rammer i hjemmet for trinvis at udvikle sig en ny og videst mulig *meningsfuld og selvstændig hverdag igen*. Argumentet for udvikling af tilbud *i hjemmet* er ventelisten til døgnophold på de kommunale pladser samt forventningen om et stadigt stigende pres på sengekapaciteten.

Læringscasen opridser nogle sundhedsfaglige kompetencer i overgangen mellem hospital og kommune, der i relation til skrøbelige ældre har blik for:

- *hjemmets tvetydige betydning* ved direkte udskrivelse
- *hverdagens ubekendthed ved erfaringsbrud*
- de ældres *ulige* kommunikative kompetencer og sociale ressourcer til at tale deres egen sag og skabe kontinuitet i deres individuelle forløb.



# 1 Formål og baggrund

Denne rapport udforsker krydsfeltet mellem patientens oplevelse af sit forløb og det organisatorisk planlagte forløb. Rapporten har særligt fokus på ældre som en patientgruppe, der både selv er særligt udfordret af den igangværende udvikling af sundhedsvæsenet, og som også organisatorisk udfordrer det tværsektorielle samarbejde, når de ældre udskrives fra hospitalet til kommunal pleje og behandling. En kvantitativ tilfredshedsundersøgelse viser, at ni ældre ud af ti er tilfredse efter udskrivelsen (Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingsenhed, 2019, Pinborg, 2019a), men der mangler dybdegående viden om, hvorfor det er svært for kommunerne at nå alle (Pinborg, 2019b). Denne undersøgelse er ikke en tilfredshedsundersøgelse men en kvalitativ, dybdegående undersøgelse af en udvalgt gruppe af ældre, som kommunen selv har oprettet sengepladser til i sektorovergangen – og de ældres oplevelser af deres forløb med henblik på at få en øget forståelse for og indblik i, hvad der har betydning for ældre i tværsektorielle forløb. Disse sengepladser kaldes også døgnpladser, midlertidig pladser og akutpladser, og forefindes på kommunale afdelinger. I dette case-studie er der tale om en rehabiliteringsafdeling, der hører under kommunens enhed for sundhed og omsorg, der også er ansvarlig for visitation, plejeboliger og hjemmeplejen generelt.

Den valgte case er en landkommune, da landkommuner geografisk er særligt udfordret med henblik på at sikre ældre i en ustabil sundhedstilstand et sikkert og trygt forløb. Lange afstande mellem borgere, kommunale døgnpladser og hospital og til dels også almen praksis gør landkommunen særlig interessant som læringscase. Landkommunen er udfordret af – specielt ved pleje og behandlingskrævende ældre – at den ikke har den samme tilgang til hjælp fra hospitalet, fx fra udgående specialteam som bykommuner med regionshospitalet eller universitetshospitalet. Undersøgelsen af krydsfeltet mellem, hvorledes disse stadig behandlings- og plejkrævende ældre oplever sammenhæng i deres forløb og de organisatorisk planlagte forløb, er undersøgt gennem et etnografisk feltstudie. Studiet har afsæt i 15 ældre personer, der alle er udskrevet fra samme hospital til landkommunen. 2 af informanterne er rekrutteret på hospitalet i forbindelse med selve udskrivelsen, 13 er rekrutteret på den kommunale rehabiliteringsafdeling efter udskrivelsen. De 15 personers perspektiv på deres forløb fra hospital til hjem er operationaliseret gennem de to grundlæggende spørgsmål, hvis besvarelse leverer input til læringscasen, nemlig:

- Hvordan oplever de ældre deres forløb efter udskrivelsen fra hospitalet, og hvad har betydning for deres oplevelse af sammenhæng?

## 1.1 Det tværsektorielle krydsfelt

Baggrunden for projektets formål om at udforske ældres forløbsoplevelser i en landkommune som en læringscase er dels den demografiske udvikling, hvor antallet af borgere over 80 år frem mod 2030 forventes at vokse 57 % (Houlberg & Ruge, 2019), dels de igangværende strukturelle ændringer af det danske sundhedsvæsen, der har ændret rammerne for at være patient (Baes-Jørgensen, 2017). Ændringerne medfører forkortede indlæggelsestider på hospitalerne, og dermed at kommunerne får et øget ansvar for og en større opgave med at tage imod udskrevne borgere, der stadig er behandlings- og plejkrævende. Udviklingen stiller således større krav til kommunernes faglige kompetencer, samtidig med at man organisatorisk er gearet til at samarbejde med både hospital, almen praksis, sundhedshuse og borgerne selv. Multisyge ældre med to eller flere kroniske lidelser har tillige øget risiko for tilbagefald og nye

komplikationer, og i landkommuner uden hospital med specialiserede følge-hjem-ordninger i nærheden er disse patienter mere afhængige af kommunale tilbud.

Denne udvikling med stadig flere opgaver, der skal varetages af kommuner, almen praksis og borgerne selv (og deres pårørende) kaldes også 'det nære sundhedsvæsen'<sup>1</sup>. Borgernes hjem bliver omdrejningspunktet for behandling og pleje. Parallelt til denne udvikling har kommunerne derfor også oprettet akutteam og 'midlertidige døgnpladser'. Ifølge ugebrevet Mandag Morgen drejer det sig om op mod 3.500 sengepladser, hvor borgere kan tilbydes ophold (Andersen, 2018). Disse udviklinger af patientrolle fra hospital til syg i hjemmet og/eller på kommunal døgnplads gør det særligt interessant og relevant at undersøge, hvorledes ældre patienter, der udskrives til kommunal hjælp, oplever deres forløb. Undersøgelsen fokuserer særligt på ældre, som case-kommunen giver særlige tilbud til i form af døgnophold på kommunens sengepladser. De kan også opfattes som udsatte, sårbare eller skrøbelige ældre, selvom der ikke er nogen entydig definition af disse begreber (Kyng & Rasch, 2019). Oprindeligt dækker betegnelsen 'skrøbelighed' over fysiologiske mangler, der kommer med alderen. Denne sundhedsfaglige snævre betegnelse er siden udvidet til også at indbefatte kognitive og psykologiske mangler, sociale forhold samt de ældres fysiske og økonomiske rammer<sup>2</sup>. Undersøgelsen har en holistisk tilgang og intenderer at bidrage med en fænomenologisk beskrivelse af skrøbelighed i de ældres perspektiv efter hospitalsudskrivelse.

Rapporten er et feltstudie af de igangværende transformationer af ældres forløb efter udskrivelse til kommunal hjælp, sådan som de opleves af konkrete personer i tværsektorielle forløb. Den beror på 15 ældre personers oplevelser af forløbet fra hospital til hjemkomst i en landkommune. Det empiriske materiale giver et unikt og detaljeret indblik i de ældres oplevelser og erfaringer, idet læseren får lov til at følge de 15 forløb fra udskrivelse til afslutning i hjemmet. Fokus er på både de ældres perspektiv, på organiseringen af overgangen mellem hospital og eget hjem samt samspillet mellem disse to elementer og betydningen heraf for de ældres hverdagsliv.

Som samlet studie giver rapporten således både indblik i individuelle borgers vilkår og muligheder, såvel som den bidrager til at nuancere forståelsen af særligt skrøbelige ældres behov for kommunale tilbud efter udskrivelse fra hospitalet (til en landkommune). En sådan viden kan bidrage til at kvalificere den igangværende udvikling af 'det nære sundhedsvæsen' i et ældre- og borgernært perspektiv.

## 1.2 Det nære sundhedsvæsen

Det nære sundhedsvæsen er en sundhedspolitisk reaktion på flere øvrige tendenser i sundhedssektoren. Der er dels den igangværende omlægning af hospitalsstrukturen til færre og mere specialiserede hospitaler med færre senge pr. 1.000 indbyggere, dels en udvikling, hvor patienter gennemsnitligt ligger kortere tid på hospitalet<sup>3</sup>. Dette betyder, at primærsektoren har to væsentlige opgaver med at forebygge indlæggelser (der er færre hospitalssenge) og med

---

<sup>1</sup> Det nære sundhedsvæsen defineres af KL som en vision, der bl.a. • Forebygger indlæggelse gennem levering af almen og specialiseret sygepleje, genoptræning, rehabilitering og selvtræning • Understøtter behandling af borgeren i og nær borgerens eget hjem • Skaber sammenhæng mellem kommuner, almen praksis og sygehusvæsenet for at sikre sammenhæng i patientforløb (Kommunernes Landsforening, 2012, s.4)

<sup>2</sup> På EU-niveau er der nedsat et udvalg, der skal arbejde med sund aldring på tværs af medlemslandene og finde frem til en fælles operativ forståelse af skrøbelighed (Rodríguez-Laso et al., 2018; Kyng & Rasch, 2019, s.9).

<sup>3</sup> For oversigt over udvikling i demografi, antal hospitalssenge, indlæggelsestider og aldersrelateret forekomst af multisygdom, se Karen Andersen-Ranberg, 2019, slide 3.

at modtage patienter, som udskrives fra hospitalet til fortsat pleje og behandling i hjemkommunen. Opgaven med at sikre borgernes sundhed, pleje og behandling i egen kommune er ekstra udfordret af den demografiske udvikling. Antallet af ældre borgere stiger og vil øge presset på sundhedsvæsenet – ikke mindst på primærsektoren, der har til opgave at holde borgerne sunde og stabilisere dem, når de er syge.

De følgende underafsnit uddyber, hvad den forkortede indlæggelsestid og den demografiske udvikling betyder for kommunerne og særligt for de svækkede ældre. Denne rammesætning bidrager til projektets undersøgelsesdesign og dets fokus på ældre patienter, der er udskrevet fra medicinske og kirurgiske hospitaler, og som af kommunen opfattes som værende komplekse i tværsektorielle forløb.

### 1.2.1 Effektiv hospitalsbehandling

På knap 10 år har danske hospitaler skåret med 21 % af den gennemsnitlige indlæggelsestid, og Danmark rangerer dermed blandt de lande med korteste indlæggelsestider i Europa (Sørensen, 2017). En del af forklaringen på de kortere indlæggelsestider er, at nye medicinske teknologier har gjort indgreb mindre invasive og erkendelsen af, at kortere tid som sengeliggende forebygger funktionstab hos patienten.

I tal fra Kommunernes Landsforening 2017 (Hansen, 2017) for somatiske indlæggelser er der ifølge analysens hovedkonklusioner for indlæggelsestider tale om, at:

- patienter i det somatiske hospitalsvæsen er indlagt i kortere tid ad gangen end tidligere, men lidt oftere flere gange. Den gennemsnitlige indlæggelsestid er faldet med 21 % på otte år (2008-2016).
- faldet i den gennemsnitlige indlæggelsesvarighed skyldes bl.a. en markant stigning i antallet af ultrakorte "samme-dagsudskrivninger" (36 % stigning) og et fald i antallet af lange indlæggelser af over en uges varighed (22 % fald).
- de helt korte "samme-dagsudskrivninger" udgjorde i 2008 23 % af alle indlæggelser, mens det i 2016 gjaldt 30 % af alle indlæggelser.
- siden 2014 er antallet af korte "samme-dagsudskrivninger" stagneret, mens antallet af lange indlæggelser af over en uges varighed er faldende i hele perioden 2008-2016.
- faldet i antallet af indlæggelser af over en uges varighed påvirker isoleret set den gennemsnitlige indlæggelsestid mere end stigningen i antallet af "samme-dagsudskrivninger".
- medicinske indlæggelser er 1-2 dage længere end kirurgiske indlæggelser. Varigheden af både medicinske og kirurgiske indlæggelser er faldet fra 2008 til 2016.

Samlet set danner der sig et billede af, at patienterne indlægges i kortere tid ad gangen men også lidt oftere. De medicinske indlæggelser er længere end de kirurgiske, men varigheden af begge er faldet. Dette generelle fald i indlæggelsestiden (21 %) skyldes i højere grad faldet i indlæggelser af over en uges varighed end stigningen i antallet af "samme-dagsudskrivninger". Denne undersøgelse har særlig interesse i de patienter, der udskrives fra medicinske og kirurgiske afdelinger til fortsat kommunal pleje og behandling og især, hvis patienterne udskrives til kommunal senge- og døgnplads, da det alt andet lige vil være patienter, der tidligere kunne høre til gruppen af patienter med en indlæggelsestid på over en uges varighed.

### 1.2.2 Demografisk udvikling mod flere og dyrere ældre borgere

Den demografiske udvikling hører med til billedet af det nære sundhedsvæsen, når talen falder på flytning af opgaver fra regioner til kommuner og deres udvikling af kompetencer. Der er nemlig ikke kun tale om, at kommunen skal tage imod flere pleje- og behandlingskrævende borgere fra hospitalet, men også at der fremover vil blive flere ældre borgere, samt at kommunerne skal medfinansiere deres borgeres indlæggelser. Kommunerne har således også et økonomisk incitament til at nedbringe ventelister på træning, tilbyde rehabilitering og forebygge akutte såvel som forebyggende genindlæggelser.

Den demografiske udvikling i case-kommunen viser en tilvækst i andelen af borgere i aldersgruppen 65-79- og 80+-årige, og den seneste befolkningsprognose forudsiger en yderligere stigning frem til 2030. Andelen af "unge" pensioner (65-79 år) forventes at stige med 9,8 % frem mod 2030, mens andelen af 80+-årige forventes at stige med 81,4 %. Samtidig ændrer sygdomsbilledet sig (Vinge, 2018). Det skønnes, at der i 2025 vil være 60 % flere borgere med de mest udbredte kroniske sygdomme. Denne udvikling vil også stille stigende krav til kommunerne. Alene de forventede fremtidige demografiske ændringer vil fra 2014 til 2024 medføre 21 % flere borgere med multisygdomme (fra 128.000 til ca. 154.000). De direkte økonomiske konsekvenser vil være flere udgifter til kommunal medfinansiering af udgifter forbundet med sygdommene, men også omkostninger til behandling, hjælp og pleje.

### 1.2.3 Krydspres på de kommunale tilbud til syge ældre

Kommunerne befinder sig således i en del år frem i et økonomisk og effektivitetsmæssigt krydspres mellem at blive stadig bedre fagligt og organisatorisk til at tage imod udskrevne borgere, genoptræne og forebygge sygdom med henblik på at holde udgifter til kommunal medfinansiering af indlæggelser og hjemmepleje nede, samtidig med at andelen af ældre borgere vil vokse, ligesom andelen af borgere med mange og kroniske sygdomme vil gøre det. Der vil således alt andet lige være et voldsomt effektiviseringspres for at gøre syge, ældre borgere stabile og videst muligt selvhjulpne i eget hjem. Familiemedlemmer forventes i stigende grad at deltage mere aktivt, således at det nære sundhedsvæsen bliver en fælles opgave med borgerne.

Den igangværende opgave med at udvikle et nært sundhedsvæsen, hvor borgerens hjem og ikke hospitalet er omdrejningspunkt, er således en grundlæggende samfundsopgave på lokalt niveau, der stiller store krav til den kommunale parathed og tværfaglighed at sikre borgerne trykke rammer.

## 1.3 Bedre sammenhængende forløb

'Bedre sammenhængende patientforløb' er et nationalt mål for det nære sundhedsvæsen og sektorsamarbejdet. Beslægtede mål er 'Styrket indsats for kronikere og ældre patienter' (herunder at forebygge akutte og forebyggende genindlæggelser og nedbringe overbelægnings på medicinske afdelinger), 'Behandling af høj kvalitet', og 'Øget patientinddragelse'. De skal samlet bidrage til en forsvarlig udvikling af tværsektorielle patientforløb.

Der er dog en vigtig sondring mellem organisatoriske forløb og patientoplevede forløb. Denne forskel kan bruges i et organisatorisk læringsperspektiv som 'zonen-for-nærmeste-udvikling' (Engeström, 1987, 1998) for forbedring af tværsektorielle patientforløb (Cole & Engeström, 1993; Wentzer, 2015). De følgende afsnit uddyber forskellen, der også begrundes projektets

analytiske tilgang, således at spændinger (eller modsætninger) mellem kommunens organisering af forløb og ældre borgeres oplevelser af deres sammenhæng på egen krop også kan ses som input til en generel forbedring af patientforløb.

### 1.3.1 Organisatorisk sammenhæng og redskaber hertil

De nationale mål for sundhedsvæsenet og det nære sundhedsvæsen udvikler sig ikke af sig selv. Dertil er der udviklet en række organisatoriske redskaber som fx sundhedsaftaler og forløbsprogrammer, der skal styrke organisationernes fokus på det tværsektorielle samarbejde<sup>4</sup>, så patienterne oplever sammenhæng på tværs af sektorgrænserne (Jensen, 2018). De organisatoriske redskaber skal bidrage til at skabe rammer for et forpligtende samarbejde mellem parterne i forhold til det enkelte patientforløb. Andre eksempler på konkrete redskaber er genoptræningsplaner og løsninger målrettet den enkelte borger/patient med særligt behov for koordination. Sidstnævnte kan fx være 'forløbskoordinatorer' og 'følge-hjem-ordninger'. De bidrager begge til patientsikkerheden i overgangen mellem sektorerne og er med til at forebygge genindlæggelser. Kommunalt ansatte forløbskoordinatorer bidrager fx til sammenhæng ved at afstemme informationer og opgaver i overgangen fra hospitalet, så det er muligt at fortsætte patientens pleje og behandling i kommunalt regi. Følge-hjem-ordningen skaber sammenhæng efter udskrivelsen ved også at tjekke sikkerheden i boligen med henblik på at forebygge fx faldulykker efter hjemkomst til eget hjem. Redskaberne spiller således en vigtig rolle som organisatoriske løsninger, der skal bidrage til at skabe sammenhæng i forløbet som 'kohærens', altså en logisk sammenhæng i, hvordan forløbene er organiseret. Denne sammenhæng skal dog ikke forveksles med patientens oplevelse af sammenhæng i forløbet, da denne oplevelse er en temporal erfaring, hvor nøgleordet er 'kontinuitet'. Det er dette krydsfelt mellem forløbenes planlagte sammenhæng og patienternes egen oplevelse af sammenhæng, som denne rapport udforsker.

### 1.3.2 Fokus på patientens oplevelse af sammenhæng

Forskning i ledelse på tværs af sektorerne advarer således også mod at forveksle den organisatoriske sammenhæng med patientens oplevelse af sammenhæng: *"Der er forskel på den patientoplevede og den organisatoriske sammenhæng"* (Meier & Østergaard, 2018, s. 38). Forskellen er vigtig i forhold til udvikling, idet organisatorisk sammenhæng kan resultere i øget patientoplevet sammenhæng, mens patientoplevet sammenhæng ikke nødvendigvis er et godt mål for den organisatoriske sammenhæng. Patienter har ikke indblik i det organisatoriske arbejde med at skabe sammenhæng. De oplever det først, når det ikke fungerer (Gulliford et al., 2006; Martin, 2010). Omvendt kan patienter og pårørende give vigtig feedback til organisationen, herunder til deres oplevelse af sammenhæng over tid. Endvidere er arbejdet med at skabe sammenhæng en vedvarende aktivitet, der ikke kan klares med organisatoriske redskaber alene. Derfor er det vigtigt at have fokus på, hvordan sammenhængen skabes i praksis, også med henblik på at *"anerkende både formelle og uformelle aspekter af sammenhængsarbejdet"*

---

<sup>4</sup> § 2-aftaler fra 2013 har obligatorisk indsatsområder til forebyggelse, behandling, pleje og rehabilitering af borgere med nedsat funktionsevne og (digital) kommunikation på tværs. Endvidere er der udviklet forløbsprogrammer, som planlægningsredskab mellem aktørerne (patient, almen praksis, sygehus, kommune). Heri indgår der aftaler om den tværsektorielle kommunikation mellem indlæggelser og udskrivelser, såvel som standarder for udveksling af information og sikring af rettidig og relevant information. Der er også udviklet redskaber på individniveau, der understøtter koordination og sammenhæng. Ud over henvisninger og epikriser er genoptræningsplaner centrale redskaber på individniveau. De sikrer, at de lægefaglige beslutninger for genoptræning på sygehuset kan udføres i kommunalt regi, da myndighedsansvaret for genoptræning og vedligeholdelsestræning (der ikke foregår under sygehusindlæggelser) med strukturreformen i 2007 blev placeret i kommunerne. Heri fremgår det at: "træningsindsatsen skal tilrettelægges i samarbejde med borgeren og i sammenhæng med kommunens rehabiliteringsindsats efter både sundhedsloven og serviceloven," (Jensen, 2018:101).

(Meier & Østergaard, 2018, s. 40). Metodisk har det vist sig, at kvalitative metoder bedst opfanger de uformelle aspekter, samt at de bedre studerer og italesætter, hvordan sammenhæng aktivt 'skabes'. Høgsgaard (2016) beskriver således, hvordan sammenhæng skabes i overgangen gennem kommunikation og samarbejde mellem de sundhedsprofessionelle, men også at koordination og samarbejde er vanskeligt. Problematikken har siden 70'erne haft både fagprofessionelles, forskeres og politikeres interesse men er stadig aktuell. Ifølge Høgsgaard (2016) er der flere forhold, der vanskeliggør forbedringer, bl.a. *"en taget-for-given-talen om et helhedsorienteret patientperspektiv"*, som er indholdsløst eller bruges forskelligt og også er sektoropdelt. Falch uddyber i 'Det er ikke vores patient' (2019) sin analyse af ældre medicinske patienters indlæggelsesforløb på hospitalet, at den specialiserings- og styringspraksis, der er fulgt med effektivisering af hospitaler og indlæggelsestider, har skabt tre praksisser i sundhedsvæsenet, hvis samspil *"tilsammen skaber de gamle som interesse-, speciale- og historieløse"* (Falch, 2019, s. 247). Det kommer til udtryk som en øget fokus på en sygdomsorienteret praksis, også i kommunerne. Falch (2019) efterlyser lig Høgsgaard (2016) en *"prioritering af helhedstænkning ift. de gamle medicinske patienter samt patienter og borgere i det hele taget i sundhedsvæsenet"* (Falch, 2019, s. 255). Disse studier af ældre medicinske patienters forløb begrunder både videns- og kompetencemæssigt vigtigheden af et mere holistisk perspektiv på de ældre, som både er *mere end* sygdomsorienteret, og af at udvide det organisatoriske fokus på de ældres forløb til også at omhandle og indfange den kommunale del. Udskrives de gamle som *"som interesse-, speciale og historieløse"* (Falch, 2019), så giver det også kommunen en ganske omfattende opgave med at modtage sådanne ældre og gøre dem til videst mulige selvstændige borgere i eget hjem igen. Denne undersøgelse inddrager de ældres perspektiv på deres forløb og dets sammenhæng ud fra betragtningen af, at de ældres erfaringer er et afgørende vidensmæssigt bidrag til at skabe et mere holistisk kompetent grundlag for den organisatoriske sammenhæng i tværsektorielle forløb. Det følgende kapitel om undersøgelsens metodiske design tager således afsæt i udskrevne ældres oplevelser af deres forløb (Meier, 2019); ældre, som er særligt afhængige af kommunal pleje og behandling efter udskrivelsen – med henblik på at forstå, hvad der har betydning for deres oplevelse af sammenhæng.

## 1.4 Læsevejledning

Kapitel 2 beskriver det metodiske design, der er benyttet for at få mere viden om ældre borgeres udskrivelse og forløb i kommunalt regi, nemlig et etnografisk case-studie. Dernæst følger kapitel 3, der beskriver den valgte case for dataindsamling: en landkommune og dennes strategi for at imødegå ældre borgeres pleje- og behandlingsbehov efter udskrivelse fra hospitalet.

Casen beskriver også i store træk de organisatoriske forløbstilbud, som kommunen tilbyder med henblik på at fortsætte pleje og behandling i kommunalt regi.

Kapitel 4 sammenstiller informanternes forløb gennem 15 beskrivelser, der tager udgangspunkt i deres individuelle oplevelser af deres forløb på egen krop.

Kapitel 5 og 6 præsenterer de væsentligste analytiske fund, der er begrebsligt sammenfattet i kapiteloverskrifterne: 'Erfaringsbrud' og 'Kontinuitetsarbejde'. Kapitel 4, 5 og 6 med de begrebsanalytiske fund afsluttes alle med en delkonklusion.

Kapitel 7 er en opsamling på delkonklusionerne i kapitel 4, 5 og 6 og giver et samlet svar på spørgsmålene i kapitel 1 til projektets formål, nemlig: *Hvordan oplever ældre deres forløb efter udskrivelsen fra hospitalet, og hvad har betydning for deres oplevelse af sammenhæng?*

Kapitel 8 perspektiverer det samlede svar i en læringscase for at reflektere over muligheder for at udvikle og tilpasse kommunale forløbstilbud til, hvad der bidrager til de ældres oplevelser og ønsker til sammenhæng. Casen har således samlet set til hensigt at bidrage til det nationale mål om 'forbedret sammenhængende forløb' og den igangværende udvikling af det kommunale sundhedsvæsen.

## 2 Metode

### 2.1 Undersøgellesdesign

Case-studiet (Yin, 1994; Flyvbjerg, 2010) er gennemført som et etnografisk feltstudie med brug af kvalitative interview, observationer, dokumenter og spot-interview (Schutz, 2005). Feltstudier har en holistisk tilgang, der søger at forstå samspillet, forskelle og ligheder mellem de aktører og grupper, som indgår i et givent område af samfundet og dets organisering, i denne case en landkommunes organisering af ældres forløb efter udskrivelsen, særligt via kommunalt døgnophold, de ældres forståelse af verden og deres samspil med kommunens medarbejdere. Studiet har samlet til hensigt at give en nuanceret viden om den virkelighed, hvormed patientbehandlingsforløb skabes i en kommunalt praksis (Weiner & Strauss, 1996; Strauss, 1997; Mattingly, 2010).

Dataindsamlingen har fundet sted inden for en periode af 5 måneder på et hospital, på en kommunal rehabiliteringsafdeling, og i private boliger. Bilag 1 giver et samlet overblik over interview med 15 borgere og observationer af deres interaktion med sundhedsprofessionelle og evt. pårørende.

#### Rekruttering og udvælgelse af informanter

I undersøgelsen deltager 15 ældre personer, der alle er udskrevet fra hospitalet til kommunal pleje og genoptræning. De er alle udskrevet fra en medicinsk eller kirurgisk afdeling med en genoptræningsplan efter sundhedslovens § 140 og servicelovens § 86, stk.1, der handler om rehabilitering og udredning. Rehabiliteringen har til formål at øge patientens funktionalitet<sup>5</sup> med henblik på i videst muligt omfang selv at kunne klare hverdagen igen. Vi er med undersøgelsen særligt interesseret i at lære af ældre, som sundhedsvæsenet selv opfatter som vanskelige, skrøbelige og/eller komplekse.

Den kommunale rehabiliteringsafdeling er valgt som primært rekrutteringssted, da den ifølge sygeplejelederen *"kun har komplekse borgere"*, som overvejende kommer fra neurologiske, medicinske og ortopædkirurgiske afdelinger. Almen praksis kan også visitere til rehabiliteringsafdelingen – det samme kan den kommunale visitation og kommunens udgående akutteam. 13 af informanterne er rekrutteret på rehabiliteringsafdelingen. De to sidste informanter er rekrutteret direkte i forbindelse med udskrivelsen fra hospitalet. En informant døde (hjemme) i forløbet. Alle informanter er rekrutteret på henholdsvis rehabiliteringsafdelingen og på hospitalet med hjælp fra kommunale medarbejdere til at udpege patienter, der passer til screeningskriteriet.

#### Afgrænsning af observationsfelt

Dataindsamlingen har vægtet observationer på rehabiliteringsafdelingen frem for i hjemmeplejen og i borgerens eget hjem. Dette skyldes både screeningskriteriet, samt at kommunale sengepladser og døgnophold som tværsektoriel løsning er en forholdsvis ny organisering og derfor forskningsmæssigt set særlig interessant at følge. Observationer af hjemmet som pleje- og behandlingssted, både for aleneboende ældres såvel som pårørendes rolle heri, er også interessant og relevant, men som nævnt uden for studiets direkte observationsmæssige fokus. Viden om hjemmet og hjemmepleje optræder i stedet fra henholdsvis informanternes egne

<sup>5</sup> I funktionaliteten indgår motorik (fx funktion i ben, arme, hænder, spasmer, træthed, smerter og andet), sensorisk (fx syn og hørelse), kognition og kommunikation (fx hukommelse, struktur, tale, evne til ny læring) og hjælpemidler.



fortællinger, såvel som fra besøg i hjemmene efter udskrivelsen med henblik på at gennemføre kvalitative interview. I den sammenhæng har hjemmeplejen nogle gange været på besøg under interviewene.

### **Screeningskriterie**

Informanterne, der er rekrutteret til projektet, er alle nyligt udskrevet fra hospitalet – ældre og 'skrøbelige patienter' i den betydning, at de har komplekse lidelser og nedsat funktionsevne<sup>6</sup>. Da projektet har det kvalitative forskningsinterview (Kvale, 1997) som bærende metode, har patienter med tale- og samtaleproblemer, fx fra fremskreden demens eller anden neurologisk lidelse, ikke kunnet indgå i dataindsamlingen.

### **Forskningsetik**

Informanterne er blevet informeret om forskningsprojektet både mundtligt og skriftligt via en pjece, og de er blevet lovet anonymitet. Forskningslederen har fået adgang til fortrolig patientinformation. Denne indgår kun i analyserne, når den er nødvendig som baggrundsinformation. Projektets vægt er således ikke på den rent sundhedsfaglige og medicinske del af informanternes forløb, men på deres samlede oplevelser af forløbet og på betydningen af interaktionen med de sundhedsprofessionelle heri. De sundhedsprofessionelle er også anonymiseret til fagfunktioner (sygeplejerske, fysioterapeut, egen læge, sygeplejeleder, koordinator, osv.), ligeså er kommunen anonym af hensyn til at sikre informanternes anonymitet.

#### **2.1.1 Interview og observation**

Selve interviewene med informanterne er gennemført inden for rammerne af det kvalitative forskningsinterview (Kvale, 1997). På hospitalet er der endvidere gennemført to interview med to kommunale koordinatore om den koordination og inddragelse af borgere, der foregår i forbindelse med, at borgeren udskrives fra hospitalet til pleje og genoptræning i kommunen. Koordinatorernes interaktion med patient/borgere er endvidere observeret.

Der er anvendt ikke-deltagende, struktureret observation (Kristiansen & Krogstrup, 1999) af interaktioner og kommunikation mellem patient/borger og sundhedsprofessionelle, herunder med kommunal koordinator i forbindelse med hospitalsudskrivelse, med de tværfaglige medarbejdere, der indgår i pleje og genoptræning på rehabiliteringsafdelingen, samt egen læge og besøgende hjemmeplejere. Sidstnævnte i forbindelse med besøgene i de private hjem.

Som en del af besøgene på rehabiliteringsafdelingen er der gennemført interview med ledere, sygeplejersker, ergoterapeuter, fysioterapeuter og en social- og sundhedsassistent, herunder observation af vagtmøde, kommunikation med egen læge og forberedelser til evaluerings- og udskrivelsessamtaler med visitatorer og pårørende.

Pårørende har også spillet en rolle i dataindsamlingen. Enten fordi de eksempelvis har deltaget i den afsluttende udskrivelsessamtale med visitator, eller fordi de har været til stede i deltage-rens hjem under det afsluttende interview. Det afgørende fokus har dog været på at få informantens "egen stemme" at høre. Fremover refereres der overvejende til informanterne som "personer". Det er en mindre teknisk betegnelse og i overensstemmelse med en fænomenologisk vidensstilgang, der er interesseret i 1. personperspektivet på erfaringer og oplevelsen af sundhedsvæsenet på egen krop (Merleau-Ponty, 2006).

---

<sup>6</sup> Dette er også definitionen på "Den ældre medicinske patient – der har behov for bedre sammenhæng i deres vej gennem sundhedsvæsenet", Ældre Sagen, 2014, s.3.

## 2.2 Læringscase

Studiets primære formål er at bidrage til den holistiske forståelse af tværsektorielle patientforløb med særligt afsæt i de ældres eget perspektiv på forløbet og med henblik på at give dem en stærkere stemme i italesættelse af, hvad der har betydning for sammenhængskraften i tværgående patientforløb. Denne 'ældre stemme' er selvfølgelig ikke repræsentativ i kvantitativ forstand, men de 15 personer bidrager samlet til at italesætte et spekter af kvaliteter ved kommunale forløb, der kan have generel betydning (Wikan, 2012) og bidrage organisatorisk til både kompetenceudvikling og styrkelse af den faglige, organisatoriske dømmekraft i tilrettelæggelse af konkrete forløb fremadrettet.

Valget af landkommunen, samt dens rehabiliteringsafdeling som case, har til hensigt at skabe synlighed og bevidsthed om, at landkommuner ikke har samme muligheder for at gøre brug af specialviden fra fx udgående team som bykommuner med lokalt hospital, hvilket alt andet lige øger kravene til kommunens tilbud til ældre, deres faglige kompetencer såvel som udvikling af alternative løsninger.

## 3 Case: Udskrivelse til en landkommune

Den valgte case-kommune er anonymiseret af hensyn til at sikre informanterne i projektet anonymitet. Beskrivelsen beror på observationer og interview på hospitalet og på rehabiliteringsafdelingen samt analyse af officielle dokumenter og retningslinjer for behandling.

Kommunen er mellemstor med høj demografisk spredning i borgernes alder og socioøkonomiske baggrund. Seneste undersøgelse af kommunes sundhedsprofil viser en betydelig social ulighed, hvad angår sundhedsvaner, generelle helbred, mental sundhed og sundhedskompetencer. Kommunen er allerede kendetegnet ved en stor andel ældre og forventer en markant stigning i antallet af ældre i de kommende år.

### 3.1 Kommunal udfordring: flere ældre, flere plejeopgaver og besparelser

Kommunen beskriver sine fremadrettede forventninger til ældreområdet som økonomisk trængt. Kommunen er på en brændende platform med udsigt til økonomisk smalhals fra et stadig stigende antal pleje- og behandlingsopgaver fra både de hurtigt hospitalsudskrevne borgere, der stadig er behandlings- og plejekrævende, og fra den generelle demografiske udvikling for behovet for pleje, der stiger med alderen. Kommunen har allerede en stor andel ældre borgere og forventer en kraftig stigning frem mod 2030. Andelen af 80+-årige forventes at stige med mere en 80 %, mens andelen af de unge pensionister, altså de 65-79-årige forventes at stige med knap 10 %. Begge tal ligger over landsgennemsnittet men peger på en generel tendens af flere ældre i landkommuner.

#### Mål om ”hurtige overgange”

Kommunen forsøger at imødegå udfordringerne gennem øget samarbejde med både hospital – i form af at skabe ”hurtige overgange” – og intern kommunalt ved at tilbyde borgerne en ”flerstrengt indsats” med forskellige pleje- og behandlingstilbud. Afgørende er dog, at indsatserne beror på samarbejde mellem de kommunale enheder, og ifølge kommissoriet, *”at overgangene fra ét område til et andet opleves som naturlige ændringer og ikke strukturelle og lovmæssige skift. Den største effekt opnås med en flerstrengt indsats, hvor vi arbejder sammen på tværs i kommunen og skaber løsninger i samspil med borgerne”*. Kommunen søger med andre ord at fremtidssikre sig demografisk og økonomisk ved et differentieret tilbud til borgerne, der skal bidrage til at forbygge/nedbringe ambulante besøg, og samtidig gennem effektivt samarbejde mellem de enheder, der giver tilbuddene, opleves inddragende og naturligt for borgerne.

### 3.2 Organisatoriske redskaber til sammenhængende forløb

Kommunen samarbejder med hospitaler beliggende i nabokommuner. Særligt deres neurologiske, medicinske og ortopædkirurgiske afdelinger, hvorfra kommunen modtager mange af sine ældre hospitalsindlagte borgere. Via samarbejdsaftaler (§ 2-aftaler mellem kommuner og region) har kommunen udviklet forløbsprogrammer med de største hospitaler for patientgrupperne fra de omtalte afdelinger. Kommunen har endvidere ansat to koordinatore, som besøger borgere på hospitalsafdelingerne forud for udskrivelsen med henblik på at sikre overgangen.

De to kommunale koordinatore sikrer den tværsektorielle overgang ved at afstemme patientens genoptræningsplan og plejeplan med udskrivende læge, ansvarlige sygeplejerske, patienten/borgeren selv og dennes pårørende samt de to journalsystemer på henholdsvis hospitalet og kommunens omsorgssystem. I sammenhæng med, at aftaler om udskrivelsen indgås med patienten/borgeren, præsenteres denne for kommunens flerstrengede forløbsindsats. Kommunen har tre forløbstilbud:

1. Pleje og genoptræning i eget hjem via hjemmeplejen og hjemmetræner
2. Pleje i eget hjem og ambulante genoptræning i en af kommunens træningscentre
3. Døgnoophold på kommunal rehabiliteringsafdeling med daglig træning og døgnpleje.

Aftaler med patienten/borgeren om dennes forløbstilbud for pleje og genoptræning enten i hjemmet eller på døgnplads koordineres via en fælles visitation, der har overblik over kommunens ressourcer og kontakter i forhold til ledige døgnpladser, hjemmepleje-ressourcer og hjælpemidler. Andre organisatoriske redskaber, der skal sikre sammenhæng i det kommunale forløb, er:

- et akut- og specialiseret plejeteam, der kan køre ud til syge borgere i deres hjemh
- den nævnte rehabiliteringsafdeling med sengepladser, som akutteamet og læger kan henvise til
- opfølgende sygebesøg af egen læge i hjemmet efter udskrivelsen.

Der er således en række af initiativer på forskellige niveauer af den organisatoriske proces, der skal sikre borgeren en sikker overgang, såsom en følge-hjem-ordning via rehabiliteringsafdelingen, et akutteam til at forebygge genindlæggelser, opfølgende hjemmebesøg ved hjemme-sygeplejerske og egen læge samt muligheden for indlæggelse på rehabiliteringsafdelingens akutpladser.

Følgende afsnit sætter fokus på de to kommunale koordinators rolle som et centralt omdrejningspunkt i udskrivelsen og hermed sektorovergangen og overdragelsen af ansvaret fra hospitalet til kommunalt regi.

### 3.2.1 Udskrivelse med kommunale koordinatore på hospitalet

Kommunens to koordinatore er begge uddannet social- og sundhedsassistenter. De besøger hospitalet i nabokommunerne en til to gange om ugen. Her opsøger de kommunens borgere ved sengekanten, når hospitalet har givet besked om deres snarlige udskrivelse. De giver hånd, præsenterer sig selv og kommunens tre forløbstilbud med henblik på at afstemme med borgeren og få tilsagn om valg af tilbud ved overgangen til kommunal pleje og behandling.

Forud for besøget har koordinatorene konsulteret patientens plejeplan for at bedømme funktionsniveau og behov for hjælpemidler fra kommunen. Dette er sammen med den lægefaglige rehabiliteringsplan grundlag for, hvorledes koordinatorene præsenterer borgeren for dennes muligheder i kommunalt regi, herunder om borgeren skal tilbydes behandling og pleje i eget hjem eller på døgnophold. Borgere med pårørende forventes at blive udskrevet til pleje i eget hjem. Kommunen kan levere fuld pleje i eget hjem inklusive intravenøs behandling og/eller 24 timers døgnbemanding i op til 6 dage, hvis dette er nødvendigt.

Koordinatorene oplever stor fleksibilitet i samarbejdet med både hospital og hjemmepleje om det konkrete tidspunkt for udskrivelsen. Hospitalet udviser fleksibilitet ved at beholde en meget plejkrævende patient en dag eller to mere, hvis det er muligt. Koordinatorene beskriver dog

også situationer med "rød zone", der er den afdelingsansvarlige læges kodeord for, at afdelingen er maksimalt belastet, og alle patienter, som det er muligt at udskrive, skal ud. Enten for at frigive sengepladser til nye og mere syge patienter, eller fordi afdelingen eksempelvis op til weekenden mangler personaleressourcer. I disse situationer udviser hjemmeplejen på samme vis stor fleksibilitet og effektivitet i at modtage borgere med kort varsel, fx til weekenden, hvor det kræver ekstra af de kommunale aktører at sikre hjælpemidler, mad og pleje.

Koordinatorerne beskriver generelt, hvorledes et flow fra hospital til hjem skabes gennem stor fleksibilitet fra alle parter, inklusive patientens pårørende, der for eksempel gør klar til at få deres familiemedlem hjem ved at ommøblere hjemmet, så der er plads til en sygeseng og hjælpemidler. Flexibilitet forudsætter en stadig forhandling af, hvem der skal udføre opgaverne hvor. I dette forhandlingsarbejde kontakter koordinatorene gentagne gange den kommunale visitation, rehabiliteringsafdelingen, hjælpemiddelcentral, kørselsordninger, familiemedlemmer og hjemmepleje. Ud over de praktiske aftaler for levering af hjælpemidler og arrangere hjemtransport skal mad evt. også bringes ud. Koordinatorer er derfor helt centrale for at skabe den ønskede effektivitet og de "hurtige overgange" for "mere behandling og pleje" i kommunen, også til rehabiliteringsafdelingen, som afdelingens leder beskriver: *"Den [rehabiliteringsafdelingen, red.] er mellemlandingen. Afdelingen er sat i verden til at følge svækkede ældre borgere hjem. Vi har kun svækkede og udsatte borgere her"*.

### 3.2.2 Døgnophold på kommunal rehabiliteringsafdeling

Patienter/borgere kan udskrives fra hospitalet eller selv skriftligt anmode om et døgnophold på den kommunale rehabiliteringsafdeling. Afdelingen har 65 ansatte og ledes af en afdelingsleder og en sygeplejeleder. Organisatorisk hører den under kommunens sundhedschef og samarbejder med kommunens hjemmepleje.

Rehabiliteringsafdelingen indtager en særlig position som "en mellemstation" i forløbet mellem hospital og hjem. Afdelingens leder udtrykker selv: *"Vi skal bygge bro mellem hospital og hjem for de komplekse patienter"*. Afdelingen følger i snit 110 af afdelingens årlige 400 borgere hjem<sup>7</sup>. Nogle følges til et nyt hjem, en ældrebolig. Ikke alle kan rehabiliteres fuldt ud eller tilstrækkeligt til at klare sig selv, og de skal i stedet fx i en kommunal, beskyttet bolig med øget hjælp og opsyn. Endelig er der også nogle, der dør under forløbet, endda også samme dag, som de udskrives fra hospitalet.

Afdelingen tilbyder<sup>8</sup> basal og kompleks sygepleje såvel som tværfaglig genoptræning, både på basalt, avanceret og specialiseret niveau. Dens målgruppe er ifølge afdelingens hjemmeside og forløbsplaner for rehabilitering og udredning:

- borgere, der efter udskrivelse fra hospital eller andet vurderes til at have et potentiale til at gennemføre et rehabiliterings- og genoptræningsforløb på basalt eller avanceret niveau med en døgndækket tværfaglig indsats
- borgere på hjerneskaedområdet med behov for rehabilitering på specialiseret niveau i tæt samarbejde med relevante eksterne aktører (modtages i begrænset omfang)

<sup>7</sup> Der er ikke ressourcer til at følge alle hjem, så dem der ikke skal hjem til vanlig hjælp, prioriteres. Det er primært terapeuterne, der følger hjem, men *"sygeplejerskerne følger også godt med og bliver oplært til det"*, siger ledende sygeplejerske. Det tager et år at oplære nyt personale til afdelingens opgaver.

<sup>8</sup> Henvi sning, visitation, pleje og genoptræning sker efter sundhedslovens § 140 om rehabilitering og § 138 i forhold til basal og kompleks sygepleje, samt servicelovens § 86, stk. 1 om kommunal genoptræning og § 83 om basal pleje.

- borgere med en enkelt eller flere komplekse sygdomme, som har ringe omsorgsevne, og som kan opnå forbedret funktionsevne ved en tværfaglig indsats
- borgere, som ved at træne intensivt og tværfagligt gennem døgnet i en kort periode kan opnå en hurtigere effekt end ved ambulantly træning
- borgere, hvor man kan forebygge indlæggelse og genindlæggelse ved sundhedsfaglig observation, pleje, undersøgelse og behandling
- borgere med almen svækkelse, der indebærer nedsat egenomsorgsevne, og som forudsætter en døgndækket indsats
- borgere, som har akut behov for døgndækkende observationer/pleje/behandling
- borgere, der i en periode har et særligt behov for omsorg og pleje på en aflastningsplads.

Rehabiliteringsafdelingen giver således samlet set mulighed for intensiv sygepleje og genoptræning hele døgnet med henblik på rehabilitering efter udskrivelse eller som alternativ til indlæggelse/genindlæggelse på hospital, jf. sundhedsloven § 140 og serviceloven § 86, stk.1 (Sundheds- og Ældreministeriet, 2019; Social- og Indenrigsministeriet, 2019).

Afdelingen har i alt 24 midlertidige døgnpladser, der fordeler sig på 16 sengepladser, hvis primære sigte er genoptræning og rehabilitering samt 8 sengepladser med akut og kompleks sygepleje og udredning som primært sigte. De sidste 8 kaldes også omsorgs- og aflastningspladser, samt udrednings- og palliationspladser. Visitator og/eller akutsygeplejerske kan visitere til følgende forløbstyper med forskellig varighed på forløbet:

- Rehabiliteringsforløb af 2-12 ugers varighed
- Akutforløb af 1-7 døgns varighed
- Akutforløb af 1-2 ugers varighed
- Udredningsforløb af 1-4 ugers varighed
- Aflastningsforløb af 1-14 dages varighed
- Terminalforløb af 1-4 ugers varighed.

Formålet med døgnpladserne er ifølge afdelingens pjece til borgere, der modtager et ophold: "at du opnår et så meningsfyldt og selvstændigt liv som muligt, så din velfærd og sundhed styrkes og yderligere sygdom forebygges". Afsættet er et samarbejde med borgerne og evt. pårørende om "hverdagsrehabilitering". Borgerne forventes at betale et dagligt beløb for kost, og skal som udgangspunkt selv stå for vask.

Afdelingen har erfaring med specialiserede genoptræningstilbud til medicinske patienter, neurologiske patienter og ortopædkirurgiske patienter, altså fortrinsvis ældre patienter, der netop på baggrund af den hurtigere, specialiserede hospitalsbehandling har brug for særlige rehabiliterings- og plejetilbud, før de kan vende hjem til eget hjem og/eller overgå til en plejebolig.

*"Forløbene er baseret på tværfaglige rehabiliteringsprincipper, der anvendes i døgnets 24 timer. Træningen og sygeplejen udføres i dagligdagens naturlige og meningsfulde sammenhænge og skal fremme borgerens motivation, autonomi og oplevelse af selv at kunne mestre hverdagen. Hvis det ikke er muligt at genvinde den tidligere funktionsevne, rettes sygeplejen og genoptræningsindsatsen mod at opøve alternative strategier og løsninger for at opnå en tilfredsstillende hverdag. Udgangspunktet for den tværfaglige arbejdsgang er evidens, kliniske retningslinjer og forløbsprogrammer i forhold til de forskellige diagnosegrupper".*

Standard for døgnrehabilitering  
Vedtaget af byrådet, marts 2016

### *Samarbejde med praksislæger*

De første 24 timer efter udskrivelsen hører borgeren/patienten under den udskrivende læges ansvar. Derefter overgår behandlingsansvaret til borgerens egen læge. Kommunen har 30 praktiserende læger. Praksislæger med konsultation mere end 17 km. væk fra rehabiliteringsafdelingen er ikke forpligtiget til at køre ud på sygebesøg. Afdelingen kører i nogle tilfælde deres borgere til lægebesøg i praksislægens konsultation. Videokonsultationer mellem egen læge og borgere på rehabiliteringsafdelingen er også afprøvet, men er ikke nogen fast ordning (Wentzer & Bygholm, 2018). I praksis varierer tilgængeligheden af borgernes egen læge med henblik på sygebesøg. Alternativt eller efter henvisning fra egen læge eller vagtlægen kan borgeren køres til lægekonsultation på hospitalet.

### *Genindlæggelser*

De følgende tal er af hensyn til kommunens anonymitet afrundet, men giver stadig et indblik i aktiviteten på dens rehabiliteringsafdeling. Afdelingen har i gennemsnit er ca. 5 lægebesøg om ugen på hverdage. Tallet er stigende, da borgerne på rehabiliteringsafdelingen i stigende grad indlægges med komplekse problemstillinger. Hertil kommer ca. 160 vagtlægebesøg.

Ca. 60% af borgere på rehabiliteringsafdelingen kommer fra hospitalerne. Mere end 10% af indlæggelserne på afdelingen var akutte forløb.

En femtedel af borgerne på rehabiliteringsafdelingen indlægges igen på hospitalet. 40% af disse borgere kom i forvejen fra hospitalerne og er hermed betragtet som genindlæggelser. Der er med andre ord en forskelligartet aktivitet ind og ud af afdelingen, herunder også akut-funktion. De fleste kommer fra sygehuset og nogle af dem indlægges også igen. Lægebesøg fra almen praksis hører også til en fast aktivitet.

## 3.3 Hverdagsrehabilitering med borgerens team

Afdelingens tilbud til borgere, der er henvist til afdelingen eller har søgt og blevet bevilliget et ophold, følger tre forløbsbeskrivelser. I hverdagsrehabiliteringstilgangen er borgeren selv med til at sætte personlige mål i starten af opholdet på rehabiliteringsafdelingen. Målene sættes ud fra borgerens forudsætninger og nuværende situation, fx ved nedsat funktionsniveau efter en operation. En forudsætning er, at borgeren er så aktiv som mulig i alle hverdagsaktiviteter, men borgeren vil blive støttet i at opnå:

- Bedringer i almentilstand
- Færdigheder i personlig hygiejne
- Færdigheder i daglige og praktiske opgaver og aktiviteter
- Fysiske, kognitive og kommunikative færdigheder.

Støtten gives af et tværfagligt team kaldet 'borgerens team'.

### Borgerens team

Det tværfaglige team møder borgeren, når denne ankommer til afdelingen, og teamet følger borgeren under hele forløbet på afdelingen og eventuelt også hele vejen hjem til egen eller ny bolig efter endt ophold. Teamet består af en ergoterapeut, en fysioterapeut og en sygeplejerske eller en pleje- og omsorgsassistent. Teamet arrangerer efter behov små faglige teammøder med borgeren, hvor på de sammen planlægger, målsætter, evaluerer, formidler m.m. Under opholdet foretages der også løbende en faglig evaluering af behandlingsplanen og målene<sup>9</sup>.

*"Tværfaglighed i team: Der samarbejdes ud fra fælles mål, hvor borgeren og pårørende er inddraget. Indsatserne koordineres jævnlige og skaber kontinuitet, tidlig indsats og planlægning. Hver fagperson anvender sin faglige ekspertise, så borgeren når de fælles aftale mål. Det tværfaglige samarbejde bygger på en fælles forståelsesramme og gensidig respekt, loyalitet og forpligtelse. Der udvikles løbende fælles viden".*

Standard for døgnrehabilitering. Godkendt af byrådet marts 2016

COPM-testen er standard i teamet og bruges så vidt muligt i alle borgerforløb, såfremt borgeren kan samarbejde. Undersøgelsen skal klarlægge de mest betydningsfulde aktiviteter, borgeren skal arbejde med under indlæggelsen. Den danner senere ramme for rehabiliteringssamtalen og målsætningen. Hver faggruppe forholder sig til målene, som der føres status over, og planlægger deres behandling inden for rehabiliteringssamtalen. Teamet afslutter forløbet med borgeren i en udskrivningsamtale sammen med den kommunale plejevisitator, og eventuelt også kommunens demenskoordinator. Borgerens pårørende deltager så vidt muligt også i samtalen med henblik på at sikre aftaler for overgange til hjemmet.

#### 3.3.1 Strukturerede samtaler

Interaktionen mellem de ældre og de sundhedsprofessionelle har fagligt afsæt i hverdagsrehabilitering og afdelingens tre forløbsbeskrivelser herfor. I praksis er forløbet struktureret via en række samtaler mellem borgeren og dennes tværfaglige team, der skaber fremdrift i den ældres forløb under opholdet (bilag 2). Følgende ni punkter er en sammenstilling af observerede interaktioner og samtaler på rehabiliteringsafdelingen. De giver et overblik over, hvilke temaer og sundhedsaktører der deltager undervejs frem mod udskrivelse fra afdelingen til hjemmet:

1. **Velkomstsamtalen med sygeplejersken:** Borgeren bydes med smil velkommen til sin stue og ophold, praktisk og socialt.
2. **COPM-samtale med ergoterapeuten:** Borgere med et længerevarende ophold kan tilbydes en samtale til vurdering og målsætning af eget funktionsniveau for at klare sig i hverdagen.
3. **Rehabiliterings- og målsamtale med hele teamet:** Det overordnede formål med opholdet afklares, herunder genoptræningsmål og kontinuitet i behandling, inkl. medicin.
4. **Pleje- og træningssamtaler med en eller flere fra teamet:** Borgeren inddrages i den daglige omsorg, pleje og træning, som del af de terapeutiske og sygeplejefaglige kompetencer. Der trænes formiddag og eftermiddag på hverdage.
5. **Lægekonsultation:** Borgerens egen læge, lægevagten eller ambulante læge kontaktes ved behov. Opfølgende hjemme-/sygebesøg efter henvisning fra hospitalet er også en mulighed.

<sup>9</sup> Teamet anvender en række af kliniske redskaber til løbende at målsætte, score og evaluere borgerens sundhedstilstand og funktionsniveau, så som TOBS (Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom), der starter den sygeplejefaglige udredning op, Barthel 100, Demmi test (De Morton Mobility Index) bruges af fysioterapeuten, ergoterapeutiske tests som ADL vurdering (Activities of Daily Living) med henblik på at få et overblik og en plan over borgerens døgnrytme, og COPM (Canadian Occupational Performance measure).



6. **Boligbesøg med ergo- eller fysioterapeut:** Terapeuter besøger sammen med borgeren dennes hjem for at vurdere, om boligen er sikker og egnet til at komme tilbage til.
7. **Evalueringsamtale med team:** Borgerens ophold og træning evalueres med henblik på at score effekten af træningen og vurdere fremadrettet behov.
8. **Udskrivelsessamtale med team, pårørende, hjemmepleje visitator og evt. demenskoordinator:** Forberede udskrivelse til eget hjem/ny bolig og overdragelse af samarbejdet med borgeren til den kommunale hjemmepleje og pårørende i et fremadrettet hverdagsperspektiv.
9. **Følge-hjem-ordning med sygeplejerske:** Borger følges eventuelt helt hjem.

### 3.3.2 Eksempel på målsamtalen

Rehabiliterings- og målsamtalen er helt central og retningsgivende for opholdet og behandlingens overordnede mål om at øge borgerens selvstændighed i hverdagen (defineret til fem funktionalitetsområder<sup>10</sup>). Borgere med et længere ophold kan deltage i en COPM-samtale, jf. Jans case. COPM scorer borgerens funktionsniveau før og efter træningsforløbet. Scoren indikerer hermed også, hvor meget hjælp borgeren forventer at have brug for efter hjemkomst.

**Borgercase:** Jan gennemfører en COPM-samtale og vælger fem mål for sit genoptræningsophold, nemlig at kunne:

1. rejse sig fra en stol (uden armlæn) i 50 cm. højde
2. gå med rollator indendørs
3. gennemføre selvstændige toiletbesøg
4. køre bil og købe ind
5. besøge vennerne – ”er det vigtigste” (ikke scoret).

Jan scorer sig selv til et gennemsnit på 1,3 ud af 10 som højeste score. Han håber at nå et gennemsnit på 5 via træning.

Til evalueringen fire uger senere er Jans gennemsnit 9,4. Han er blevet bedre, end han regnede med. Jan er stolt, men finder det også lidt skoleagtigt sådan at blive målt og testet. Han var ikke vild med at træne og mener selv, at det er lykket via vilje og venlig insisteren fra hans fysioterapeut.

Målene er besluttet i den tværfaglige samtale med borgeren men afgrænset af terapeuten til, hvad der er realistisk at nå inden for længden af den pågældende borgers ophold. For eksempel afprøver Jan ikke at kunne besøge venner. Træningsmålene realiseres gennem borgerens daglige træning formiddage og eftermiddage med teamet. Målene evalueres før udskrivelsessamtalen med henblik på at forberede denne og tilrettelægge hjemkomsten.

Landkommunen, som en samlet case på tværssektorielle forløb, giver således et indblik i, hvorledes ældre udskrives og modtages i det kommunale system via kommunale koordinators på hospitalet med forskellige forløbstilbud, herunder hverdagsrehabilitering på en kommunal

<sup>10</sup> I funktionaliteten indgår motorik (fx funktion i ben, arme, hænder, spasmer, træthed, smerter og andet), sensorisk (fx syn og hørelse), kognition og kommunikation (fx hukommelse, struktur, tale, evne til ny læring) og hjælpemidler.

døgnplads, og gøres parat til hjemkomst og dagligdagen igen. Det følgende kapitel genfortæller, ud over Jans forløb, 14 andre borgeres forløb og giver indblik i, hvordan de oplever overgangen, de kommunale tilbud og samspillet mellem dem.

## 4 Beskrivelser af 15 ældres forløb

Dette kapital giver indblik i, hvorledes de 15 ældre personer, som er informanter i projektet, har oplevet deres forløb, og den usikkerhed og forandring, som akut sygdom eller ulykke har bragt ind i deres liv. Beskrivelserne zoomer ind på de hændelser og overvejelser, som personerne selv finder særligt vigtige. Nogle beskrivelser er lange og detaljerede og reflekterer elementer fra personernes egen livshistorie og giver et indblik i deres personlighed og tilgang til at klare modstand i livet. Andre beskrivelser er korte og reflekterer ikke i samme grad personens livshistorie, og for nogle af personerne er det et aktivt valg at holde de to ting adskilt.

Alle 15 beskrivelser beror både på observationsdata, uformelle samtaler og kvalitative interview, herunder også telefoninterview med de pågældende informanter. Det har været muligt at følge nogle af informanterne tættere end andre. Ligeså har ikke alle kunnet samtale i lige høj grad under forløbet på grund af sygdomsmæssige forværringer og generel svækkelse.

### 4.1 Viola

Viola er 86 år og har et vågent blik i et smilende ansigt. Hun beskriver sit forløb som "forandring i forandring", fordi der hele tiden har været stor uvished om hendes primære sygdomsproblem, hvad der skal ske, og hvilket liv hun kan håbe på at få fremover. Hendes bekymringer har især drejet sig om, hvorvidt hun mon er alvorligt syg, og om hun kommer hjem til sit hus og sin hverdag igen.

Violas forløb starter, da hun falder over sin støvsuger og brækker lårbenet. Efter en operation for lårbensbruddet har hun svært ved at styre benet og løfte foden, og derfor starter hun i et ambulantly genoptræningsforløb. Turen frem og tilbage mellem rehabiliteringsafdelingen og hendes hjem tager dog for mange af hendes kræfter, og hun får derfor af kommunens visitator tilbudt et ophold på rehabiliteringsafdelingen.

Viola bruger kørestol og rollator, da hun starter på rehabiliteringsafdelingen. Hun aftaler målene for sin genoptræning med et tværfagligt rehabiliteringsteam på afdelingen bestående af en sygeplejerske, en fysioterapeut og en ergoterapeut, der følger hende under hele forløbet. Violas mål for genoptræningen er 1) at styrke benet, 2) at få kontrol over foden og 3) at kunne gå sikkert uden rollator. Træningen skal gøre det muligt for Viola at klare sig i sit hus igen. Fysioterapeuten starter genoptræningen med at øve små tricks til, hvorledes Viola kan komme op og ud af sengen, uden at det gør ondt. Viola har et særligt ønske om også at kunne komme ned ad trinene til sin havestue igen. Den spiller en central rolle i hendes liv og families historie.

Trods genoptræningen tager Violas smerter til, og forklaringen er ikke kun de ømme muskler, man får af at bruge kroppen. Viola bliver bekymret over smerterne ved træningen. Hun tænker på, om det kan have noget at gøre med, at hun har en svulst i hjernen. Var den årsagen til, at hun faldt over støvsugeren? Den er meget langsomt voksende, men kan påvirke balancecentret. Hendes egen læge har tidligere sendt hende til undersøgelse på Rigshospitalet for at få undersøgt svulsten, men den speciallæge, som så hende, fandt ingen grund til bekymring: "*Han spurgte om jeg regnede med at blive 135 år*", fortæller Viola. Viola bryder sig ikke om speciallægens sarkastiske bemærkning. Selv om man er 86 år, kan man godt være bekymret for, om man har en farlig sygdom.

På grund af de mange smerter, der er taget til efter træningen, køres Viola fra rehabiliteringsafdelingen til en konsultation hos egen læge. Lægen henviser hende videre til hospitalets radiologiske afdeling. Røntgenbillederne viser revner på hoften, hvilket forklarer smerterne ved træningen. Hun må ikke træne mere, før hun har fået en ny hofte, hvilket hendes praktiserende læge også tidligere har foreslået. Dengang sagde hun nej tak, fordi hendes veninde havde dårlige erfaringer med denne type af operation. Nu fortryder Viola, at hun ikke sagde ja til operationen tidligere.

Smerterne tager Violas appetit, og hun taber sig. Derfor er hendes krop ikke er stærk nok til operationen. Viola og de sundhedsprofessionelle omkring hende – rehabiliteringsteamet og hendes egen læge – er i en vanskelig situation. Hun kan ikke træne efter operation, men heller ikke blive opereret igen. Smertebehandlingen bliver afgørende for, at Viola får tilstrækkeligt at spise til at få vægten op. Trods smerter og feber lykkes det Viola at blive stærk nok til at gennemføre hofteoperationen. Bagefter udskrives hun igen til aflastning og genoptræning på rehabiliteringsafdelingen.

Viola er gammel, hendes krop er svækket, og hun er usikker på, om hun vil kunne tage vare på sig selv fremover. Viola har haft et langt liv som en stærk og handlekraftig kvinde, og de strategier, hun gør brug af for at bevare håbet om bedring og et godt liv, henter hun derfra.

Viola har altid klaret sig selv alene. Hun har været selvstændig erhvervsdrivende, husejer og ene-opdrager af sine to adopterede børn, fra de var 10 og 13 år. Hun har altid kæmpet for at klare sig – også når der var modgang. Viola mødte sit livs kærlighed, en enkemand med to børn, da hun var i 30'erne. De blev forlovet, men kort efter fik han kræft. Lægen sagde, at sygdommen var fremskreden. De giftede sig alligevel, og Viola blev enke kort tid efter. Hun forsøger at få forældremyndigheden over de to børn, men får i første omgang kun tilkendt forældremyndigheden over datteren. Det tager hende et par *"års kamp med juraen"*, før det lykkes at *"få drengen hjem"*. Viola kører både hjemmet og mandens forretning videre. Hun udvider siden huset med en overdækket udestue, der bliver rammen for mange års julefester. Julefesterne er i første omgang for hendes medarbejdere og senere for familien, der i mellemtiden er vokset med børnebørn og oldebørn. Det er derfor, at trappen til udestuen bliver et vigtigt mål for genoptræningen.

I plejesengen på den kommunale rehabiliteringsafdeling minder Viola sig selv om, hvad hun har magtet i tidens løb. Hun tænker også på, at de bliver gamle i hendes familie, over 90 år. Hun tænker på dengang som barn, da hendes far døde. Hun husker, hvordan det var at stå ved hans kiste og tænke, at *"han er bare ude og lege"*. Sådan tænker hun stadig på døden, fortæller hun. Hun vil dog gerne have mere tid med hele sin familie. Det yngste oldebarn skal døbes, og Viola håber, at hun bliver udskrevet fra rehabiliteringsafdelingen, så hun kan deltage i dåben. Familien er synlig på Violas stue på afdelingen. Der er en blomsterpotte i vindueskammen, som hun har fået af et af sine oldebørn og en halloween-uro, som et andet oldebarn har hængt op i loftet.

Da Viola endelig bliver udskrevet fra rehabiliteringsafdelingen, sidder både sønnen og datteren med ved bordet på hendes stue. Hendes rehabiliteringsteam og en visitator fra kommunen er også til stede. Der er god stemning, for trods forværringer, vægttab og en ny operation er Viola kommet på fode igen. Hun kan gå og er uden smerter. Hun skal stadig tage på i vægt, men kan vende tilbage til sit hus og den dagligdag, som hun havde før ulykken. Hun vil dog ikke kunne komme ned ad kældertrappen mere, og det har hun indstillet sig på. Hun vil heller ikke kunne holde familiefester i udestuen igen, men hun vil have bygget en rampe, så hun kan

komme derned. Under udskrivelsesmødet aftaler de, at Viola skal have praktisk hjælp fra kommunen. Hun vil fortsat gerne selv lave mad, men vil fremover få bragt indkøbsvarer hjem to gange om ugen. En genkendelig og meningsfuld hverdag venter igen – forhåbentlig uden de store forandringer og det kaos, som hun oplevede fra det øjeblik, hun faldt over sin støvsuger.

## 4.2 Jan

Jan bliver indlagt en fredag i sin ferie. Han er faldet og har sår flere steder. Om mandagen bliver han overflyttet til et hospital i hans egen region, og dagen efter bliver han udskrevet til genoptræning i hjemkommunens rehabiliteringsafdeling, så snart der bliver en ledig plads. I mellemtiden må han hjem til sig selv. Det har han prøvet før med hjælp fra kommunens hjemmehjælp. Jan er ved hjemsendelsen sengeliggende og sendes hjem i ambulance. Jan er kun hjemme kort tid, før der er en plads på rehabiliteringsafdelingen, hvor han så starter i intensiv genoptræning med en fysioterapeut.

Jan er 66 år, har mange helbredsproblemer og et langt og komplekst forløb i sundhedsvæsenet bag sig. Han er uheldeligt syg af kræft og i livsforlængende behandling, men det er ikke noget, han taler om. Han bliver jævnligt indkaldt til behandling på hospitalet og har flere gange været indlagt med feber og infektioner. Hjemme tager han smertestillende medicin fire gange dagligt, en morfinpille, hvis det er nødvendigt, og noget til at falde i søvn på om natten. Jan får også medicin for svær astma, og den behandling styrer han selv. Endelig har han et kateder, som han selv passer, men som også skal tilses på hospitalet.

Jan har stor gavn af sit genoptræningsophold. Målet var at kunne gå med en rollator, men mod sin egen forventning kan han til sidst selv gå 300 meter uden. Hans fremskridt sker takket været disciplineret træning med fysioterapeuten. Der var to andre mål – at kunne rejse sig fra en stol uden hjælp og klare toiletbesøg selv. Også disse mål når han.

De sundhedsprofessionelle omkring Jan bekymrer sig om ham, fordi han er så syg. Rehabiliteringsteamet er særligt opmærksomme på, om Jan har kræfter (og luft) nok til at klare sin husholdning selv, og om han vil få nok at spise, når han kan komme hjem efter genoptræningen. Jan har tidligere fået mad med sonde, men brød sig ikke om det og tog sonden ud. Han lykkes heller ikke med at holde vægten under opholdet på rehabiliteringsafdelingen. For teamet fremstår han yderst svækket og uden et stærkt netværk til at hjælpe sig.

Ved udskrivelsen er Jan ved godt mod og føler sig klar til at komme hjem. Han har ikke haft besøg, mens han var på rehabiliteringsafdelingen, og opholdet har været lidt ensomt for ham. Han har haft lyst til at lære de andre på afdelingen at kende. Han bor alene i sit hjem og har ingen familie, men gode naboer og venner, som han mødes for at drikke sammen med og vende verdenssituationen, som han siger. Jan ser også frem til at bygge sit sociale samvær op igen.

Da Jan skal udskrives fra rehabiliteringsafdelingen, handler samtalen i høj grad om, hvor meget hjælp Jan skal have fra kommunen, når han kommer hjem. Teamet, som består af en fysioterapeut, en sygeplejerske og en ergoterapeut, mener, at Jan vil have gavn af både rengøring, rådgivning fra en diætist og hjælp med vasketøj og indkøb. De vurderer, at Jan ikke har kræfter til at klare det selv.

Jan er dog ikke så villig til at modtage deres forslag om hjælp. Han siger:

*Jeg opsøger ikke hjælp. Jeg vil helst klare tingene selv. Hvis man har brug for hjælp, så må man jo bede folk om at give en en hånd med at komme op at stå igen. Det fungerer. Jeg vil også sige... hvis der er noget, jeg føler, jeg ikke kan klare, så springer jeg det bare over og siger, at det må blive en anden dag.*

Det eneste ønske Jan har: "er, at der kommer en og lige støvsuger huset. Det er det eneste. Og så har jeg ingen ønsker om at se dem igen. Resten det klarer jeg selv". Men kommunen bevilger kun rengøringshjælp som fast ordning med fx støvsugning hver 14. dag til borgere, der ikke kan klare rengøringen selv.

I dialogen med Jan anerkender teamet Jans ønsker om selvstændighed og uafhængighed af offentlig hjælp, samtidig med at de anbefaler ham at tage imod hjemmehjælp. Jan undviger ved at få dem til at grine.

Sygeplejerske: *Jan, du må ikke tro, at jeg vil bestemme, at du skal have rengøring, og at de skal komme tre gange om ugen.*

Fysioterapeuten tilføjer: *Det er heller ikke anderledes, end hvis man hurtigt kan se, at det her klarer jeg fint selv, så siger man [til kommunen, red.]: "Det her fungerer fint. Lige nu har jeg kun brug for, at I hjælper mig med vasketøjet, for jeg har stadig svært ved at gå på trapper" eller hvad det nu kan være.*

Jan: *Der er ingen (...), der siger, at jeg skal tage badeværelse og stue og entre og køkken og spiseplads på én gang. Jeg kan godt tage lidt i etaper (...). Det gør de både i Tour de France og Espania (...) Tour de Jan (...) til rengøring, bang! [startskud, red.].*

Alle griner. Til sidst giver Jan giver sig lidt. Han går med til at få skiftet sengetøj og blive kontaktet af en diætist.

Teamet har også flere forslag til, hvordan man kan forbedre sikkerheden i hans hjem, men også her affejer Jan forslagene. For eksempel har han da masser af fliser, så han selv kan minimere faldrisikoen ved dørtrinene. Sygeplejersken indskyder, at man ikke behøver at være "ærekær" til at modtage hjælp fra kommunen. Jan ignorerer hende og forsætter med at tale om sit mål om at køre bil igen. Jan har en hurtig bil, og han brummer som en motor, da teamet spørger, om han tror, at han har kræfter til at køre selv. Jan svarer vittigt, at den har automatgear og ikke kræver den store indsats.

Samtalen mellem Jan og teamet er respektfuld trods deres forskellige holdninger til, hvad Jan har behov for. Jan afviser ikke deres omsorg i samtalen, men bryder den alvorlige stemning med humor. Han anerkender ikke åbent, at han er meget syg og svækket, og at der kan være udfordringer ved at komme hjem, men insisterer på at afvise hjælp og holde fast i sin uafhængighed.

Jan er da også glad, da han endelig kommer hjem fra rehabiliteringsafdelingen. "Det er pragtfuldt" er hans spontane kommentar. Han fremhæver friheden til at ryge, spise og drikke, når han vil. Især det sidste er et vigtigt element, når han mødes med sine venner. Han har ingen lyst til at snakke om sit helbred eller om fremtiden. Udskrivelsessamtalen bekræftede ham i, at hans ønsker ikke matcher mulighederne i kommunen, og derfor ønsker han mest at bevare en distance til systemet.

### 4.3 Kresten

Kresten er kommet til rehabiliteringsafdelingen efter en lang indlæggelse. Han har været indlagt, fordi han væltede med sit trehjulede køretøj, da han ville undvige et rådyr. Køretøjet væltede og rullede ned af en skrænt, Kresten mistede bevidstheden for en stund og vågnede op til en lang og kold vinternat, fastspændt og forslået. Efter at have ligget der i 15 timer blev han opdaget, og han kom på hospitalet stærkt nedkølet med brækkede ribben og en punkteret lunge. Efterfølgende fik han væske i lungerne, feber og lungebetændelse.

Kresten er 73 år og har været indlagt mange gange. Det startede for flere år siden med en blodprop i hjernen, og siden har han flere gange oplevet at miste bevidstheden. "Blackouts" kalder han det. Kresten har derfor ikke kørekort mere. Under en af indlæggelserne blev han udredt for epilepsi. Gennem en uge blev aktiviteten i hans hjerne overvåget, men diagnosen kunne ikke stilles entydigt.

Kresten bliver udskrevet direkte fra hospitalet til døgnophold på rehabiliteringsafdelingen. Under opholdet skal Kresten genoptræne sine ben og gangfunktion efter ulykken og det lange sengeleje på hospitalet. Den sammenklappede lunge og vejrtrækningen bliver dog ved med at være et problem for Kresten under genoptræningen. Den manglende luft betyder, at han har mindre energi og er træt hele tiden.

På rehabiliteringsafdelingen er Kresten tilbageholdende med at give personlige oplysninger til medarbejderne. Han taler ikke med alle om sit sygdomsforløb, for det er ikke alle, han har tillid til og lyst til at tale med. Så må de læse i hans journal i stedet for. Det afgørende for Krestens fortrolighed er ikke det faglige hierarki. Han er ligeglad med, om det er en læge, en sygeplejerske eller social- og sundhedsassistenter, han taler med, så længe han møder forståelse og empati.

Krestens mistro til formålet med den indledende samtale (COPM) med ergoterapeuten om målene for hans genoptræning sætter ergoterapeuten på rehabiliteringsafdelingen på en vanskelig opgave. Hun foreslår ham, at han skal trænes og evalueres i at lave mad. Da han har en kokkeuddannelse, finder han hendes forslag nedladende. Små-sarkastisk retter han hendes forslag til, at hans mål er "*at spille håndbold igen*". Ergoterapeuten ryster på hovedet og forklarer, at det skal være et realistisk mål, der kan nås inden for tidsrammen for hans ophold. Kresten hævder i stedet, at han ikke har nogen problemer med at bevæge sig. Ergoterapeuten bliver frustreret, og hun siger efterfølgende: "*hvordan kan jeg inddrage ham i at bestemme målene for sin genoptræning, når han siger, han ikke har behov for hjælp!*" Fysioterapeuten i hans team mener, at Kresten mangler "*sygdomserkendelse*".

Som en del af genoptræningen af Kresten skal teamet teste hans funktionsniveau. De skal vurdere, i hvor høj grad han kan løse hverdagsopgaver som madlavning og rengøring. Men Kresten finder det nedværdigende at blive testet og vurderet, særligt når det vedrører et område, som han føler sig dygtig til, nemlig at lave mad. Han bliver vred over, at det ikke er nok at sige, at teamet ikke tager det for gode varer, når han siger, at det kan han godt. Han føler sig sat på skolebænken igen og udtaler meget resolut, at "*de skal ikke gøre mig mindre, end jeg er*". Kresten vil gerne samarbejde, men for ham er gensidig respekt en afgørende forudsætning.

Kresten kan i det hele taget hurtigt finde eksempler på, at de sundprofessionelle holder ham uden for de vigtige samtaler. Han fortæller fx om en situation, hvor hans praktiserende læge

kommer på opfølgende sygebesøg. Kresten får at vide, at lægen først mødes med hans sygeplejerske for at drøfte hans situation, før de begge henvender sig til ham på hans stue. Kresten føler sig ekskluderet og passiviseret, når lægen og teamet holder møde om ham uden hans deltagelse.

Krestens praktiserende læge er ellers den sundhedsprofessionelle, som Kresten har det bedste forhold til. Under lægens sygebesøg tager hun et vanskeligt emne op med Kresten, nemlig alkohol. Kresten er en livsnyder, som han siger. Han elsker sin hverdag, der gerne indbefatter en indkøbstur til byen efter avisen og lidt dagligvarer. Hjemturen har et fast ritual, hvor han kører forbi et vennepar, som han nyder et glas vin med sidst på eftermiddagen. *"Jeg elsker rødvin!"*, siger Kresten, *"det er så hyggeligt"*. Også om aftenen tager han sig et glas vin.

Kresten mener ikke, at hans fald har haft noget med alkohol at gøre. Lægen minder ham om en af de andre gange, hvor han blev indlagt efter at være faldet. På hospitalet fik han målt en meget høj alkoholpromille. Lægen forklarer Kresten, at hans hjerne er særlig følsom over for alkohol og siger, at det vil være bedst, hvis han slet ikke drikker noget. Hun vil gerne hjælpe ham med at stoppe, hvis han har brug for det. Det har Kresten ikke. Han pointerer, at han aldrig drikker spiritus, men bare elsker et glas vin og det daglige ritual med vennerne. De bliver dog enige om et mål, der begrænser alkoholindtaget til et enkelt glas vin dagligt.

Da Kresten er kommet på fode igen, og hans udskrivelse nærmer sig, glæder han sig til at komme hjem. Kresten bor i et naturskønt, kuperet område med skov og dyreliv lige uden for vinduet. Huset ligger dog ret afsides, og det bekymrer Krestens to børn og rehabiliteringsteamet, der gerne så, at han flyttede til en kommunal ældrebolig inde i den nærmeste by. Også hans læge spørger ham, om han har overvejet at flytte, da hun kommer på sygebesøg. Kresten afviser resolut, for han værdsætter sin uafhængighed og selvstændighed og det liv, han kender og trives med. Lægen forstår ham godt, men siger også, *"at man har lov at så et lille frø"*.

Netop spørgsmålet om fremtidig bolig fylder meget i udskrivelsessamtalen. I samtalen deltager Krestens rehabiliteringsteam, hans ene datter og to visitatorer fra kommunen (den ene er i oplæring). Samtalen er kendetegnet ved, at både de sundhedsprofessionelle og Krestens datter mener, at Kresten har mere behov for hjælp, end han selv synes. Kresten holder bl.a. fast i at blive boende i sit hus, men indvilliger til sidst i at vælge en plejebolig på kommunens hjemmeside sammen med datteren. På den måde kan kommunen hurtigere finde en plads til ham, hvis det skulle blive aktuelt i fremtiden.

I løbet af samtalen tilbydes Kresten også hjælp til madlavning, rengøring, tøjvask og hjemmetræning, ligesom han kan få forskellige hjælpemidler (fx badeskammel og elscooter). Han ønsker ingen af delene. Det bliver dog aftalt, at Krestens medicin bliver hældt op og bragt af apoteket, og at han får hjælp til at tage medicinen morgen og aften, indtil det kan klares med en påmindelse på hans mobiltelefon. Krestens læge vil også blive oplyst om, at han bør få en recept på proteindrik. Lægen vil i forvejen holde øje med hans vægt, da han har tabt sig 11 kilo under den seneste indlæggelse og opholdet på rehabiliteringsafdelingen.

Kommunens visitator tilbyder, at hvis Kresten ombestemmer sig og alligevel ønsker mere hjælp, så kan han kontakte hende og få hjælp til madudbringning, valg af hjemmehjælpstjeneste og hjælpemidler. Han kan også få besøg af hjemmetræner og fysioterapeut. Som afslutning siger visitatoren, der nu er tovholder på de aftaler, som Kresten kan vælge til, hvis han får brug for hjælp: *"Så må vi se, om jeg hører fra dig. Og om alt går, som det skal, så hører jeg jo nok ingenting, men du har mit kort"*. *"Jo, tak"*, svarer Kresten diplomatisk. Alle er glade for, at der



nu er etableret et slags sikkerhedsnet under Kresten, og Kresten synes, at han har sin selvstændighed og værdighed i behold. Det er lykket ham at holde fast i den bolig og hverdag, han kender. Han er ikke bekymret for at falde og nye blackouts, for selv om hans to børn bor langt væk, så har han et godt netværk omkring sig.

Da Kresten endelig skal hjem, har hans venner og naboer haft travlt. De har gjort huset klar og stablet brænde til ham, så han kan få varme nok i huset, når vinteren sætter ind. Andre har vasket tøj og sørget for rengøring. Det er også Krestens venner, der henter ham, da han forlader rehabiliteringsafdelingen efter 20 dage væk hjemmefra.

#### 4.4 Ellen

Ellen har været indlagt mange gange. Hun er faldet og har brækket armen, har haft en apopleksi og flere mindre blodpropper. Hun har også osteoporose, en skæv ryggrad og to diskusprolaps, som hun er blevet opereret for. Hendes ryg falder sammen, og hun bruger et korset, som er svært at få af og på. Under en af disse indlæggelser får hun et opiat mod smerter, som gør hende *"fuldstændig konfus og vanvittig..."* Ellen har siden manglet god smertedækning, og smerterne i ryggen tager hendes energi og bevirker, at det er svært for hende at gå. Hun forsøger alligevel at få bevæget sig. Døtrene har købt en rullestol til hende, mens hun selv har fået fat i en rollator.

Efter den seneste indlæggelse bliver hun henvist til rehabiliteringsafdelingen af sin praktiserende læge. Ellen har ikke hørt om rehabiliteringsafdelingen før og kender heller ikke til rehabilitering. Indledningsvist mistænker hun sine døtre og sin læge for at ville have hende anbragt på plejehjem. Hun tror, at henvisningen til døgnophold på rehabiliteringsafdelingen er et skridt på vejen til det. Selv om hun er 85 år og svækket, vil hun meget gerne blive i sit hjem. Først senere forstår hun, at genoptræningen netop gør dette muligt for hende.

På afdelingen har de afprøvet et nyt præparat mod Ellens smerter, som virker. For første gang i mange år bliver Ellen smertefri, og hun oplever det som intet mindre end et mirakel. Nu hvor Ellen ikke har smerter længere, kan hun træne sin gang og musklerne i ryggen. Efter tre uger kan fysioterapeuten fortælle Ellens døtre, at hun kan gå 400 meter med rollator. Hendes ryg er også blevet stærkere, og hun har smidt sit korset.

Ellen har under sit ophold trænet med vægt og kan nu løfte 17 kg. Døtrene er lidt bekymrede, da Ellen har osteoporose. Fysioterapeuten beroliger dem med, at de har bygget belastningen langsomt op og siger vittigt, at deres mor jo er en *"ordentlig bodybuilder"*. Efter intensiv træning kan Ellen også tage 150 trin på trappemaskinen imod de 5-10 trin i opstarten. Ellen er også blevet bedre til at rette ryggen. Hun siger selv, at tanken om fysioterapeutens ansigt minder hende om at rette sig op.

Ellen ender med at være begejstret for rehabiliteringsafdelingen, hvor hun fremhæver, at hun er blevet mødt med humor og opmærksomhed på hendes særlige behov. Hun føler sig lidt flov over at få så meget hjælp, når der nok er andre, der har det værre end hende.

Ellen er generelt ikke så glad for at skulle have hjælp fra kommunen. Hun opfatter sig selv som en, der kan klare sig selv, og som sætter pris på sit eget selskab. *"Jeg har altid været sådan lidt for mig selv"*, siger hun. Dog havde hun en stor omgangskreds, da hendes mand levede. Da han døde for 15 år siden, flyttede hun til et lille rækkehus, og af de gamle venner er der nu kun to tilbage.

Ellen har tidligere fået testet sit funktionsniveau og kan egentlig få mere hjælp fra kommunen, end hun fik før opholdet på rehabiliteringsafdelingen. Hun får gjort rent og skiftet sengetøj hver 14. dag af et privat firma. Hun får leveret mad fire gange om ugen, og de øvrige dage laver hun selv mad. Hendes ene datter kommer en gang om ugen og går med hende ud at handle til ugen efter. På spørgsmålet, om hun har brug for mere hjælp, smiler hun høfligt, men svarer bestemt: *"ikke tale om"*.

Det er hendes døtre ikke så glade for, for Ellen husker ikke så godt mere. Det startede, efter hun faldt for et par år siden, og hendes døtre har oplevet en gradvis tilbagegang i hendes hukommelse siden. Fysioterapeuten har også lagt mærke til det. For eksempel kommer Ellen nogle gange til at vaske hår to gange. Ellen er godt klar over, at hun er lidt glemsom, og hun bliver irriteret over, at hun *"har sværere og sværere ved at finde ordene"*, og at hun nogle gange går i stå midt i en sætning. Ellen har valgt at være åben om sin begyndende demens. Hun synes, at folk reagerer ved at være *"overvenlige"*, hvilket hun ikke sådan synes om. Ellen siger selv, at man må tage det, som livet bringer med humor, også når man bliver gammel.

Da Ellen skal udskrives, har hun det fysisk bedre. Hun er stærkere og har kun få smerter. Ved udskrivelsessamtalen er der fokus på at øge hjælpen i hjemmet, lægge en plan for fortsat træning og støtte Ellen i at huske, hvad hun skal. Ellen og døtrene er dog ikke enige om, hvad Ellen har brug for, og rehabiliteringsteamet forsøger at finde kompromiser, som tilgodeser begge parter.

Sygeplejerskeren fortæller om indkøbsmuligheder. Ellen vil helst ikke opgive den ugentlige indkøbstur, men hun indvilliger, da hun hører, at hendes datter hellere vil foretage sig noget hyggeligt, kortspil fx, fremfor at handle og ordne praktiske ting, når hun er på besøg. Ellens datter vil tjekke, hvor de finder flest af moderens foretrukne varer og give besked.

Døtrene har meget fokus på, at Ellen ikke skal kede sig, når hun kommer hjem, også selv om Ellen fastholder, at hun aldrig keder sig. Rehabiliteringsteamet og døtrene taler om, hvor meget Ellen kommer ud af huset. Hver uge går hun til gymnastik og kortspil, og sygeplejersken vil undersøge, om hun kan fortsat benytte rehabiliteringsafdelingens badebassin. Desuden skal Ellen forsætte sin træning i det lokale motionscenter. Fysioterapeuten vil udarbejde et øvelsesprogram og sende det til motionscenteret. Det er Ellen med på.

Ellens hukommelse er et vigtigt tema på mødet, og rehabiliteringsteamet har inviteret en demenskoordinator fra kommunen med. Demenskoordinatoren råder Ellen til at fokusere på at få de dagligdags ting til at fungere. Ellen og teamet bliver enige om at udarbejde nogle lister, som Ellen kan hænge op derhjemme. En liste over, hvad hun skal spise til morgenmaden, og en anden liste over tøj, mobiltelefon, høreapparat, briller, børste osv., som skal ligge på rollatoren. Døtrene spørger Ellen, om hun læser bøger og forstår, hvad hun læser. Det har Ellen ikke lyst til at svare på. Døtrene spørger i stedet teamet, om der er mulighed for at få trænet deres mors hukommelse. Ergoterapeuten vil gerne udarbejde et kognitivt træningsprogram til Ellen. Endelig bliver det aftalt, at kommunens demenskoordinator skal besøge Ellen med et par måneders mellemrum og holde øje med, hvordan hendes kognition og hukommelse udvikler sig.

Ellen får bevilliget en ekstra rollator, så hun både kan have en inde i huset og en uden for huset. Ellen siger ja til at få en faldalarm om håndledet. Særligt døtrene er lettede. Proceduren er ellers, at Ellen sender en sms til den ene datter hver morgen og hver aften. Hvis hun glemmer det, skal datteren køre hjem til hende og tjekke, om alt er ok. Med en faldalarm bliver det ikke nødvendigt. Ellen siger efterfølgende, at hun ikke vil have, at hendes børn skal bestemme

for meget. Til gengæld er hun lettet over, at hun kan blive i hjemmet. Hun føler, at hun har sin værdighed i behold.

## 4.5 Esben

Esben på 81 år har haft rygsmarter en måneds tid. Han vrider om på foden, og der går et par dage, hvor han oplever tiltagende smerter fra venstre lår. Dette skal vise sig at være starten på en stor omvæltning i Esbens liv. Som han siger, da det hele er overstået: *"Alt er blevet nyt og mindre"*

Esben bor på en lille gård med sin kone. Hun har været ude for en mislykket rygoperation for mange år siden og får derfor hjemmehjælp hver morgen, aften og nat. Esbens kone laver stadig mad til dem, men hjemmeplejen klarer rengøringen. De har to børn, der begge er bosiddende i Jylland.

Esben bliver indlagt i efteråret på regionshospitalet for at blive udredt for smerterne i benet. Der bliver konstateret et brud på den fjerde ryghvirvel og et brud øverst på lårbenet. Esben har endvidere terminal KOL, hjerteflimmer og svær osteoporose. Han skal opereres i venstre hofte og derefter i blødt korset.

Efter operationen på ortopædkirurgisk afdeling og samlet fem dages indlæggelse bliver Esben sendt hjem med særligt opsyn fra en hjemmesygeplejerske. Der går dog kun kort tid, før Esben får en lungebetændelse. Han bliver indlagt på en akutplads på rehabiliteringsafdelingen og sættes i medicinsk behandling af sin praktiserende læge. Da hans tilstand forværres, bliver Esben igen indlagt på hospitalet, denne gang på medicinsk afdeling. Efter endnu fem dage bliver han udskrevet til døgnophold på rehabiliteringsafdelingen, hvor han ender med at være i ti uger. Han aftaler med sin praktiserende læge, at han ikke vil genoplives af rehabiliteringsafdelingens personale i tilfælde af hjertestop.

I det lange forløb ændrer Esben sig dramatisk. Fra at være smilende, opvakt og klar i blikket bliver han tydeligt svækket med indfaldne kinder og rindende øjne. Han har svært at holde fokus på samtalen og falder ofte i søvn undervejs. Han forklarer, at han er træt hele tiden, men han lykkes alligevel med at sidde og se tv.

Esbens kones handicap forhindrer hende i at besøge ham. Det plejer nemlig at være Esben, der kører hende. I stedet får han besøg af et par venner. Det liver ham lidt op.

Esbens svækkelse gør det umuligt for ham at vende tilbage til gården. Det bliver besluttet, at han skal flytte ind i en af kommunens ældreboliger sammen med sin kone, og at gården skal sælges. Det samme skal de møbler, der ikke kan være i det nye hjem.

Der går 2,5 måneder fra Esben indlægges med ryg- og hoftesmerter til han udskrives fra rehabiliteringsafdelingen til hjemmet og lidt over 3 måneder, til han flytter i en mindre bolig. I forløbet har han først været udskrevet til hjemmet, så indlagt på rehabiliteringsafdelingen, haft lægebesøg på afdelingen to gange, indlagt på hospitalet igen, tilbage til rehabiliteringsafdelingen og fuldt hjem i december. I starten af januar flytter Esben og hans kone ind i en mindre kommunal bolig. Huset er sat til salg. Esben er fåmælt, ikke på grund af feber mere, men mangel på luft og udmattelse. Esben er ved godt mod i den nye bolig og i sit nye liv. *"Alt er mindre"*, som han siger. Han er dog tryk, fordi han også har sin kone med.

## 4.6 Knud Erik

Knud Erik har haft tre blodpropper og været indlagt på flere hospitaler, men han kan ikke huske så meget af det. Han kan bedst huske længere tilbage i tiden – til arbejdet i landbruget, hvor han også mødte sin kone. Hans kone døde for flere år siden, og efter den første blodprop kunne han ikke blive boende alene i det store hus på landet. Det var upraktisk i forhold til indkøb. Knud Erik overtog derfor en tidligere kærestes hus, da hun døde. Det er et rækkehus i et plan, som ekskærestens datter nu ejer. Han har et godt forhold til ”papdatteren” og hendes mand. De ringer dagligt til ham på mobilen, sludrer og hygger sig sammen. Han har også tre børn; den ene søn bor i nabokommunen og besøger ham fast en gang om ugen.

Den sidste blodprop svækkede Knud Eriks højre hånd og højre ben. Han er faldet mange gange, men uden at brække noget. Han har smerter fra hofterne, men ifølge Knud Erik synes hans læge, at ”*jeg er for gammel til nye hofter*”. Han har en kaldealarm, og plejepersonalet fra det nærliggende plejecenter kommer og hjælper ham, hvis han falder, for han kan ikke komme op alene. Han får også hjælp til at komme op og i tøjet om morgenen og i seng om aftenen. Han får bragt mad til måltiderne, får hjælp til bad og rengøring og til at tage sin hjertemedicin. Han kan selv bevæge sig forsigtigt omkring med rollator.

Det er Knud Eriks praktiserende læge, der har henvist ham til rehabiliteringsopholdet, bl.a. på opfordring fra plejecenteret. Formålet med opholdet er at genoptræne højre arm og ben, så han kan blive mere mobil og selvhjulpent.

Knud Erik taler langsomt med en blid og forsigtig stemme. Han smiler venligt og viser gerne sin stue frem. Den er lys og rummelig med eget badeværelse, håndvask og skabe. Opholdet er på 14 dage, men Knud Erik ved ikke rigtig, hvad han skal forvente sig, eller hvad han vil få ud af det. Han forklarer udglattende, at han jo er gammel – 82 år.

Trods målrettet træning lykkes det ikke at genoptræne Knud Eriks hånd og ben til mere styrke. Det kommer ikke bag på ham: ”*jeg er jo gammel*”, gentager han som forklaring. Det var nok mere plejepersonalet på hans lokale plejecenter, der havde sat deres lid til, at funktionaliteten af hans ene hånd og ben kunne forbedres, så han fx selv ville kunne smøre sig en håndmad til frokost.

Knud Erik sætter pris på sit ophold på rehabiliteringsafdelingen, men han er også glad, da han kommer hjem til rækkehuset. Han slår hånden ud for at vise, at han har alt, hvad han har brug for lige ved hånden. Der er kaffe, cerutter, fjernbetjeningen til tv’et, pc’en på sofabordet og udsigten til gadehjørnet, hvor byens liv udfolder sig. Ved indgangen til rækkehuset holder hans elscooter, og der er ikke langt til træningscenteret og det lokale plejecenter, hvor han kommer ugentligt for at deltage i sociale aktiviteter og udflugter. Når han mindes sine egne forældres barske alderdom på en gård i Nordjylland, siger han:

*Tingene var hårde dengang, og jeg har det nemt nu... Jeg har et godt liv... Jeg vågner bare hver morgen, åbner øjnene, og så er der en ny dag. Jeg tager tingene, som de kommer, gør som jeg har lyst til.*

Knud Erik værdsætter den hjælp han får – både fra kommunen og fra ”papdatteren” og hendes mand. Han bekymrer sig ikke for sit helbred. Han forklarer, at lægen giver ham noget medicin for hjertet, så han ikke får blodpropper mere. Indlæggelser på hospitalet tænker han slet ikke på. Han vil hellere holde fokus på at glædes ved tilværelsen.

## 4.7 Sigrid

Sigrid er 86 år, og hendes forløb starter med akutte mavesmerter. Hun tilkalder vagtlægen, som får hende sendt med ambulance til hospitalet. Hun bliver indlagt med tarmslyng på fysiologisk afdeling. Dagen efter bliver hun opereret for tarmkræft. Sigrid er i alt indlagt på hospitalet i ti dage. Hun får besøg af kommunens koordinator tre dage før udskrivelsen og kommer efterfølgende direkte på genoptræningsophold i kommunens rehabiliteringsafdeling. Sigrid har været glad for sit forløb:

*Jeg har kun hørt negative ting [om sundhedsvæsenet, red.]. Alle syntes, det var frygteligt. Det passer ikke med mine erfaringer.*

Hun fortsætter:

*Men det kunne have endt rigtig dumt, hvis jeg bare havde sagt 'ja og tak og ingenting'. Jeg er ikke bange for at sige ting, for jeg vidste med mig selv, hvor meget jeg kunne klare. Jeg kunne faktisk ingenting.*

Sigrid referer i citatet ovenfor til udskrivelsen fra hospitalet, hvor kommunens koordinator først foreslår, at hun skal udskrives til pleje og genoptræning i eget hjem. Det vil Sigrid ikke, for hun føler sig alt for svag:

*... jeg har aldrig prøvet at være syg eller afhængig af nogen, så da de sagde, at jeg skulle hjem – nej, det går aldrig. Det kan jeg altså ikke overskue, og så tænkte jeg: det må da være mig, der er noget i vejen med, for de andre tre på stuen, de sad og skreg på, at de gerne ville hjem. Men nej, det kunne jeg altså ikke, fordi jeg vidste, at jeg skulle have min varme mad hver dag, og jeg kunne jo hverken høre eller se eller tænke på at tage nogle boller ud [af fryseren, red.]. Så fandt de en akutplads til mig, og det reddede mig. Det gjorde det altså. Og de var simpelthen så søde, det var de.*

Det er kommunens koordinator på hospitalet, der gør hende opmærksom på rehabiliteringsafdelingen, men hun fortæller også Sigrid, at der er ventetid på en plads, så hun alligevel må hjem først. Det vil Sigrid ikke, for som hun siger:

*Når først jeg har været hjemme og kommet lidt til kræfter, så skal jeg andre ting. Jeg skal sørme ikke ud og passes. Det skal være her-og-nu, mens jeg trænger til det.*

Sigrid har ingen familie, men hun har en veninde, der kan flytte ind i en periode, hvis Sigrid er nødt til at komme hjem. Det er hun dog ikke interesseret i, for det passer ikke ind i, hvordan hun og veninden ellers er sammen. Sigrid foreslår selv, at hun kan komme på et midlertidigt ophold på et patienthotel eller et privat plejecenter i nabokommunen, som hun har hørt om fra sin tidligere chef. Hun er dog heldig, for der bliver plads på rehabiliteringsafdelingen, inden hun bliver udskrevet.

Rehabiliteringsafdelingen bliver hendes redning, som hun siger. I træningen er der fokus på hverdagsaktiviteter, så hun igen kan klare sig selv derhjemme. Sigrid gør i det hele taget en stor indsats for at komme på fode igen. For eksempel deltager hun aktivt i morgenmaden:

*Og om morgenen så kunne jeg selv gå ud og koge et æg ude i køkkenet. Så kunne jeg koge to eller tre ekstra afhængig af, hvor mange der lige skulle have. Vi spiste jo sammen ude i køkkenet. Det var rigtig dejligt. Det var faktisk som at gå hjem i sit eget køkken, for man får lov at deltage. Der var kun to [medarbejdere, red.] om morgenen, og de havde travlt med at få dem i kørestol op at sidde, men de skulle også samtidig servicere i køkkenet. Så tænkte jeg, at jeg kunne da i hvert fald sætte tallerkener, kopper og knive på... Så følte man jo også, at man kunne lidt, så man ikke bare sad der og ventede på, at brødet kom. For man vidste jo godt, at når man kom hjem, så var der ingen service.*

Sigrid er stærkt motiveret, og træningen falder hende let. Hun laver lette øvelser for mave-musklerne, men må vente med rigtig styrketræning med belastning pga. operationssåret. Det er vokset pænt sammen, men hun skal stadig være forsigtig på grund af det "indvortes", som hun siger. Sigrid gik også i træningscenter før operationen, og trods sin høje alder har hun aldrig haft brug for hjælpemidler.

Sigrid er i det hele taget en aktiv dame. Hun er meget social og har en stor omgangskreds. Hendes bryllupsdag er kommet med blomster, og hun får mange besøg, mens hun er på rehabiliteringsafdelingen. Hendes venner er kommet rejsende, har indkvarteret sig på hotel og besøgt hende både samme dag og dagen efter, før de kørte hjem. Sigrid fortæller:

*De ringer hver dag, morgen og aften, så det er gode venner. Det betyder rigtig meget, selvfølgelig gør det det.*

Da Sigrid kommer hjem til sit lille rækkehus, får hun hjælp af hjemmeplejen til støvsugning og gulvvask. Hun lægger selv sengetøj på og mærker sine begrænsede kræfter, for det gør hende så træt, at hun må sove bagefter. Hun regner dog med, at hun på sigt selv vil kunne klare det hele igen.

Sigrid får tilbud om at fortsætte sin træning ambulat på rehabiliteringsafdelingen, men hun synes, det er for langt at køre. I stedet kan hun få en henvisning til en lokal fysioterapeut af sin praktiserende læge og starte i det lokale fitnesscenter, hvor hun også trænede før operationen. Hendes mål er igen at kunne styrketræne tre gange om ugen og også gerne tage på, så hun kan passe sit tøj igen. Da operationen har forkortet hendes tarm, er hun dog ikke sikker på, at hun kan genvinde de 8 kg., som hun har tabt.

Sigrid mener selv, at hun er godt på vej tilbage til det liv, hun havde, før hun blev syg. Den eneste hindring er hendes utålmodighed, som hun selv siger, men hun er glad: "*Det går til levesiden*".

## 4.8 Per

Per er en høj og stærk mand på 74 år. Han kæmper for at genvinde fodfæstet i mere end en betydning. Han har oplevet flere fald og derpå følgende indlæggelser, operationer, udskrivelse til eget hjem og genindlæggelser. Det hele starter med en ulykke. Han falder bagover på vej op ad trappen til sit soveværelse. Faldet gør alvorlig skade på hans mave, og Per bliver hentet i ambulance, indlagt og opereret. Han får en stomi og er stadig sengeliggende, da han bliver udskrevet fra hospitalet til fuld pleje i eget hjem. Han har det ikke godt efter hjemkomsten. Han mister modet, har feber og taber sig. Han falder igen ned ad trappen fra 1.sal. Denne gang "*er jeg fuldstændig væk*", fortæller han. Første gang når han at afbøde faldet noget, men anden

gang falder han helt. Han slår hovedet ind i væggen under faldet og bliver kortvarigt bevidstløs. Da han vågner, lykkes det ham at ringe efter hjælp på sin mobiltelefon.

Per har ikke været glad for sit forløb. Da Per skal udskrives fra hospitalet første gang, beder han om at få et ophold på rehabiliteringsafdelingen. Han kender den fra et ophold to år tidligere, hvor han skulle genoptræne sit knæ efter en operation. På dette tidspunkt har afdelingen dog ikke plads, og da Per har en søn, som kommunen mener kan hjælpe ham, bliver han udskrevet til eget hjem.

Per oplever, at der intet er planlagt omkring hans hjemkomst. Han fortæller:

*Jeg sad på min dørtrappe og ventede på, at nogle vil lukke mig ind. Hjælp fik jeg fandeme heller ikke meget af til at begynde med. Så da dehydrerede jeg enormt meget! Jeg lå bare. Her var der ingen, der tilså mig. Jeg fik ingen varm mad ... Ja, så kan det sgu være lige meget.*

Per mister modet efter hjemkomsten, men fortæller ikke sin søn om sine problemer. På dette tidspunkt er sønnen nemlig kommet godt i gang med en læreplads og har fået en kæreste, og det er vigtigere end at passe sin gamle far, synes Per. Og han har ingen anden familie, der kan træde til. Han ansøger vedvarende kommunen om at komme på rehabiliteringsafdelingen, men får ikke en plads. Han er generelt chokeret over manglen på organisering af overgangen fra hospital til hjem. Han sammenligner sine egne oplevelser som patient med sit arbejde:

*Jeg har arbejdet med sårbare børn og psykiatriske patienter, siden jeg afsluttede min uddannelse i socialpædagogik i 70'erne. Vi vil aldrig sende børn eller nogen andre hjem på den måde. De har brug for, at nogen tager imod dem og skaber dem en tryk overgang.*

Endelig får han besøg af en hjemmesygeplejerske, som tjekker hans urin. Per har store smerter, og prøven viser, at han har tarmbakterier i bughulen. Han bliver indlagt og efter endt medicinsk behandling udskrives han igen til eget hjem. Ved hjemkomst har han stadig svært ved at holde sig oprejst. Det er på dette tidspunkt, at han falder igen. I løbet af de næste seks måneder bliver han indlagt flere gange. Han er sengeliggende det meste af tiden og føler, at han bliver svagere og svagere.

*Jeg har ikke været ret meget ude af køjen. Og det er også derfor, jeg er så angst... altså jeg var så angst for at komme op og gå, fordi jeg faldt bare sammen. Og det var det, de [rehabiliteringsafdelingen, red.] skulle træne mig op i. Det havde jeg jo sat'ne søgt om mange gange.*

Under sin sidste indlæggelse plages han af mareridt og hallucinationer. En nat slår det klik for ham. Han vil væk fra hospitalet, sygesengen, slangerne i armen, kraftsløsheden. Han trækker droppet i armen ud, kommer ud ad døren til gangen, hvorefter han falder om. Det næste, han husker, er at vågne op i sengen igen. Han ved ikke, hvor han er. Der er blod på sengetøjet og hans arm. Nattevagten må have fundet ham på gangen. Han væmmes, når han tænker tilbage på den nat. Efter denne indlæggelse kommer Per på venteliste til rehabiliteringsafdelingen.

Da Per endelig kommer til rehabiliteringsafdelingen, venter der en stor opgave. Sammen med rehabiliteringsteamet sætter han en række konkrete mål:

1. At holde hovedet uden at blive træt
2. At gå selv uden rollator
3. Selv at kunne skifte stomipose
4. At styrke hænderne, så han ikke taber ting og selv kan lave mad
5. At få redskaber til at huske bedre og holde styr på aftaler
6. At spise uden at få kvalme, inkl. at kunne drikke kaffe igen.

Pers genoptræning lykkes over hans egen forventning. Han træner i fire uger med sit team og oplever, at han genvinder sine kræfter. Træningen beskriver han som struktureret og hård på en konstruktiv måde:

*De pressede enormt meget på, at jeg skulle træne om formiddagen og eftermiddagen. Det var overkroppen om formiddagen og benene og armene om eftermiddagen.*

Han har trænet sine hænder med ergoterapeuten, og sygeplejersken har hjulpet ham med selv at skifte stomiposen. Han er dog udfordret af, at han ikke kan se stomi-åbningen på sin mave. Med instruktioner fra sygeplejersken og et spejl til hjælp lykkes det alligevel for ham. Det vil betyde, at han dagligt ikke skal sidde og vente på hjemmesygeplejersken, og på sigt vil han måske også kunne tage ud i sin hytte i skoven. At kunne overnatte i hytten er hans nye mål for fremtiden og motivation til at lære at skifte stomiposen selv.

Med ugerne øges hans styrke og energi, og hans fremtoning forandrer sig i samme takt. Fra at være tung og sammenfalden med et mistroisk udtryk, fremstår han nu mere glad og tillidsfuld. Ved slutningen af opholdet går han rank og med god fart på afdelingens gange på 1. sal. Dog kun til trappen. Den skal han: *"ikke nyde godt af at gå ned af"*.

Forud for sine fald på trappen har Per en anden traumatisk oplevelse tre år tidligere, der også involverer trapper i skæbnsvanger forstand. Han havde lovet at holde øje med sin ekskone, der er sønnens mor, mens sønnen var udenbys. Efter sønnens hjemkomst opsøger de hende. Per lader sig overhale af sønnen på vej op ad trappen til hendes soveværelse på 1. sal. Sønnen råber ned til ham på trappen, at moren er død. Per fortæller om sin families historie i lyset af sit møde med en operationssygeplejerske fra hospitalet. Hun giver ham uventet støtte, da hun opsøger ham på rehabiliteringsafdelingen. Operationssygeplejersken var vidne til hans forsøg på at flygte fra hospitalet den nat. Hun forklarer Per, at han har fået et psykisk chok. Begrebet 'psykisk chok' giver mening for Per. De fortsætter deres samtaler og kontakt, også efter Per er kommet hjem. Samtalerne hjælper ham til at komme videre, også i forhold til sin søn.

Ved udskrivelsen fra rehabiliteringsafdelingen er Per ved godt mod og har fået lyst til at komme hjem igen. Han er dog fortsat bange for at falde og får sat en hospitalsseng op i stuen, så han undgår trappen til første sal. Han har ikke en faldalarm, men har i stedet etableret sit eget sikkerhedsnetværk af gode venner, der holder øje med ham og kan komme ham til hjælp, hvis han falder. Derfor har han altid sin mobiltelefon på sig.

Hjemmeplejen kommer forbi Per om natten, og derfor er låsen i hans hoveddør efter hans første udskrivelse og i starten af hans forløb blevet ændret til en elektronisk løsning. Det er Per ikke glad for. Han oplever det ikke som betryggende, men som grænseoverskridende. Ved udskrivelsen fra rehabiliteringsafdelingen lover kommunens visitator, at der ikke længere skal være tilsyn om natten, og at låsen vil blive ændret. Alligevel oplever Per efter hjemkomsten at blive vækket tre nætter i træk af hjemmeplejere, der skal se til ham. Han har et godt forhold til det sundhedspersonale, der kommer, men der er ifølge Per *"ikke styr på ret meget"*.



Til gengæld glæder han sig over, at sønnen og hans kæreste som regel besøger ham en gang om ugen. Per er varsom med at trække på sønnens ressourcer på grund af historien med moren. Alligevel er det blevet aftalt med visitator, at sønnen skal hjælpe Per med at sikre hans hjem. Sammen skal de sætte håndtag op ved alle døre og trapper, så han ikke så nemt falder igen. Sønnen hjælper ham også med støvsugning, sengetøj og praktiske gøremål.

Per kan stadig være usikker på benene, og han har smerter i anklerne, når han går. Han får 45 minutters hjælp hver 14. dag til rengøring og handler selv ind og laver mad. Der skal ikke så meget til at bringe ham ud af balance og gøre ham træt. Sidst faldt han, da han var på vej efter indkøb og måtte hjælpes op af en forbipasserende. Per overvejer også at sælge sin bolig og flytte til en etplans-bolig helt uden trapper. Det vil tiden vise. Det har været et langt forløb, men Per har fået mod på livet igen. Han siger: *"Jeg skal simpelthen klare mig selv. Og det er også godt nok.... Jeg har det godt herhjemme nu"*.

## 4.9 Edith

Edith er blevet udskrevet fra hospitalet til kommunens rehabiliteringsafdeling efter operation i forbindelse med et brud på begge hofter og lårben. Edith er 86 år og har knogleskørhed, og bruddene heler langsomt. Desuden har hun sukkersyge, forhøjet blodtryk, hjerteflimmer og vejrtrækningsproblemer. Hun er hjemme og venter på, at hendes knogler er vokset tilstrækkeligt sammen til, at hun kan starte genoptræning på rehabiliteringsafdelingen. Hun er også faldet efter operationen og har fået at vide, at hun ikke skal regne med at komme til at gå rigtig godt igen.

Edith sidder i sin kørestol fra kl. 14 til ca. 22.30, hvor hun med en lift bliver hjulpet over i den hospitalsseng, der er placeret i stuen. Hun synes, at det er lang tid at sidde. Det gør ondt i ryggen, og hun kunne godt tænke sig et hvil indimellem. Hun må slet ikke støtte på benene, både pga. operationen og fordi hendes ryg er faldet sammen efter to diskusprolaps. Hun kan ikke gøre andet end at blive siddende og vente på, at knoglerne gror sammen.

Edith ønsker meget at blive glad igen og få nogle gode år, men hun er bange hele tiden, fortæller hun. Hun ryster, og øjnene løber i vand. Hendes omgivelser forstår hende ikke rigtig, synes hun, og der er heller ikke så mange tilbage. Hun har to søde døtre, men de forstår ikke, hvorfor hun er angst. De besøger hende cirka en gang om ugen. Hendes søn plejede at komme hver dag, men han er selv blevet sengeliggende efter en ulykke. Hendes naboer er faldet fra. De ansatte i hjemmeplejen er dem, hun ser mest. De kommer syv gange i døgnet. *"De er søde"*, men der er *"ingen kommunikation"* og *"det er ud og ind"*. Alligevel ringer hun tit til dem om natten, når hun bliver bange.

Udover at vente på genoptræning venter Edith også på svar på en ansøgning om ældrebolig. Det trækker ud, fordi kommunen undersøger, om udgiften skal dækkes af den kommune, hvor Edith var bosiddende indtil for syv år siden. Også dette spørgsmål er uafklaret, og Edith synes, at hun venter og venter.

Efter en måned kommer Edith endelig til rehabiliteringsafdelingen, og genoptræningen starter. På stuen kan hun med hjælp komme fra sengen til kørestolen og også ud på badeværelset, hvor hun kommer på toilettet. Hun finder det stadig svært at være glad og tale med de andre i den fælles opholdsstue, men hun kan godt lide trygheden ved, at der er mennesker omkring hende, særligt at sygeplejersken kigger ind til hende om natten.

Til målsamtalen efter den første uge aftaler hun med sit rehabiliteringsteam følgende mål for genoptræningen:

1. At kunne besøge sin familie
2. At tage tøj på selv
3. At foretage intim hygiejne
4. At få en bedre balance, så hun ikke er angst for at falde
5. At få fjernet katederet og selv kunne gå på toilettet om natten.

Edith er meget motiveret for at træne. Desværre viser det sig under målsamtalen, at Edith slet ikke må støtte på sine ben de første tre måneder efter operationen. Det er svigerdatteren, der afslører beskeden fra hospitalslægen. Det er således en fejl, at Edith er startet på afdelingen allerede efter fire uger og har været oppe og støtte på benet. Rehabiliteringsteamet har ikke været bekendt med denne information, da de ikke har adgang til epikrisen, men kun til den genoptræningsplan, som er blevet udarbejdet for Edith. Medarbejderne i rehabiliteringsteamet bliver forskrækkede og indberetter det som en utilsigtet hændelse.

Edith skal hjemsendes i de to måneder, der stadig skal gå, inden genoptræningen kan starte. Hun er meget ked af det og vil helst blive. *"Det er et slag"*, siger hun. Edith synes, at det er tryggere at blive på afdelingen og risikere endnu et knoglebrud fra genoptræningen end at vende tilbage til at sidde alene hjemme med den angst, hun oplever. Rehabiliteringsteamet og hendes egen læge forstår ikke, hvor slemt hun synes, det er, siger hun. Hun prøver at få dem til at lytte, men samtidig er hun bange for, at personalet skal blive vrede på hende. Hun henvender sig tit og oplever ikke altid, at der er tid til hende. Edith ønsker sig nogle gode år, hvor hun slipper for at være angst og kan være glad. Hun er troende, men har ikke talt med nogen præst.

Edith bliver kørt til røntgenundersøgelse på hospitalet for at sikre sig, at hofterne ikke har taget skade af den for tidligt påbegyndte genoptræning. Det har de ikke, og hun køres hjem for at vente de resterende uger. Hun dør, inden hun kommer tilbage til rehabiliteringsafdelingen.

## 4.10 Grethe

Grethe er 83 år og bor i en mindre landsby med sin mand Axel. Axel er et par år ældre, men mere aktiv og mobil end Grethe. Grethe bevæger sig med besvær og helst kun ved hjælp af et gangstativ, en rollator eller med assistance fra en hjælper fra kommunens hjemmepleje. Hun har nemlig tendens til at falde og kan ikke selv komme op. Heller ikke Axel kan få hende op. Da hun falder på badeværelset, ringer Axel efter deres svigersøn. Han får løftet Grethe op, men de kan se, at der er noget helt galt. Grethe bløder fra et sår i hovedet, og den ene ben ser forkert ud.

Grethe fortæller: *"Jeg ved ikke lige, hvad der skete. De sidste fem år, dér har jeg gået og faldet. Lige pludselig så lå jeg der!"*

Grethe bliver indlagt og opereret for lårbensbrud. Efter fem dage på hospitalet bliver hun overført til kommunens rehabiliteringsafdeling. Hun skulle egentlig have ventet hjemme på en ledig

genoptræningsplads, men hendes døtre insisterer på, at hun får en aflastningsplads i ventetiden<sup>11</sup>. De er ikke forberedte på hendes hjemkomst, og Axel er blevet syg og indlagt med lungebetændelse. Derfor kan han heller ikke passe hende.

Efter 10 dage på aflastningspladsen kan Grethe endelig komme i gang med sin genoptræning. Hun forsætter derfor opholdet på samme stue, men nu som en genoptræningsplads. Hun sætter sine mål i samarbejde med sit rehabiliteringsteam:

1. At blive i stand til at gå med rollator frem for gangstativ
2. At klæde sig selv på foroven
3. Selv at kunne bruge bækkenstol om natten og/eller tage ble på.

Teamet vil samtidig arbejde på at regulere Grethes smertemedicin bedre for at se, om hun kan blive mere klar og nærværende.

Grethe har mange smerter, og teamet skriver på tavlen over indlagte borgere på sygeplejerskekontoret, at Grethe er svær at mobilisere. Grethe har en række andre helbredsproblemer, som gør, at hun føler sig svækket. Hun har forhøjet blodtryk, hjertekramper, osteoporose og diabetes. Grethe er allergisk over for opiatier og nogle typer af plaster. På hospitalet gjorde hendes to døtre en stor indsats for at sikre sig, at allergierne blev registreret, for at Grethe ikke skulle få forkert medicin ved en fejl. De har også orienteret rehabiliteringsafdelingen om deres mors allergi.

Grethe er desuden lige blevet udredt for vaskulær demens og Alzheimer og er startet i medicinsk behandling. Grethe håber at kunne forsinke udviklingen af demens med den daglige medicin. Det bliver dog klart under opholdet i rehabiliteringsafdelingen, at Grethes hukommelse hurtigt bliver dårligere. Det lægger både Axel og hendes døtre mærke til. Dog hjælper reguleringen af Gretes smertebehandling, således at hun bliver mindre træt og omtåget og mere nærværende.

Sygdom har fyldt meget i Grethe og Axels liv de seneste år. De har begge hjerteproblemer og gentagne lungebetændelser. De har flyttet deres soveværelse på 1. sal ned i stuen, der ligger mere centralt i forhold til køkken og toilet. Grethe har fået en plejeseng fra kommunen, mens Axel har beholdt sin gamle seng. Sengene står op ad hver deres væg i stuen, så der er plads til den lænestol og det sofabord, som Grethe gerne sidder ved. Grethe beder hjemmehjælpen om at betække sengene med ens sengetøj, så de "passer sammen". Man må gerne kunne se, at de er ægtefolk, selvom sengene står adskilt, som hun siger.

Grethe får hjælp af hjemmeplejen seks gange om dagen bl.a. til påklædning, til at komme på toilet og komme i seng om aftenen. Hun får også hjælp til bad og dosering af medicin. Indtil videre har hun selv stået for en del af de praktiske opgaver i hjemmet, selv om hun ikke er så sikker på benene længere. Hun fortæller, at lige siden Axel og hun blev gift, har aftalen været, at han tager sig af maden, mens hun tager sig af rengøring og tøjvask. Nu får de hjælp til rengøring af kommunen, og deres ene datter har overtaget tøjvasken. Datteren hjælper også Axel med de ugentlige indkøb. Grethe har stadig et skarpt blik for husholdningen, og hvis hjælperen fra hjemmeplejen ikke har været grundig nok, får Axel til opgave at gå det efter. Det bekymrer datteren, som ikke synes, at Axel skal bebyrdes mere end højst nødvendigt.

---

<sup>11</sup> Rehabiliteringsafdelingen sonderer mellem forskellige døgnpladser, jf. kapitel 3. Disse har også forskellige visitationskriterier, hvilke Grethes døtre er bekendt med, da de har arbejdet i kommunens hjemmepleje. Aflastningspladsen er således tænkt til at aflaste Grethes mand, da han også er syg.

Grethe og Axels fire voksne børn, to sønner og to døtre, er i det hele taget aktivt involveret i deres behandlingsforløb. De gør, hvad de kan for at sikre forældrene den rette behandling og pleje. De insisterer på et helhedsperspektiv på forældrene – at de bliver set som et par med fælles tilværelse og husholdning. Særligt de to døtre, der begge arbejder i plejesektoren, bruger deres faglige viden til at påvirke rammerne omkring deres forældre. De har særligt fokus på at sørge for aflastning til Axel, der har måttet overtage flere opgaver fra Grethe, også selv om han har kronisk lunge- og hjerte-kar-sygdom.

Grethe er stolt af sine døtre og roser deres bidrag til hendes behandlingsforløb. De har deltaget i møder på både hospitalet og rehabiliteringsafdelingen. De har udarbejdet en personlig vandrejournal for deres mor, hvor de noterer møder, beslutninger og kontaktpersoner. Deres strategi på forældrenes vegne er at få mest mulig hjælp fra kommunen, fordi – som de udtrykker det – *”det er lettere at sige den fra”* på et senere tidspunkt.

Da Grethes ophold på genoptræningsafdelingen lakker mod enden, er Grethe lykkes med sine mål, og hun er blevet mere selvhjulpnen. Grethe gentager flere gange, at hun er tilfreds med sit ophold på afdelingen, og at hun har lært meget af genoptræningen.

Da Grethe kommer hjem, er der blevet bestilt mad via den kommunale madordning. Desværre går der rod i bestillingen, og da hjemmeplejen ikke må varme mad på komfuret men kun i mikroovnen, ender det med, at Axel igen står for frokosten. Det giver mere variation, men det er hårdt arbejde for ham.

Grethe fortsætter med sin træning ambulantly på rehabiliteringsafdelingen to gange om ugen. Målet er nu at hjælpe Grethe til at klare trappetrinene og stige ind og ud af en bil, så hun bedre kan komme ud af huset. Grethe får også tilbudt hjemmetræning med kommunens team, der består af en fysioterapeut og en sygeplejerske. De skal træne hendes mobilitet i hjemmet og afklare, om der evt. skal bevilges en rampe. Grethe har fået forskellige hjælpemidler med hjem, bl.a. kørestol, natbord, plejeseng osv. Familien har selv investeret i to rollatorer, en til indendørs brug og en, der står klar, når Grethe skal udenfor.

Både Grethe og Axel giver udtryk for at være trygge trods deres svækkede helbred. De oplever, at der bliver skabt gode rammer og forløb for dem, og at de har et godt sikkerhedsnet med deres aktive døtre.

## 4.11 Hans Peter

Hans Peter på 79 år har haft et langt behandlingsforløb. Han har fået udskiftet en 14 år gammel knæprotese. Efter operationen bløder såret meget, og det heler ikke. Hans Peter går til ambulantly kontrol på hospitalet hver anden dag. Årsagen er en infektion med stafylokokker, og en måned efter bliver det besluttet, at han skal genopereres. Efter denne operationen bliver såret tilset og renses af en hjemmesygeplejerske hver anden dag. Denne behandling opgives efter 5 måneder, fordi *”de gule sataner”*, som han kalder dem, har spredt sig, hvorfor protesen nu udskiftes en tredje gang, og benet gøres midlertidigt stift. Heldigvis går operationen godt. På dette tidspunkt ved man ikke, om benet vil forblive stift, eller om det skal amputeres.

Benet skal optrænes gradvist, men først når knæet er helet så meget, at det kan belastes med mere end 30 kilo. Derfor sidder Hans Peter i kørestol. Han er ikke interesseret i at komme hjem, før han kan bøje benet og gå på trapper igen. Han vil gerne direkte på kommunens rehabiliteringsafdeling, for der har han været før. Han får dog først tilbudt hjælp til pleje i eget

hjem og enten hjemmetræning eller ambulat træning, men da hans hus har mange trapper, skal der installeres en seng og et tørkloset i hans køkken-alrum. Det finder Hans Peter ydmygende. Han taler sin sag med lægen på hospitalet og får overbevist ham om, at rehabiliteringsafdelingen er det eneste sted, hvor han vil kunne genoptræne sit ben under trygge forhold. Lægen indvilliger i at henvise ham direkte til rehabiliteringsafdelingen pga. af det usædvanlige forløb. Der er ventetid, men det er i orden med Hans Peter. Han er tilfreds med at få sit ønske opfyldt.

Imens han venter på en plads, bor han hos den ene af sine to sønner. I sønnens villa er der plads til at bevæge sig rundt i kørestol. Han har en skraldespand til at hvile benet på. Han synes selv, at han får noget godt ud af besøget. Han sender sjove selfier til sin søn og sit barnebarn, når de er på arbejde og i skole, og forsøger at underholde sig selv så godt som muligt.

Hans Peters ophold på rehabiliteringsafdelingen varer kun to uger, selv om han fik bevilget tre. Han træner målrettet og intensivt og opnår sine mål på kort tid. Han mener selv, at de gode resultater skyldes hans optimistiske tilgang til livet:

*Livet er skønt, hvis du selv vil, og viljen den har vi vel alle sammen. At kunne det er jo at ville.*

Hans Peter er uddannet ingeniør og har hele livet beskæftiget sig med iværksætter og virksomhedsudvikling. Han har stadig gang i forskellige tekniske projekter, som han styrer fra sin bærbare computer. Hans samarbejdspartnere kommer til forretningsmøder på stuen, siger han og griner. Hans Peter er i det hele taget energisk og aktiv.

Da han skal udskrives fra rehabiliteringsafdelingen, evaluerer han sit ophold i et brev til afdelingens ledelse. Han er begejstret for sit forløb og den hjælp, behandling og omsorg, han har fået. I brevet konkluderer han, at kommunen med rehabiliteringsafdelingen har skabt et tilbud til borgene, der kan måle sig med Vejlefyord og Region Hovstadens Montebello i Spanien omend mindre luksuriøst.

Da han kommer hjem, er det på krykker og uden kørestol. Han klarer sig selv bortset fra hjælp morgen og aften fra hjemmeplejen til at tage støttestrømper på. Hans Peter ser lyst på tilværelsen:

*Ja, og fra i morgen eller overmorgen så går jeg uden krykker. Det er lige ved, at det er ligesom fugleungen, du ved, der flyver ud af reden. Det er lækkert.*

Hans Peter er vant til at klare sig selv. Siden hans kone døde to år tidligere, har han klaret husholdningen samtidig med to bestyrelsesposter og en ansættelse som seniordirektør, hvor han med sin erfaring bistår den nye direktør.

Hans Peter har tænkt meget over, hvad der skal til, for at han kan blive helt selvstående igen. Man skal have vilje for at lykkes med genoptræningen, siger han, men viljen er ikke altid nok. Det gælder også om at indstille sig på, hvad der er realistisk i genoptræningen og i forventningerne til fremtiden. Hans Peter synes, at hans genoptræningsteam styrkede hans selvindsigt og evne til at træffe de rigtige beslutninger.

Det vil han tage med sig videre i livet, så han bedre kan få sine kræfter og sin tilværelse til at passe sammen. Om sit hjem siger han:

*Jeg får aldrig et bedre hus. Det er et meget spændende hus. Der er otte værelser. Jeg kan det hele, og den dag, jeg ikke kan det, så skal jeg jo et andet sted hen. Jeg dør selvfølgelig, skidt med det... men før det sætter jeg huset til salg og flytter ned til havnen.*

Hans Peter roser sig selv for at være pragmatisk og optimistisk. Han ser stadig frem til det, som livet vil byde på.

## 4.12 Finn

Finn er 72 år og har været i løbende kontakt med sundhedsvæsenet igennem 20 år. Det startede med forkalkede blodårer i benet, som først blev erstattet med kunstige årer og siden med transplantation af hans egne årer, fordi han ikke tålte de kunstige. Efter den sidste operation fik han at vide, at der ikke var mere at gøre, og det meste af benet skulle fjernes. Finn har type 2-diabetes og 'vindueskiggersyndrom', dvs. åreforsnævring i benene.

Efter amputationen vil lægen udskrive ham til eget hjem, hvilket Finn er stærkt imod. Det føler han sig ikke klar til, og han synes heller ikke, at hans bolig er egnet til at flytte hjem i, så længe han skal bruge kørestol. Han protesterer over for den udskrivende læge, og efter en mindre konflikt bliver han udskrevet til genoptræning på rehabiliteringsafdelingen. Her får han en kørestol og benprotese, som han skal lære at gå med. Hans mål er i første omgang at lære at danse vals med protesen. Det går dog ikke helt, som Finn ønsker sig, og han ender med at blive på afdelingen i over to måneder.

Det er særligt på grund af badeforholdene i Finn gamle hus, at det er uoverskueligt for Finn at blive udskrevet til hjemmet direkte fra hospitalet. Hans badeværelse har ikke plads til, at en kørestol kan køre ind, og der er kun et badekar og ingen bruseniche. Fysioterapeuten på rehabiliteringsafdelingen finder dog en løsning, så han alligevel kan komme til at bade. Finn øver sig i at komme fra kørestolen og ind på det smalle badeværelse med et særligt gangstativ, men ved sit første besøg hjemme falder han alligevel. Såret fra amputationen bryder op, og Finn må igen på hospitalet.

Efter operationen kommer Finn tilbage på rehabiliteringsafdelingen. Hans mål med genoptræningen er ikke længere at danse vals, men at kunne campere igen, så han kan komme på fisketur. Hans mål er også at genfinde sit gode humør, for efter faldet på badeværelset "*blev det helt galt med nerverne*", fortæller han. Finn fik, hvad han selv kalder for et nervesammenbrud.

Faldet på badeværelset var dråben, der fik bægeret til at flyde over. Finns kone var død samme år, han havde mistet sit ben, og han var også rystet efter konflikten med lægen på hospitalet. Han græder og magter ikke fremtiden. Sygeplejersken på rehabiliteringsafdelingen anbefaler ham en psykolog, men det er for dyrt for ham. I stedet får han antidepressiv medicin fra sin praktiserende læge, og langsomt får han det bedre. På hospitalet sagde lægesekretæren, der plejede at booke hans aftaler, så han kunne nå sine forskellige kontroller på samme dag, at "*det er i orden at græde, så det kommer ud*". Det råd har han taget til sig, og i stedet for psykologsamtaler bliver det DR-serien *En ny begyndelse*, som giver Finn et nyt blik på tilværelsen og hjælper ham igennem den svære tid. Hovedpersonen går grueligt meget ondt igennem, før alt bliver godt igen. Det identificerer Finn sig med. Som et fast ugentligt ritual ruller han ind foran skærmen for at se *En ny begyndelse* med en køkkenrulle ved hånden til at tørre sine tårer bort med.

Mens han er på rehabiliteringsafdelingen, får han tilbud om en handicapbolig, som han senere flytter over i, da han får solgt sit hus. Boligen er i et plan, har ingen trin og brede dørkarme, som giver plads til hans rullestol. Der er et skur med plads til Finns lystfiskerudstyr og hans crosser. Han har kasseret sine waders, for efter amputationen er det crosseren, der skal køre ham tæt nok på havet til at kaste fiskelinen ud.

Det nye hus er fuldt af møbler, som hans døtre har købt på internettet. Finn har tre børn, børnebørn og oldebørn. Hans børn bor i nærheden, men har ikke mulighed for at hjælpe ham lige meget pga. arbejde og børn. Siden amputationen bruger han meget tid med sin ene datter, som tit kører ham, når han har ærinder. Det skaber noget jalousi i søskendeflokken, siger Finn, så han vil gerne blive mobil nok til selv at kunne køre på besøg. Det vil være muligt, hvis kommunen vil hjælpe ham til at købe en handicapvenlig bil.

I det hele taget er Finn blevet mere afhængig af kontakten til kommunen, bl.a. i forhold til tilde-  
ling af handicapbolig og et handicapvenligt køretøj. Han får også hjælp til rengøring. Han synes dog, at både lovgivningen og kommunikationen med kommunen er svær at gennemskue. Han havde forventet at få en fast sagsbehandler, men oplever at blive henvist til forskellige visitatorer afhængig af, hvad emnet er. Han siger om kommunikationen:

*Jeg forstår hende ikke, hende visitatoren på kommunen. Vi kan heller ikke tale sammen. Hun vil kun skrive.*

Det er ikke naturligt for Finn at kommunikere på skrift med kommunen, særligt når han ikke forstår den information, han får, eller de dokumenter han skal udfylde. Han vil hellere ringe eller tale med dem ansigt til ansigt. Finn siger videre: *"Man skal selv forlange informationer. De kræver bare!"*. Han har en oplevelse af, at kommunen ikke nødvendigvis er på hans side i forhold til at løse hans problemer. Finn efterspørger selv en socialrådgiver frem for de forskellige visitatorer, han bliver mødt med. Han mener, at en socialrådgiver vil kunne hjælpe ham med at fortolke reglerne og hans muligheder for at få hjælp, nu hvor han er blevet handicappet.

Finn søger hjælp forskellige steder for at få gode råd til kommunikationen med kommunen. Han spørger sin praktiserende læge, men også andre kontakter bl.a. på rehabiliteringsafdelingen og hos Flextrafik. Han får forskellige råd og tips, som han forsøger at anvende bedst muligt. Rollen som borger med handicap er udfordrende for Finn at finde sig til rette i. Det er svært at finde ud af, hvad der er op og ned, synes han.

Finn har et anderledes positivt indtryk af rehabiliteringsafdelingen. For eksempel bad han om mere træning, da to timers ugentlig træning ikke var nok til, at han kunne lære at gå med proteser. Fysioterapeuten var lydhør og tog hans forespørgsel op med sin leder, og han fik bevilget ekstra træning. Det var aldrig gået med kommunen, mener han.

#### 4.13 Erik

Erik er taget på ferie med sin kone Bente. Erik er 76 år, og Bente er nyligt pensioneret. En af de første aftener på hotellet forsvinder foden pludselig under Erik, da han tager de første trin på vej op ad en trappe til hotelværelset efter middagen. Han bliver kørt til det nærmeste hospital med smerter i det ene ben. På hospitalet bliver det konstateret, at han har fået et brud på den ene hoftekugle. Hospitalet har ikke læger, der kan operere ham, og derfor bliver han kørt til et

hospital i den nærmeste større by. Turen er lang og går gennem et bjergigt terræn. På hospitalet bliver Erik opereret og får indsat en protese. Både Erik og Bente er udmattede efter ulykken.

Operationen går godt, men Erik må ikke belaste benet. Hverken Erik eller Bente taler landets sprog, men Bente forsøger på engelsk at kommunikere med sundhedspersonalet om Eriks uheld, sundhedsforsikring og hjemtransport. Da de flyver hjem, er det med en dansktalende sygeplejerske som ledsager. På hele hjemtransporten ligger Erik på en bære. Sygeplejersken følger med hele vejen, og i de seks timer de må vente under en mellemlanding, er hun en stor trøst for Eriks kone, der er fortvivlet og forvirret.

Ved hjemkomsten til Danmark sent om natten bliver Erik indlagt på en isolationsstue på grund af potentiel smittefare fra det udenlandske hospital. Der er nu gået 12 dage, siden ulykken skete. Heldigvis vurderer lægerne fra hospitalet, at Eriks nye hofte er, som den skal være.

Efter halvandet døgn udskrives Erik og kommer hjem til Bente, som forventes at pleje ham, mens han kommer sig. Ved udskrivelsen kan Erik hverken stå eller gå efter de mange dage som sengeliggende. Han har også tabt sig meget og er afkræftet. Han skal både tage på i vægt og genvinde sin fysiske styrke, så han kan komme op at gå igen. Det er især vigtigt for ham selv at kunne gå på toilettet. Han visiteres til genoptræning i hjemmet med en af kommunens fysioterapeuter og kommer siden i ambulans genoptræning to gange ugentligt på kommunens rehabiliteringsafdeling.

En nat falder Erik igen, da han står op for at tage et glas vand og gå på toilet. Bente og Erik frygter, at hoften har fået et nyt brud, men det er ikke tilfældet. Behandlingen er derfor blokader og indsprøjtninger med binyrebarkhormon hos Eriks egen læge.

Erik havde ingen andre sygdomme før faldet, men rejsen og det lange behandlingsforløb har tæret på Eriks humør og kræfter. Seks uger efter udskrivelsen er han stadig svækket og fåmælt.

Erik ønsker slet ikke at tale om sit behandlingsforløb. *"Det er der sgu ingen, der kan udtale sig om, det der"*, siger han. Bente taler gerne for Erik. Hun synes, at alle har gjort deres yderste for sikre Erik en god behandling og sikker rejse. Erik er dog sikker på, at han aldrig mere vil ud at rejse.

#### 4.14 Bjørn

Bjørn er 67 år. Han falder over et dørtrin på færgen fra Jylland til Sjælland. Han er på vej over for at passe sit barnebarn. Han får ikke taget ordentlig fra i faldet og slår skulder og hofte. Da færgen kommer i land, bliver Bjørn kørt på skadestuen og derfra hjem til sin datter, som er ude at rejse. Det er midt om natten. Barnebarnet, som er teenager, må nu tage sig af Bjørn, indtil et voksent familiemedlem, der er tillidsmand på et hospital, får ham indlagt igen på et hospital i Nordsjælland. Bjørn er ked af at have udsat barnebarnet for det chok at få ham skadet hjem.

Bjørn har slået en flig af hoften og skulderen og er indlagt i to dage på hospitalet, før han bliver kørt til et hospital i Jylland, hvor han har bopælskommune. Bjørn ved ikke, hvor han skal hen, hvorfor eller hvor lang tid det tager, og han oplever køreturen som meget slem. Han kan ikke huske navnene på lægerne og mener heller ikke, at han er blevet ordentligt informeret. Han forklarer: *"De siger, man har et udskrivningsmøde [på hospitalet, red.], men jeg har ikke været med til noget"*. Han ved dog ikke, om hans manglende erindring skyldes smerterne, som er



meget voldsomme. Det er først, da han bliver indlagt på det jyske hospital, at han får en smertebehandling, der virker. Hans kone har heller ikke held med at få den information fra det nord-sjællandske hospital, som hun gerne ville.

Bjørn er indlagt en uge. *"Så ville de bare udskrive mig. Jeg ved ikke, om det er kommunen, der skal betale for hver dag, man ligger på sygehuset. Jeg ved det ikke"*. Bjørn har svært ved at overskue sit forløb på hospitalet, fordi der ikke er nogen, der rigtig taler med ham om, hvad der sker og hvorfor.

Bjørn bliver udskrevet til genoptræning på rehabiliteringsafdelingen. Der er dog ingen ledig plads, så Bjørn bliver kørt hjem for at vente. Hans kone passer ham i de otte dage, der går, før der er plads. Bjørn skammer sig over at skulle have hjælp hele tiden, særligt til det mest intime som badning og toiletbesøg. Han beskriver: *"Det var virkelig ydmygende at komme hjem. Man kan ikke en skid, og skal man på toilettet, så skal man bruge sådan en .... Det er meget ydmygende, også for min kone"*.

Hjemmeplejen kommer fem gange om dagen, og Bjørn har fået plejeseng i stuen, kørestol, stok og en toiletstol. Hans kone hjælper ham med at blive vasket. Konen har siden sagt til Bjørn, at hun ikke skulle have ladet hospitalet vide, at hun var hjemme. Hun tror, at de så havde fundet en anden løsning end bare at udskrive ham. Det er belastende for dem begge to. Bjørn siger: *"Det er ok, det [ventetid på genoptræning, red.] kan man ikke klandre kommunen for, men man kan klandre sygehuset for at udskrive mig til eget hjem uden at undersøge forholdene. Jeg har soveværelse ovenpå. Jeg skulle have en sygeseng. Det fik jeg inde i stuen. Så lå jeg derinde, når så hele familien kom...!"*. Han vrænger et pivende hej for at illustrere.

Bjørn har tidligere været indlagt og i genoptræning for to blodpropper, der hæmmede hans motorik og gang. Han var fire måneder på et neurologisk center og oplevede dem som meget dygtige. De fik ham *"op at gå igen omend aldrig som før"*. Denne gang bliver opholdet på rehabiliteringsafdelingen et vendepunkt for Bjørn:

*Informationen var god. Kommunikationen med min kone var god. De er de første, der satte sig ned og talte med min kone hele vejen igennem. Det var face-to-face: "Kom og sæt dig ned, vi taler lige sammen"*.

Det betyder meget for Bjørn at blive talt til i øjenhøjde. Så forstår han, hvad der bliver sagt og føler sig inddraget. Han kan stille spørgsmål, danne sig et overblik og få indflydelse på, hvad der skal ske. Bjørn kommer først op at gå igen efter fire ugers træning. Han får lov til at forlænge opholdet på genoptræningsafdelingen med yderligere to uger.

Da han endelig bliver udskrevet, føler han sig både tryg og mere sikker på benene. Han kan gå rundt alene, har lagt stokken og er flyttet op i sin seng i soveværelset på 1. sal. Nu kan han klare sig selv igen, når hans kone er på arbejde.

## 4.15 Hanne

Hanne på 72 år er på venteliste til en rygoperation på regionens universitetshospital. Hun har vedvarende smerter og synes til sidst ikke, at hun kan vente længere. Hun bliver derfor indlagt på et privathospital for at få foretaget operationen der. Hun kender både hospitalet og lægen, der skal operere, fra en tidligere rygoperation, som gik rigtig godt.

Hanne bliver opereret, men denne gang har hun smerter i benet efter operationen, og hun kan ikke mærke sin ene fod. Hanne har svært ved at få lægen til at tage smerterne alvorligt. Han mener, siger Hanne, at smerterne stammer fra en mindre hævelse og blodansamling i ryggen efter operationen. Det trykker lidt på nerverne. Det er helt normalt og vil hurtigt fortage sig, får hun at vide.

I stedet tager smerterne til, og da Hanne dagen efter operationen falder på hospitalsstuen toilet på grund af smerter i foden, brækker hun håndledet. Da privathospitalet har lukket for weekenden, bliver Hanne indlagt på regionshospitalet, hvor hun får opereret sin hånd samme nat. Lægerne fra privathospitalet og regionshospitalet deler ikke Hannes journal med hinanden. Derfor er sidstnævnte ikke klar over, at Hanne også har klaget over stærke smerter i ben og fod efter operationen, og at det er disse smerter, der forårsagede hendes fald.

Efter operationen forsøger de sundhedsprofessionelle at hjælpe hende til at sidde op i sengen og til at gå på benet, men det forstærker smerterne, der til sidst "*føles som en ild op igennem kroppen*", som Hanne siger. Hun vil derfor ikke sendes hjem efter weekenden, også selv om hun ifølge den kommunale koordinator på hospitalet vil få fuld pleje:

*Visitatoren fra kommunen holder hårdnakket på, at jeg skal sendes hjem med max hjemmepleje. Det nægter jeg, og mine børn fik blot beskeden, at så måtte jeg bo hos dem. Var jeg blevet hjemsendt, var jeg blevet total invalid uden førlighed resten af livet.*

Hun insisterer på at blive undersøgt og bliver til sidst sendt akut til scanning. Scanningen viser en sjælden komplikation, der er opstået under den første rygoperation 10 dage tidligere. Som Hanne hele tiden har sagt, er der gået noget galt ved operationen på privathospitalet. Der er bare ingen, der har villet lytte. Samme aften bliver hun igen opereret i ryggen på universitetshospitalet.

Operationen hjalp mod smerterne, men Hanne har fået dropfod efter 10 dage med utilstrækkelig iltning af benet. Både benet og foden skal genoptrænes, men Hanne vil ikke hjem og vente på, at der bliver plads på rehabiliteringsafdelingen. Hun argumenterer også med, at der ikke vil være plads i hendes hjem til de hjælpemidler, hun har brug for, bl.a. et drejetårn til at understøtte benet. Hanne får derfor lov at blive to dage mere på universitetshospitalet, før hun sendes tilbage til regionshospitalet, hvor hun opholder sig, indtil der et par dage senere bliver plads på rehabiliteringsafdelingen. Hanne er i alt indlagt 20 dage på tre forskellige hospitaler og 28 dage på kommunens rehabiliteringsafdeling, altså et tværsektorielt forløb på samlet 48 dage.

Hanne er tryk ved at være på rehabiliteringsafdelingen. Hun siger: "*Genoptræning på afdelingen er bare dejlig. Det giver mig tryghed*" og "*her lyttes til, hvad man siger*". Hanne er meget motiveret for genoptræningen, for hun har en aktiv hverdag og et hus tæt på skoven. Hun har dyr, som hun passer, og hun glæder sig til at komme tilbage til sin vante tilværelse. Det kræver, at hun får sin fulde førlighed igen. Hun siger:

*Jamen, jeg er jo vant til at gøre det hele selv. Så når de spørger: "Hvad skal vi sætte af mål?", så siger jeg: "mål, vi skal sætte dét mål, at jeg skal kunne det hele igen. "Jamen, hvad plejer du", spørger de så igen, og så svarer jeg: "jah, jeg ordner have, jeg ordner hus, jeg maler carport, jeg går tur med min hund, og jeg går i skoven, hvor jeg bor".*

Hanne er indstillet på, at genoptræningen ”er hårdt arbejde, rigtig hårdt arbejde, men det er også helt i orden. Det vil jeg gerne gøre” – ”jeg skal kunne det hele igen”.

Genoptræningen går dog ikke, som Hanne håber. Hun får hverken sin førlighed igen eller sin hverdag tilbage. Da hun bliver udskrevet, må hun sælge sit hus og flytte ind midlertidigt hos et af sine børn. Hun skal nu finde en ny bolig i den kommune, som hendes børn bor i, og hun er blevet afhængig af deres hjælp for at klare sig.

Hanne er utilfreds med, at der ikke er blevet lyttet til hende efter operationen. Hanne indgiver derfor også en patientklage over privathospitalet, og som hun siger: ”Den dér ’please’er-alder skal man komme ud af”. Hanne får ikke medhold i klagen.

#### 4.16 Delkonklusion: Heterogene forløb

De 15 fortællinger er meget heterogene. Denne forskelligartethed er en vigtig pointe og erkendelse. Den siger noget om, at forløb i de ældres perspektiv ikke udvikler sig i lineær progression mod øget sundhed: fra sygdom, indlæggelse på hospitalet, behandling, til udskrivelse og genoptagelse af hverdagen i eget hjem. I stedet giver de ældres beskrivelser af deres forløb indtrykket af en farefuld færd med usikre veje og til tider uklarhed og uenighed om målet for deres forløb. Beskrivelserne vidner om usikkerhed, angst og afhængighed i deres forløb, men også at der er lyse pletter undervejs med dialog, erkendelser, humor og smil. Disse positive kontakter skaber lindring og trøst og bidrager til, at de ældre holder ud, og i mange tilfælde bidrager kontakterne også til positive resultater for den hverdag, de vender tilbage til, fx færre smerter, mere tiltro til fremtiden og tryghed ved ny boligsituation. De ældre bliver også mødt af mange forskelligartede personer med forskellige kompetencer, der både spiller konstruktive og negative roller i at skabe dem en hjemkomst, som de også selv er klar til og trykke ved.

##### Ubestemt fremtid

Frem for en ideal forestilling om et effektivt forløb i sundhedsvæsenet fra syg til rask (eller mindre syg), går de ældres forløb frem og tilbage med forviklinger i form af forværringer efter udskrivelsen og genindlæggelser. Denne manglende linearitet i de ældres oplevelse af fremskridt i deres forløb kommer også til udtryk ved deres uklare forventninger til både den nære og fjerne fremtid: Hvad skal der ske nu? Klarer jeg den? Og på længere sigt: Kan jeg blive i mit hjem, eller skal jeg have en anden bolig? Disse er indre, afsøgende spørgsmål, der indgår i de ældres oplevelser af forløbene og i deres fremadrettede forsøg på at finde vej og skabe en sammenhængende forståelse af deres livssituation. Forviklingerne er også knyttet til de sociale relationer, når spørgsmål rejser sig om, hvilken hjælp de ældre har brug for, og hvem der kan og vil give den. De ældres svar knytter sig til deres grad af tillid til de personer, de er omgivet af, og hvilke krav de personligt synes, man kan tillade sig at stille til familien, pårørende og ’systemet’. Relationerne kan være meget forskellige og også komplekse i de enkeltes livssituation.

##### Heterogenitet er et vilkår

En anden vigtig pointe er ikke at reducere heterogeniteten i forløbene til et organisatorisk problem, der fx kan koordineres væk. Den er nemlig mere grundlæggende. Mens koordination i høj grad handler om hvem, hvornår og hvordan allerede kendte problemer og opgaver skal udføres, så peger heterogeniteten på et grundvilkår: At menneskers ønsker, behov og situationer er individuelle. Mennesker er forskellige og har forskellige baggrunde, personligheder og

forudsætninger, også for at indgå i et behandlingsforløb. Dertil kommer, at sygdom altid opleves i et første persons perspektiv på egen krop.

### **Social afhængighed**

Heterogeniteten som et grundvilkår fremhæver derfor også den grad af sensitivitet og fortolkningsberedskab, det kræver af omverden at se den ældre i dennes individualitet og partikulære situation. Dette beredskab er også medbestemmende for, i hvor høj grad de ældre selv oplever de pleje- og behandlingsforløb, de bliver tilbudt, som sammenhængende og trygge. I de ældres oplevelse af deres forløbs reelle sammenhæng indgår mange forskellige elementer, både i form af sundhedsprofessionelle og familiemedlemmer, som begge er afgørende for, at de ældre på kort sigt får behandling og pleje, samt at de på længere sigt får en meningsfuld hverdag igen.

De følgende to analysekapitler uddyber heterogenitet i de ældres forløb. Kapitel 5 med titlen 'Erfaringsbrud' anskuer heterogeniteten som et eksistentielt vilkår, der gør fremtiden uvis, mens kapitel 6 med titlen 'Kontinuitetsarbejde' ser på heterogeniteten som udtryk for øget social afhængighed, 'interdependens'. Kapitel 5 giver eksempler på typer af oplevelser og situationer, som de skrøbelige ældre finder særligt vanskelige og udfordrende i deres forløb. Kapitel 6 beskæftiger sig med de sociale relationer, som spiller en konstruktiv rolle i de ældres oplevelser af kontinuitetsarbejdet, altså arbejdet med at skabe sammenhæng og fremdrift i de ældres kommunale forløb. I kapitel 7 reflekteres der over heterogeniteten i de skrøbelige ældres forløb samlet på baggrund af delkonklusionerne fra kapitel 5 og 6 med henblik på at udlede nogle opmærksomhedspunkter for på et overordnet plan at styrke sammenhængen i skrøbelige ældres forløb.

## 5 Erfaringsbrud

Dette analysekapitel uddyber et eksistentielt vilkår på tværs af heterogeniteten i de ældres forløb, nemlig at de oplever 'erfaringsbrud'. Erfaringsbrud indikerer, at der optræder brud eller forstyrrelser, der fx ændrer retningen i de ældres liv og opleves af den ældre som mangel på sammenhæng i forløbet.

Begrebet 'erfaringsbrud' er i historikeren og semantikeren Reinhard Kosellecks forklaring udtryk for en uoverensstemmelse mellem menneskets 'erfaringsrum' og 'forventningshorisont' (Koselleck, 1988). Er der uoverensstemmelse mellem det, man erfarer, og det, man forventer, oplever man således et erfaringsbrud. Disse erfaringsbrud skaber en manglende sammenhæng mellem, hvordan man forstår verden, og hvorledes man kan handle i den.<sup>12</sup> I den engelsksprogede litteratur om 'patient care path' sonderer man således også mellem sammenhæng i patientforløb, 'continuity', i patientens oplevelse af forløbet og 'coherence' som udtryk for den organisatoriske ramme for og tilrettelæggelse af forløbet. Oplevelsen af brud er derfor en vigtig vej ind til at forstå borgernes oplevelse af sundhedsvæsenet og til at forstå deres behov og ønsker for at (gen-)skabe kontinuitet. Kontinuitet knytter sig i denne sammenhæng til den situation, borgerne er i og den mulige fremtid, de har for sig, herunder hvad der skal ske, og hvem de bliver, når udsigterne til deres fremtid forandrer sig.

Erfaringsbrud siger således noget grundlæggende om de ældres oplevelse af deres forløb. De udpeger og giver indblik i særlige situationer, som har afgørende betydning for, om de ældre oplever deres forløb som sammenhængende.

I en tværlæsning af forløbsfortællingerne optræder disse erfaringsbrud særligt i tre situationer. For det første optræder erfaringsbruddene i forbindelse med en skelsættende hændelse, fx et fald eller anden forværring af de ældres tilstand, også kaldet ulykken. Dernæst ved udskrivelsen fra hospitalet til hjemmet, og endelig i forbindelse med en ustabil sygdomstilstand. Sidstnævnte situation optræder både som syg og sengeliggende i hjemmet, på den kommunale døgnplads og på hospitalet. De følgende tre afsnit giver eksempler på erfaringsbrud og uddyber særligt de situationer, de optræder i.

### 5.1 Ulykken

Informanterne fortæller alle om en skelsættende begivenhed, som gav anledning til at få hjælp fra sundhedsvæsenet. For Viola, Jan, Kresten, Erik, Bjørn, Hanne, Esben, Per, Edith, Grethe, Sigrid og Finn er der tale om ulykker:

- Viola, der falder over støvsugeren og brækker lårbenet
- Jan og Erik falder begge under et ferieophold. Jan bliver slemt forslået. Erik skal opereres i udlandet
- Bjørn, der falder på færgen på vej over for at passe sit barnebarn. Hans akutindlæggelse vanskeliggøres af, at han bliver kørt frem og tilbage mellem to regioners hospitaler: barnebarnets region og hans egen
- Esben, der vrider om på foden og gradvis kan mindre og mindre, indtil han søger læge

---

<sup>12</sup> I temporal forstand betyder det en diskontinuitet mellem, hvad og hvem man eller noget er, altså fortiden – og hvad og hvem man eller nogen bliver i fremtiden.

- Hanne, der falder og brækker håndledet efter en rygoperation på privathospital og derfor åbner for et helt andet forløb end det planlagte
- Per, som falder baglæns ned ad sin trappe i eget hjem flere gange
- Finn, der efter en benamputation falder og slår benstumpen
- Edith falder i sit hjem
- Grethe falder i badeværelset og bliver hjulpet op af svigersønnen, men benet ser mærkeligt ud
- Kresten forulykker i sit køretøj
- Sigrid, der pludselig får ulidelige smerter på grund af kræft i tarmen.

Disse ulykker vender op og ned på deres liv. Den første redning er i manges tilfælde at blive fundet og behandlingsmæssigt hjulpet videre til hospitalet, fx:

- Sigrid og Per bliver fundet med det samme og kørt med ambulance og udrykning til hospitalet. De tilkalder selv hjælp via henholdsvis faldalarm og mobiltelefon
- Bjørn er på en færge, da ulykken sker og således i et offentligt rum, endog mellem regioner. Han oplever dernæst at blive sendt frem og tilbage mellem hospitaler, regioner og familiemedlemmers bopæle
- Esben må ligge en hel nat i kulden, før han bliver fundet i sit væltede køretøj, og ambulancen bliver tilkaldt.

I alle de nævnte tilfælde er der tale om ulykker, hvor de ældre enten med det samme eller gradvist taber deres evne til at kunne ting selv, fx noget så basalt som at gå, eller at tænke klart på grund af smerter. Fremtiden bliver uvis fra den første hændelse: *Hvad er der sket, noget er galt, forkert eller uudholdeligt?* Når hjælpen er kommet frem, og behandlingen på hospitalet er endt, afløses de første spørgsmål af nye spørgsmål, som: *Bliver jeg som før, og hvad kan jeg forvente?* Ulykkerne vender med andre ord op og ned på deres verden og fremtidsudsigter. Med denne uvished ændrer deres forventninger til hverdagen sig også, for hvordan bliver den mulig?

## 5.2 Udskrivelse til hjemmet

Udskrivelsen fra hospitalet til eget hjem får også karakter af et erfaringsbrud i emotionel og praktisk forstand. Selv om man har overlevet og fået en god behandling, så er man ikke som før indlæggelsen. I udskrivelsessituationen bliver de ældre bevidste om, at de ikke ved, hvilken hverdag der venter dem. Når de ikke ved, hvad de selv kan, hvordan skal de så klare dagliglivets opgaver, og hvem kan hjælpe dem? Hverdagen truer, når den er fyldt af ubekendte. Det er uklart, hvordan det bliver at komme hjem og være derhjemme. For hvordan bliver det, når man fx ikke kan bevæge sig rundt, som man plejer, og hvordan bliver det at skulle se sit hjem fra en plejeseng i dagligstuen? Fremtiden bliver endnu engang ukendt, men på en anden måde end ved selve ulykken. I stedet risikerer de ældre, når hverdagen forsvinder, at blive fremmedgjort over for sit hjem, sine forventninger til sig selv og ens nærmeste samt ikke mindst, hvad man kan forvente af sin fremtidige hverdag. Boksen til højre sammenfatter nogle

Følelser relateret til deres usikkerhed:

- At være alene
- At være afhængig
- At ligge til last
- At være hjælpeløs
- At være bange
- At være uvis om hverdagen
- At være uvis om fremtidig bolig

af de følelser af usikkerhed, informanterne oplever i forbindelse med at være udskrevet til eget hjem.

Sigrid på 86 år sætter ord på sin oplevelse af udskrivelsen, nemlig at hun hverken kan "høre, se eller tænke", således at en dagligdags rutine som for eksempel morgenbollerne, hun plejer at "tage ud af fryseren og varme i ovnen", bliver fuldstændig uoverskuelig.

Sigrid protesterer derfor også højlydt mod udskrivelsen til eget hjem og undgår herved at blive udskrevet direkte hjem. Det samme gælder for fx Hanne, Grethe(-s familie) og Finn. De protesterer også og undgår hermed direkte udskrivelse til eget hjem. I stedet bevilliges de døgnophold på rehabiliteringsafdelingen med både daglig træning og døgnpleje direkte i forlængelse af hospitalsopholdet. Kresten bliver overført direkte rehabiliteringsafdelingen. Hans bolig er ikke egnet til en plejeseng, og han er stadig under lægeligt opsyn for blandt andet en sammenklappet lunge. Andre såsom Bjørn, Hans Peter, Edith, Viola og Per oplever at blive udskrevet direkte hjem. I både Per, Hans Peter og Ediths øjne er det utrygt at ligge syg i hjemmet.

Informanterne giver flere grunde til, at de ikke ønsker at blive udskrevet direkte hjem til pleje og genoptræning. Væsentligt er dog, at det ikke er, fordi de ønsker at forblive indlagte på hospitalet, men fordi springet eller kløften mellem, hvad de oplever selv at kunne på hospitalet og forventningerne til hverdagen derhjemme, er for stor. Det er simpelthen uklart for dem, hvordan de skal klare sig i deres bolig, også selvom de har familie:

- Bjørn har sin hustru, men hun har både fuldtidsarbejde og mangler kompetencerne, så det går ham meget på, at hans uheld bliver hendes last
- Grethes mand er også selv multisyg, således at det bekymrer børnene, at der ikke bliver taget nok hensyn til faderens behov, når han skal tage sig af Grethe
- Pers søn bor i nabokommunen, 1 times kørsel med rutebilen fra Per. Per synes, at det er vigtigere, at sønnen kommer videre med sit liv (ved at passe sin læreplads og kæresteforhold) end at passe ham.
- Ediths søn er selv syg, og hendes relation til døtrene fra første ægteskab er ikke så nært. De er også bosiddende i en anden kommune.

Der er således mange hensyn at tage, hvis de ældre ved udskrivelsen til hjemmet bliver afhængige af familiemedlemmer, og relationen, kompetencerne og tiden ikke er til det.

Informanterne giver også praktiske grunde til, at den direkte udskrivelse til eget hjem kan være uhensigtsmæssig. De nævner trapper og vanskelige dørtrin i boligen, smalle gange, trange badeværelser med uhensigtsmæssige badeforhold, manglende plads til hjælpemidler og udenomsarealer, der gør det vanskeligt at komme til og fra boligen. Disse praktiske udfordringer bliver således også til nye bekymringer for, hvordan en ny hverdag kan blive.

Andre som Per og Edith, der begge har fået en plejeseng i deres stue, er bange for at ligge syge alene i hjemmet. Selvom både Hans Peter og Per oplever, at hjemmesygeplejersken holder et skarpt øje med dem – og redder dem fra livsfarlige infektioner i henholdsvis benet og bughulen – så er de daglige besøg fra hjemmeplejen ikke nok til, at de føler sig trygge. Hans Peter vælger derfor også i forbindelse med sin tredje udskrivelse fra hospitalet at blive udskrevet til sin søns hus og familie. Hos dem er han alene færre timer, også selv om de er på arbejde og i skole. Hos Edith, der bor alene ligesom flertallet af informanterne (kun Bjørn, Grethe og Erik har ægtefæller i hjemmet), forstærker de mange daglige besøg af hjemmeplejen, der "*løber ind og ud ad døren*" hendes oplevelse af at være alene og afhængig.

## Radikal overgang til en ukendt hverdag

Hverdagens usikkerhed øges yderligere, når behandling og genoptræning ikke går som ønsket, og praktiske, sundheds- og sikkerhedsmæssige grunde umuliggør, at man kan blive i sin bolig. Det er tilfældet i Hannes, Finns og Esbens forløb. De må sælge deres boliger og flytte et nyt sted hen. Overgangen fra hospital til hjem bliver hermed mere radikal, idet de ud over usikkerheden om, hvorvidt de kan klare hverdagen ved udskrivelsen, også får nye opgaver og bekymringer i tilknytning til salg af hus samt valg og bevilling af ny bolig, hvis de skal i en kommunal ældre- og handicapbolig. Flytning skal også arrangeres, inklusive indkøb af og plads til hjælpemidler, fx trehjulet køretøj. Hverdagen i ny bolig er også forbundet med nye usikkerheder lige fra indflytning og indretning af bolig, til hvordan det sociale liv og hobbyer kan indrettes og fortsættes. Kresten bliver fx tilskyndet at flytte i en ældrebolig, men han vil ikke forlade det hus, den hverdag og det sociale liv, han kender. Det kan blive en afvejning af, hvor det er mest trygt: Den velkendte bolig, hvor usikker den end måtte være i forhold til fald, eller en ny bolig, der vil rive en ud af den dagligdag og det sociale netværk, man har om sig?

Det er således grundlæggende svært at skabe tryghed i hverdagen, når den ikke kan blive som før, og hvis man ovenikøbet skal flytte. Beslutningen om at flytte kan dog også være en lettelse, sådan som i Krestens tilfælde. Generelt tegner der sig et billede af, at overgangen til hjemmet efter ulykken og hospitalet kan være forbundet med radikale forandringer af de ældres liv, og de har derfor behov for at udvikle et nyt syn på fremtiden, og herunder hvordan hverdagen bliver praktisk mulig. Erfaringsbrud ved udskrivelse til hjemmet handler således også om utrygheden ved en ukendt hverdag og den opgave, den ældre står overfor med at få skabt sig en ny, duelig og videst mulig meningsfuld fremtidshorizont.

## 5.3 Sygdom som en grænsetilstand

Selv om de ældre er udskrevet fra hospitalet, så er de ikke nødvendigvis 'stabile', som det hedder i sundhedsfagligt sprogbrug. Dette er ikke et ord, de ældre selv anvender i deres beskrivelser af deres forløb. I stedet siger de *"jeg er bange"* (Edith) eller søger hjælp hos lægen (Finn, Viola og Hanne), men bliver som i Finns tilfælde affærdiget med: *"han [kirurgen, red.] sagde, de ikke kunne gøre mere for mig på sygehuse"*. De ældre ved og mærker på deres krop, at de ikke er raske, og at deres situation kræver, at de har styr på deres medicin og sundhedsaftaler, men også at de forventes at skulle klare sig selv videst muligt efter udskrivelsen. De får gratis leveret nødvendige hjælpemidler med hjem fx en brusestol til badeværelset og en plejeseng, så hjemmeplejen kan komme ordentlig til. De kan få bragt mad, få personlig pleje og hjælp til støttestrømpe, rengøring, toiletbesøg, tøjvask og andet. Den kommunale sygeplejerske kommer også forbi, hvis der skal skiftes stomipose, en sårforbinding eller andre ting i plejeplanen. Som nævnt i Per og Hans Peters tilfælde spiller hjemmesygeplejersken en central rolle med henblik på at fortolke deres symptomer og igangsætte lægehjælp, når det er nødvendigt. Men samtidig kan både hjælpemidler og besøg af hjemmeplejen udfordre og vende op og ned på deres forståelse af hjemmet, ligesom det ikke altid er nok til at give dem en tryk oplevelse af at være syg hjemme. De fleste informanter oplever genindlæggelser som del af deres forløb<sup>13</sup>.

<sup>13</sup> Kun Erik oplever et forholdsvist stabilt forløb efter udskrivelse til hjemmet. Han har til gengæld været indlagt uforholdsvist længe på et udenlandsk hospital i sammenligning med en lignende hofteoperation på et dansk hospital, nemlig 12 dage (+ 1,5 døgn på isolationsstue på dansk hospital før udskrivelsen) frem for 1-2 dage. Den lange tid som sengeliggende øgede også hans behov for genoptræning af balance og muskler. Han blev meget usikkert gående og faldt også en nat i sit hjem og må behandles af vagtlægen.



### 5.3.1 Ind og ud af hospitalet

Genindlæggelse defineres formelt som en hospitalsindlæggelse, der sker senest 30 dage efter sidste udskrivelse<sup>14</sup>. I informanternes beskrivelser af deres forløb optræder der mange indlæggelser men inden for forskellige tidsrammer. Nogle indlæggelser følger kort efter deres udskrivelse såsom i Eskilds tilfælde. Han har KOL og får en lungebetændelse kort efter udskrivelsen fra sin indlæggelse på kirurgisk afdeling. I første omgang bliver han indlagt på rehabiliteringsafdelingen af det kommunale akutteam og tilset af to praksislæger, inden han indlægges på hospitalet igen, men denne gang på medicinsk afdeling. Han bliver udskrevet igen til rehabiliteringsafdelingen og kommer via dennes 'følge-hjem-ordning' i en ny bolig. Andre eksempler er Hanne og Bjørn, der oplever at blive flyttet mellem hospitaler, inklusive mellem private og offentlige hospitaler og mellem regionshospitaler. Sidstnævnte skete også for Jan. Per og Hans Peter oplever indlæggelser flere gange på både kirurgiske og medicinske afdelinger. Begge kommer på medicinsk afdeling efter infektioner fra deres operationer i henholdsvis bughulen og knæet. I Hannes, Pers og Finns tilfælde skyldes genindlæggelser på kirurgiske afdelinger, at de er faldet efter den første operation.

Grethe og Kresten bliver udskrevet direkte fra hospitalet til rehabiliteringsafdelingen. De bliver ikke genindlagt, inden deres genoptræningsforløb afsluttes, og de kommer hjem (og projektets dataindsamling stopper). I begges tilfælde har de dog en længere sygehistorie bag sig. Begge med pludselige fald fra 'blackouts', der som kroniske lidelser må antages at vedblive med at indfinde sig. Grethe bliver derfor siddende i sin lænestol ved siden af plejesengen i hendes dagligstue og går helst ikke uden rollator og ledsager. Hun er, hvad plejepersonalet beskriver som "svær mobiliserbar". Ellen har været indlagt ad flere gange efter fald, men med lang tid imellem. Hendes døtres mistænker, at flere af Ellens fald skyldes hjerneblødninger. Viola oplever at have fået en vellykket operation, men får så under genoptræningen nye smerter, som hun ikke forstår. Smerterne fra hoften fører til en ny indlæggelse og operation plus forudgående ambulante besøg på hospitalet og hos egen læge. Man kan også sige, at uafhængigt af tidsrummet mellem informanternes respektive indlæggelser, altså om der er tale om formelle genindlæggelser (maks. 30 dage), så opleves de af de informanterne (eller deres pårørende) som relaterede til hinanden. De bidrager således til oplevelsen af erfaringsbrud i betydningen af, at de lever i en grænsetilstand mellem ikke-for-syg-blot-gammel og akut-syg-og-skal-have-hjælp. Indlæggelserne udtrykker således også en helbredsmæssig grænsetilstand, som forstærker deres usikkerhed i forventningerne til fremtiden og gør dem mere afhængig af andre. Man kan derfor måske også sige, at en del af deres sygdomsmæssige skrøbelighed er karakteriseret ved at være i en eksistentiel grænsetilstand.

#### **Erfaringsbrud som en grænsetilstand**

Hvad der med et sundhedsorganisatorisk ord udtrykkes som en 'overgang', opleves indefra af de ældre som en tilstand mellem verdener. De er i et græseland mellem flere verdener. Den, de forlod og kendte til før ulykke og sygdom, den, som de er i på hospitalet, og den, som de udskrives til, som til en vis grad er truende, fordi den er ukendt. Denne grænsetilstand skaber utryghed. De erfarer denne utryghed meget konkret, når de fragtes mellem hospitaler og boliger, men også som en eksistentiel utryghed i forhold til fremtiden. For hvilken fremtid har de, og hvad tør de håbe på? Utrygheden udfolder sig gennem indre spørgsmål til:

- Overlever jeg? Hvor længe? Hvordan bliver hverdagen? Kan jeg blive hjemme, eller skal jeg flytte, og hvad så med venner, familie og hobbyer?

---

<sup>14</sup> Definition af genindlæggelse er ifølge international standard, hvis patienten indlægges igen på hospitalet inden for 30 dage efter udskrivelsen (Quist, 2008). Aktionsdiagnosen kan også være en anden mellem de to indlæggelser, såvel som patienter kan være udskrevet fra en kirurgisk afdelingen men genindlagt på en medicinsk (Quist, 2008, s.4).

- Vil jeg kunne det samme som før: fiske (Finn), skove træ (Per), blive glad igen (Edith), handle ind selv, gå selv, køre bil, tage ud til vennerne? Og hvordan vil andre se på mig, når jeg for eksempel ikke kan og må drikke alkohol (Kresten, Per, Jan) og hjælpemidler gør mit handicap og skrøbelighed synlig?
- Går mit helbred tilbage igen? Skal jeg indlægges igen?

Hverdagen som det mest selvfølgelige og kendte ophører med andre ord som retningsgivende for fremtiden. I stedet befatter den ældre sig med en masse indre spørgsmål i forsøget på at finde en ny sammenhæng, der rækker ud over erfaringsbruddet, rettet mod en mulig fremtid og hverdag. De søger med andre ord en kontinuitet som den sammenhæng, der bringer overensstemmelse mellem deres situation (nutid), hvem de var (fortid), og hvor det er muligt at bevæge sig hen, altså hvilken fremtid de kan have i vente.

## 5.4 Delkonklusion: Fremtidens uvished

De ældre oplever erfaringsbrud i deres forløb, særligt i de ovenfor beskrevne situationer af 1) ulykken, der vender op og ned på deres liv, 2) ved udskrivelsen direkte hjem fra hospitalet og ved 3) en ustabil sygdomstilstand. Situationerne peger på nogle centrale overgangsproblematikker i deres forløb, hvor de føler sig utrygge, sårbare og særligt udsatte. De oplever grænsetilstande, hvor deres normale forventninger til fremtiden sættes ud af spil. I forbindelse med selve ulykken er det *den umiddelbare fremtid*, der omhandler overlevelse og få hjælp, 'det akutte' i sundhedsfaglig terminologi. Ved udskrivelsen direkte hjem er det *hverdagen i hjemmet*, der ændrer sig fra at være velkendt og tryk til usikker og fremmed, især når udskrivelsen også indebærer, at man skal flytte. Som længerevarende syg, eller i klinisk forstand 'syg med multiple og kroniske sygdomme' er det usikkerheden om, hvad *man kan forvente af fremtiden*. Det er uvisheden om: vil helbredet gå fremad eller tilbage, får man hjælp, skal man indlægges igen? Grænsetilstanden kan næsten blive til en permanent situation af usikkerhed, og til forløb, der bider sig i halen; går i ring fra indlæggelsen til udskrivelsen og uvished igen.

Denne uvished om den nærmeste fremtid bidrager til de ældres skrøbelighed. Det gør dem særligt afhængige af hjælp til at (gen-)skabe en fremadrettet forventningshorisont, der peger mod bedring, tryghed og håb om en god hverdag. At *skabe* en sådan, *kontinuerlig* sammenhæng er og bliver et mål i sig selv for de skrøbelige ældre, når den umiddelbare fremtid (i form af tilliden til ens krops og sinds duelighed) vakler, og når hverdagen fra at være noget, man tager for givet, skal genskabes i afhængighed af hjælp fra andre.

Det næste kapitel om 'kontinuitetsarbejde' uddyber, hvorledes de ældre fremadrettet søger at skabe sammenhæng i forhold til deres nærmeste fremtid, i forhold til overgangen til kommunal hjælp og dermed i forhold til at skabe en fremtidig tryk hverdag.

## 6 Kontinuitetsarbejde

De ældres heterogene forløb (kapitel 4) og erfaringsbruddene heri (kapitel 5) vidner om de ældres skrøbelighed og hermed også social afhængighed, interdependence, med henblik på at få en tryk(-gere) fremtid. For at genfinde fodfæste i både bogstavelig og eksistentiel forstand er de afhængige af støtte til at udvikle en fremtidshorisont for en mulig hverdag. Mens forrige kapitel 5 om erfaringsbrud beskrev de mange usikkerheder, der indgår i de ældres forløb (fra ulykken over udskrivelsen til hjemmet, og grænsetilstanden som syg med en uvis fremtid) handler dette kapitel om det fremadrettede arbejde, kognitivt og fysisk, som de ældre deltager i med henblik på at skabe fremdrift og sammenhæng i deres kommunale pleje- og behandlingsforløb mod det fælles mål om en videst mulig selvstændig hverdag i eget hjem. Den patient- eller borgeroplevede sammenhæng er et kontinuitetsarbejde, der dels følger af deres ustabile helbredstilstand, beskrevet som grænsetilstand i forrige kapitel, dels pågår i overgangen til de kommunale pleje- og behandlingstilbud med henblik på at skabe sig en tryk fremtidshorisont. De følgende tre delkapitler beskriver først de ældres kontinuitetsarbejde med at monitorere og fortolke egen krop og sindstilstande. Dernæst de ældres forhandling af overgangen fra hospital til kommunalt pleje- og behandlingsforløb som et kontinuitetsarbejde, der skal sikre dem tilbuddet om døgnophold på den kommunale rehabiliteringsafdeling frem for pleje og behandling i eget hjem. Og endelig en sammenstilling af og refleksion over, hvorledes de ældre oplever kontinuitetsarbejdet med kommunen i dennes "flerstrengede tiltag" og tiltagenes interne og "naturlige" sammenhæng (jf. kapitel 3, Case-beskrivelsen med kommunens kommissorium for "hurtige overgange").

### 6.1 Fortolkning af eget helbred

De ældres oplevelse af at være i en 'grænsetilstand' ved et ustabil helbred får dem til at overvåge deres egen krop og sindstilstand og lede efter tegn på forandringer. Forandringer som tegn på, at forbedringer eller forværringer er under udvikling, – udvikling, der vil kræve sundhedsfaglig hjælp i form af vurdering og handling, fx igangsættelse af behandling, regulering af medicin, indlæggelse og lignende. Grænsetilstanden kan således give anledning til omfattende kontinuitetsarbejde med vedvarende at monitorere og fortolke eget helbred. De følgende afsnit giver eksempler på de forværringstegn, informanterne oplever, og eksempler på de fortolkningsstrategier, informanterne benytter, så de kan håndtere tilstanden.

#### 6.1.1 Sygdomstegn

I beskrivelserne af informanternes forløb (kapitel 4) optræder en lang række af tegn eller symptomer på de grænsetilstande, de ældre befinder sig i. Der er nævnt smerter (Bjørn, Ellen, Viola, Sigrid), feber (Esben), vægttab (Jan, Viola, Kresten), pludseligt fald (Grethe, Per), hukommelsesudfald (Ellen, Per), "følelsesløshed" (Finn), "psykiske chok" (Per), "de gule sataner" (Hans Peters infektion), "nervesammenbrud" (Finns depression), "psykisk traume" (Kresten), "slinger" (Jan) og "blackouts" (Kresten, Grethe). I deres fortolkninger af deres sygdomstegn gør de brug af forskellige strategier for at give mening til deres oplevelser af egen krop og eget sind. Viola er fx usikker på baggrunden for hendes fald: Var det svulsten, der påvirkede balancen, eller skulle hun have vist rettidig omhu og taget imod hofteoperationen, da hendes egen læge i sin tid foreslog det? Hvis det er svulsten, vil hun så falde igen, når hun kommer hjem? Viola får ikke et entydigt svar på sit spørgsmål fra lægerne. I stedet udvikler hun en alternativ fortolkningsstrategi ved at inddrage sin familiehistorie. Hendes mor og brødre blev alle over 90 år, så

hvorfor skulle hun ikke få også få lov til at blive så gammel? Viola var faktisk tæt på at dø, da hendes vægttab gjorde hendes anden operation meget risikabel. Også dødsangsten omgår hun kreativt, da hun forbinder den med sin far, der døde, da hun var barn. Hun havde altid forestillet sig "at han var ude og lege". Hendes familiehistorier bliver således en kreativ ressource for hendes egen håndtering af uvisheden.

### 6.1.2 Fortolkningsressourcer og vidensnetværk

De ældre har således meget forskellige fortolkningsstrategier, der også refererer til meget forskellige vidensregimer og netværk; fra sportsidoler (Jan, Tour de France), tv-drama (Finn), slægtshistorie (Viola), religiøs livsanvisning (Hans Peter), en stoisk (Kresten) og kritisk tilgang (Hanne og Ellen) til at finde trøst og anvisninger på, hvordan man skal forholde sig til utrygheden. Det er også tydeligt, at de har meget forskellige sociale netværk, som de trækker på i forhold til at klare og agere på uvisheden. Flere, såsom Grethe, Ellen, Bjørn, Hans Peter og Finn, har familiemedlemmer som spiller en aktiv rolle i deres forløb, og det er særlig tydeligt, når familiemedlemmerne har en sundhedsfaglig baggrund. De hjælper dem med at fortolke, blive hørt og navigere i systemet. Det kan være Grethe og Ellens døtre, der sørger for, at deres mødre får professionel hjælp via døgnophold på rehabiliteringsafdelingen. Eller Finns datter, der hjælper ham med at få den ældrebolig, han har ret til. Hannes døtre spiller også en aktiv rolle i at forhandle deres mors udskrivelse til døgnophold på rehabiliteringsafdelingen frem for at komme direkte hjem. Andre, såsom Per, Jan og Edith, står væsentlig svagere. Per og Edith har børn, men ikke i en stærk nok relation til, at de indgår i en medierende og fortolkende rolle for deres forældre. Det kan også hænge sammen med manglende sundhedskompetencer som i Bjørns kones tilfælde. Disse ældre, der ligesom Jan ingen nærmeste har til at tale deres sag, er særligt afhængige af, at kommunen ser deres behov.

## 6.2 Forhandling af overgang til kommunale tilbud

Overgangen fra hospital til kommune er, som beskrevet, i det forudgående kapitel forbundet med erfaringsbrud og konflikt, når de ældre oplever, at de ikke er klar til at blive udskrevet direkte hjem. De kommunale koordinatore, der opsøger dem på hospitalet forud for udskrivelsen, er det centrale 'passage-point' for de ældres videre, kommunale forløb. Koordinatorerne er, som beskrevet i kapitel 3, den tværorganisatoriske løsning, der i samspil med borgerne skal sikre hurtige overgange til kommunens flerstrengede tiltag, altså til pleje og behandling i hjemmet eller på døgnophold. Koordinatorerne beskriver selv, hvorledes de har et effektivt samarbejde med både hospitalet og øvrige aktører i kommunen. Samarbejdet med borgerne kan være vanskeliggjort af flere forhold, herunder "patientfælden". Patientfælden er de kommunale koordinators udtryk for og opfattelse af, at nogle borgere fejlagtigt tror, at de som hospitalsindlagte kan mindre, end de faktisk kan. Koordinatorerne finder, at det i stedet er i borgernes egen interesse, at de så hurtigt som muligt gør tingene selv, altså bliver selvhjulpne. Herved undgår de nemlig tab af muskler og funktionsniveau, hvilket også gør genoptræningen lettere.

De ældre oplever dog, at det kan gå for stærkt; at de ikke er klar til at overtage mere ansvar, særligt når de udskrives direkte hjem. Sigrid sætter ord på oplevelsen af at skulle udskrives hjem:

*De er jo professionelle alle sammen [på hospitalet, red.], men jeg har aldrig prøvet at være syg eller afhængig af nogen, så da de derfor sagde, at jeg skulle hjem, nej, det går aldrig. Det kan jeg altså ikke overskue, og så tænkte jeg: det må da være*

*mig, der er noget i vejen med, for de andre tre på stuen, de sad og skreg på, at de gerne ville hjem ... men... nej.... det kunne jeg altså ikke. (Sigrid)*

Som det også fremgår af citatet, vil de tre øvrige patienter på 4-mandsstuen gerne hjem. Det er kun Sigrid, der ikke føler sig klar til at blive udskrevet direkte hjem og det er heller ikke, fordi hun ønsker at forblive på hospitalet. De følgende afsnit uddyber nogle af de protester og begrundelser, informanterne bruger for at undgå at komme direkte hjem.

### 6.2.1 Protester mod hjemmet som plejested

Sigrid protesterer indædt og nægter at give tilsagn til, at hendes forløb fortsættes i hendes eget hjem. Hun foreslår selv, at de enten må finde hende et patienthotel eller en anden kommunal løsning (hun skelner ikke mellem, om løsningen er i regionalt eller kommunalt regi). Hun vil bare *ikke* hjem. Koordinatorerne tilbyder som løsning, at Sigrid kommer på ventelisten til døgnophold på den kommunale rehabiliteringsafdeling. Det nytter ikke noget i Sigrids øjne – hun synes, hun har brug for at komme på døgnophold i forlængelse af hospitalet og ikke efter, hun er kommet hjem. Det lykkes Sigrid at få en kommunal døgnplads. Koordinatorerne indvilligede ud fra betragtningen om, at Sigrid jo heller ikke har børn eller anden familie, der kan hjælpe hende efter hjemkomst.

Finn, Edith, Per, Jan, Bjørn, Hans Peter og Grethe er andre eksempler på, at hospitalsudskrivelse til kommunal hjælp kan være en sektorovergang, der udløser forhandling. De vil nemlig helst heller ikke direkte hjem. Jan er egentlig henvist af hospitalslægen til en døgnplads. Den får han også men først efter, at han bliver sendt hjem og er på ventelisten til en ledig plads. Det accepterer han også, ud fra ræsonnementet, at andre må have mere behov for pladsen end ham. Per og Hans Peter lykkes at få et ophold efter flere genindlæggelser.

### **Ændrede rammer for sikkerhed og tryghed i boligen**

Finn nægter at blive udskrevet til eget hjem. Han synes, hans hus er for farligt at bo i, efter han har fået afsat sit ben. Hvis kommunen ikke kan give ham et rehabiliteringsophold, indtil han har fået et handicapvenligt sted at bo, vil han blive på hospitalet. Det vil hospitalets læge ikke gå med til. Det lykkes Finn at komme direkte på rehabiliteringsafdelingen, dog med det formål, at han skal genoptrænes til at kunne forblive i sit hus. Han genoptrænes hertil, men falder under det første hjemmebesøg, genindlægges og udskrives for anden gang direkte til rehabiliteringsafdelingen. Her bliver han, til huset er solgt, og en handicapbolig er klar.

I Grethes tilfælde argumenterer døtrene for, at deres far har brug for aflastning, og at de derfor har krav på en aflastningsplads til moderen. Da aflastningspladsen udløber, argumenterer døtrene herefter for en rehabiliteringsplads til Grethe. Grethe bliver således udskrevet direkte til rehabiliteringsafdelingen, hvor hun bliver på samme stue under begge ophold. Ægtemanden besøger hende dagligt, og døtrene deltager i de formelle samtale med moderen under opholdet, lige så vel som de også kommer uanmeldt for at sikre deres mors behandling. Hanne nægter også at blive udskrevet til hjemmet og rager også uklar med den ene koordinator på hospitalet. Hendes døtre overtager forhandlingen, og der bliver aftalt en plads på rehabiliteringsafdelingen. De er enige i om, at Hanne har fået et ulyksaligt forløb med uventede komplikationer, der skal afklares (Hanne har skrevet en klage). Der vil heller ikke vil være plads til Hannes hjælpemidler, bl.a. et drejetårn i hendes eget hjem.

### 6.2.2 Sammenhæng i sektorovergang som forhandlet kontinuitet

De ovennævnte protester og forhandlinger er eksempler på, at udskrivelsen fra hospitalet – der både er en overgang mellem to pleje- og behandlingskontekster, såvel som en overdragelse af ansvaret fra hospitalet til kommunen – er det tidspunkt, hvor konflikten mellem, hvilket forløbstilbud kommunen tilbyder borgeren, og hvilket tilbud den skrøbelige ældre selv mener vil sikre dem kontinuitet i deres forløb, træder tydeligt frem. Forhandlingen bærer præg af, at 'system' og borger ikke nødvendigvis er enige om, hvad der udgør sammenhæng i deres forløb, at kommunens mål om "hurtige overgange" ikke nødvendigvis tjener borgerens interesse, særligt også i tilfælde, hvor system, borgere og pårørende er uenige om, hvor godt hjemmet er som pleje- og behandlingssted.

Sektorovergangen bliver således til en forhandlingsproces, der er vanskeliggjort af, at de kommunale døgnpladser ikke kan følge med presset (der er stor efterspørgsel fra både lægehenvísninger, ansøgninger fra borgerne og henvisninger fra akutteamet), og det genererer et pres på både koordinatorene, visitation, borgere og deres familier om at finde en løsning.

Det næste afsnit reflekterer over forskellen i de ældres oplevelse af de kommunale forløbstilbud med henholdsvis hjemmet og/eller den kommunale rehabiliteringsafdeling som pleje- og behandlingssted.

## 6.3 Forløb med flere kommunale forløbstilbud

Kommunens flerstrengede indsats består som nævnt dels af hjemmet som pleje- og behandlingssted med enten hjemmetrænere eller ambulante genoptræning, dels af døgnophold på rehabiliteringsafdelingen. I kommunens kommissorium beskrives det som "*afgørende, at overgangen fra ét område til et andet opleves som naturlige ændringer og ikke strukturelle og lov-mæssige skift*" og skabes "i samspil med borgerne", jf. også case-beskrivelsen i kapitel 3. De fleste informanter har oplevet begge pleje- og behandlingskontekster, typisk som del af forløb med genindlæggelser. I praksis optræder der også et tredje alternativt tilbud eller løsning på de ældres efterspørgsel, nemlig at komme på en venteliste til rehabiliteringsafdelingen, således at man i første omgang får tilbuddet om hjemmet som kontekst, hvorefter man overføres til den ønskede døgnplads, når den bliver ledig.

### 6.3.1 Ventelisten som intern kommunal overgang

Per, Jan og Hans Peter kommer fx på venteliste til en ledig døgnplads på rehabiliteringsafdelingen. Den løsning er de glade for i sammenligning med alternativet, altså intet døgnophold. Den er dog forbundet med dobbeltarbejde for både kommunen og de eventuelle pårørende. Ventelisten betyder, at både hjemmet og rehabiliteringsafdelingen skal forberede modtagelse af borgeren. Koordinatorerne bekræfter, at udskrivelsen til ventelisten skaber ekstra koordineringsarbejde på tværs af kommunens kommunale enheder, fx med at flytte plejesenge og hjælpemidler til og fra borgerens private hjem og mellem hjem og rehabiliteringsafdeling. Hver gang skal hjælpemidler rengøres, ligesom det også afregnes forskelligt, om borgeren kommer direkte fra hospital til rehabiliteringsafdeling eller hjem først. I sidstnævnte tilfælde påhviler det også borgeren at betale for transport og rengøring. Koordinatorerne oplever, at dette kan skabe økonomiske og praktiske problemer for nogle borgere. Levering af pleje og mad skal også bestilles til hjemmet og siden afbestilles igen, når borgeren er på rehabiliteringsafdelingen. Borgeren skal også selv betale for mad under ophold og sørge for eget og rent tøj. Hvorom

alting er, så skabes der en ekstra intern overgang i det kommunale forløb, som ikke umiddelbart er så ressourceeffektivt, som kommunen tilsiger i sit kommissorium. Denne beskriver eksplicit, at samspillet i kommunens flerstrengede indsats skal være "naturligt", således at interne forskelle ikke skyldes regler og struktur. De følgende to afsnit giver indblik i, hvorledes de ældre oplever samarbejdet med kommunen i de respektive forløbsindsatser, de bliver tilbudt. I beskrivelserne indgår observationsnoter fra informanternes bolig og fra deres ophold på rehabiliteringsafdelingen såvel som udsagn fra de ældre selv, pårørende og sundhedsmedarbejdere.

### 6.3.2 Mount Everest – hjemmeplejen

Referencen til Mount Everest, verdens højeste bjerg, er Grethes datters metafor for hjælpen og samarbejdet med den kommunale hjemmepleje og dens visitation. "*Det er godt nok op ad bakke*", forklarer datteren og uddyber: "*Det er lettere at sige fra end at bede om noget*". Grethes families strategi er at sikre forældrene maksimal hjælp, for som sagt er det lettere at sige hjælpen fra, end at kunne regne med at få den, når behovet opstår. Grethes to døtre har indgående kendskab til hjemmepleje gennem uddannelse og arbejde. De fører derfor løbende en logbog på forældrenes vegne over kontakten til kommunen. Den sikrer dem, at aftaler og rettigheder bliver holdt. Og Grethe er tryk ved arrangement, som hun siger: "*Så er det hele sådan set tilrettelagt*", som hun og familien ønsker det. Det er således lykkedes med daglig hjælp fra hjemmeplejen at skabe Grethe og hendes mand en tryk hverdag, der også fungerer for deres fire børn.

Det er ikke alle, det lykkes lige så godt at få deres ønsker igennem efter hjælp fra kommunen. For nogle af de ældre er forhandlingen med kommunen om hjælp så vanskelig, at de giver op. Per forklarer frustreret: "*Jeg ved ikke, hvad jeg må bede om hjælp til*". Jan opgiver at forhandle sig til hjælp, efter hans ønske om at få hjælp til rengøring én enkelt gang i forbindelse med hjemkomst til hans bolig efter længere tids indlæggelse blev afvist. Afvisningen forklares med, at kommunen kun tildeler fast rengøring. Jan får dog et tip fra hans rehabiliteringsteam om, at han kan bede om fast rengøring og dernæst opsige det igen efter første gang. Men i Jans verden er det ikke en reel måde at lave aftaler på. I stedet frasiger han sig al hjælp fra hjemmeplejen, også selvom hans genoptræningsteam fraråder ham det. De er bekymret for, hvordan han skal klare dagligdagen efter hjemkomst. Grethes (også syge) mand, der står for maden til Grethe, er frustreret over, at hjemmehjælpen kun må bruge mikroovnen til at varme frokosten, for så er det umuligt at få et spejlæg. De opsagde hjælpen, da det blev for ensidigt med "*opvarmet frossen suppe*".

#### **Svær kommunikation**

Det er et gentaget tema blandt de ældre, særligt Finn, Per og Edith, at kommunikationen med kommunen kan være svær. Også fordi de ikke kan gennemskue, hvorledes kommunen og visitationen er organiseret, og hvilke rettigheder de har.

*Jeg forstår hende ikke, hende visitatoren på kommunen. Vi kan heller ikke tale sammen. Hun vil kun skrive. Man skal selv forlange informationer. De kræver bare.*  
(Finn)

Finn føler kommunikationen er vanskeliggjort af, at den overvejende er skriftlig. Edith afventer gennem måneder besked fra kommunen på hendes ansøgning om en beskyttet ældrebolig. Hun er bange for at bo alene, særligt om natten. Selv om Edith får mange besøg af hjemmeplejen, så oplever hun ikke, at de mange besøg afhjælper hendes oplevelse af at være alene:

"De er søde nok, men de løber ind og ud". Flere istemmer sig Ediths opfattelse af, at hjemme-hjælperne er "søde nok", men at de har travlt og kommer og går på uberegnelige tidspunkter. Selve aftalerne opleves også af nogle som uklare og uberegnelige i forhold til, hvornår de gælder og ophører, særligt i forbindelse med ændringer. Da Per afholdt udskrivelsessamtale fra rehabiliteringsafdelingen med visitatoren for hjemmeplejen, opsigde han sine tryghedsbesøg om natten (hjemmeplejen låser sig ind i hans bolig). Men Per oplever alligevel efter hjemkomst, at hans dør låses op om natten, og at en hjemmehjælper kigger ind til ham flere nætter i træk. Han udbryder frustreret: "De har ikke styr på en skid" og sigter på organiseringen af hjælpen. Han vil gerne have selvstændigheden, men oplever ligesom Jan afmagt, når de skal tilpasse sig den hjælp, kommunen vil give, og ikke den, de beder om.

### **Et ansvarlighedsparadoks**

En kommunal visitator forklarer Kresten principperne for tildeling af hjælp i forbindelse med, at han skal udskrives til hjemmet fra rehabiliteringsafdelingen: "Alt hvad du kan selv, skal du gøre selv. Du kan få hjælp til det, du ikke kan selv". Denne bevidsthed om, hvad man selv kan og ikke kan, udfordrer borgerne netop efter udskrivelsen og erfaringsbrud af, at de er usikre på, hvad de fysisk og mentalt kan. De vil gerne være uafhængige og ansvarlige, men efter hospitalet har de ikke det kognitive overskud og overblik over deres egen situation og fremtidige hverdag, som implicit ligger i hjemmeplejens princip. De ældre mangler ved udskrivelsen en klar fornemmelse af, hvad de kan og vil kunne genoptrænes til at kunne gøre selv igen. Det er uvisheden om fremtiden og om, hvordan en hverdag kommer til at se ud (beskrevet i kapitel 5 Erfaringsbrud), som gør det så vanskeligt og forudsætter et kontinuitetsarbejde, som de har brug for hjælp til at få afklaret. De oplever således et kommunikativt paradoks i mødet med hjemmeplejen, når den ikke udviser den fleksibilitet og hjælp, som de ældres situation kræver. De er meget afhængige af, at andre aflaster dem ved at kunne se, imødegå og fornemme den krise, de er i. De ældres modvilje mod at blive udskrevet direkte hjem, samt deres erfaringer med hjemmepleje og visitationen, er således begge udtryk for, at hjemmet bliver oplevet som en utryk pleje- og behandlingskontekst.

### **6.3.3 Montebello – Rehab-afdelingen**

Den kommunale rehabiliteringsafdeling er ifølge lederen tænkt som en 'mellemlanding', der "bygger bro mellem hospital og hjem". Og Sigrid udbryder også tilfredst om sit ophold: "Det er 1.000 gange lettere på døgnophold end at komme hjem". På afdelingen, der af Hans Peter beskrives som "Montebello", altså endnu en bjergmetafor, men denne gang med en smuk, 'bello', udsigt. På afdelingen oplever de ældre sig trygge efter udskrivelsen. Hanne siger: "Genoptræning på afdelingen er bare dejligt. Det giver mig tryghed. Her lyttes til, hvad man siger". Grethe bifalder, at hun "altid bliver mødt af et 'smil'", og for Bjørn er oplevelsen af at blive "talt direkte til i øjenhøjde" meget vigtig, også for hans kone, som han siger. Denne direkte dialog, ansigt-til-ansigt, hvor de ældre bliver lyttet og talt til, oplever de som tryghedsskabende og opbyggelig, især da de også får lov til gradvist at afdække og afprøve, hvad de fysisk kan gennem motiverende støtte og træning. Under opholdet får de ældre støttende rammer for at udvikle en mulig fremtidshorisont for hverdagen, også selv om den ikke bliver som før hospitalsindlæggelsen. Det kan skyldes, at de ikke kan genoptrænes helt som før, og at de har måttet flytte i en ny, ældrevenlig bolig. De følgende fem, kontinuitetsfremmende temaer uddyber konstruktive elementer i deres pleje- og genoptræningsforløb på rehabiliteringsafdelingen.



## **Gradvis afdækning af en mulig hverdag**

Strukturerede samtaler og træningsaktiviteter pågår dagligt på afdelingen og bidrager konstruktivt til de ældres kontinuitetsarbejde. Gennem en indledende målsamtale får de ældre indkredset nogle vigtige hverdagslignende aktiviteter, de kan øve sig i. De kan også deltage i hverdagslignende opgaver på afdelingen efter behov og kunnen, fx borddækning til fælles morgenmad i køkkenet. Døgnopholdet er således orkestreret, så de ældre bliver støttet til en gradvis tilbagevenden til hverdagslignende aktiviteter og opgaver. Det drejer sig om evnen og kræfterne til at rejse sig fra en stol, gå, dække morgenbord og lignende. De oplever også tryk ved, at afdelingen er plejebemandet døgn rundt. De bor på en rummelig og lys enmandsstue med navn på døren, og én tavle med oversigt over personer i den pågældende ældres pleje- og genoptræningsteam, samt andre vigtige informationer for den pågældende borger. Det sikrer kontinuitet i relationer og informationer under opholdet. Stuen har ud over plejesengen også tv, lænestol og spisebord med fire stole, et tekøkken og eget badeværelse.

Den personlige stue er også konteksten for en række dialogmøder mellem den ældre, sundhedsprofessionelle og pårørende, der omhandler den ældres mål for opholdet, træningsresultater og fremadrettede behov ved udskrivelsen til eget hjem/ny bolig (jf. eksempel på de ni samtaler i case-beskrivelsen i kapitel 3). Der er således lagt op til en række af kontinuerlige møder, som støtter den ældre i at genskabe sig forventninger til hverdagen kognitivt og fysisk.

## **Strukturerende samtaleteknikker**

I samtalerne indgår der en række teknikker bl.a. til scoring af borgerens funktionsniveau og vurdering af fremskridt i forlængelse af den målrettede træning, men der indgår også andre samtalepunkter, der vedrører det almene velbefindende, medicin og sociale relationer. I opholdet indgår der også et besøg i eget hjem med terapeuterne i borgerens team med henblik på at vurdere, hvad der skal til for at fremtidssikre til den nye situation: Det kan være alt fra at mindske risikoen for fald til rammerne for madlavning og badning. Når borgeren bliver udskrevet fra afdelingen efter endt genoptræning, indgår disse vurderinger og anbefalinger i udskrivelsessamtalen. Ud over borgeren deltager borgerens team, eventuelle pårørende samt den kommunale visitator for hjemmeplejen – alle med henblik på at videregive informationer og afstemme de fremadrettede aftaler for borgerens hverdag efter hjemkomst til eget hjem (evt. ny ældre bolig). Det skal gøre hjemkomsten overskuelig og tilrettelagt med klare opgavefordelinger mellem de forskellige aktører. Der bliver lavet aftaler om alt fra levering af indkøbsvarer, montering af håndtag og udligning af dørtrin til at forbygge fald, medicinbestilling, afhentning af medicin på apoteket, ophældning og indtagelse af medikamenter, adgang til e-Boks, øvrige sundhedsaftaler, faldalarm, ansøgning om ældre bolig osv. Samtalerne udfolder sig organisk omkring den enkelte ældres konkrete situation og vilkår, der jo også ændrer sig under forløbet.

## **Fremdrift gennem tværfaglige samtaler**

De tværfaglige kompetencer, der indgår i samtalerne, kommer omkring mange aspekter med såvel afdækkende spørgsmål som forslag til løsninger. Det er dialoger, hvor de ældre oplever at få afsøgt, både hvad de kan og vil – og ikke mindst blive støttet i og motiveret til at afprøve ting og træne. De ældre udvikler også tætte relationer til de sundhedsprofessionelle, der får en særlig rolle i deres forløb, fx i den daglige træning eller gennem personlige samtaler.

## **Fleksibel deltagelse i dagligdagsopgaver**

Dagligdagen er under opholdet på rehabiliteringsafdelingen struktureret som en traditionel hverdag (eller arbejdsdag), idet der er fælles morgenmad om morgenen, som man kan deltage i at

forberede fx med bordopdækning, og dernæst træning ('arbejde') om formiddagen og eftermiddagen. Der kan altid hentes te eller kaffe, ligesom som der er en dagligstue, hvor man kan opholde sig og være sammen med andre. De ældre har altid mulighed for at trække sig tilbage og fx indtage morgenmaden alene på stuen. De kan deltage i aktiviteter som madlavning og tøjvask, hvis de ønsker og magter det. I det hele taget er tilgangen hos personalet lagt an på hverdagsrehabilitering (jf. også bilag med forløbsplaner). Afdelingen adskiller sig således væsentligt både fra hospitalsopholdet og fra den direkte udskrivelse til eget hjem, da der både er mere fleksible grænser for, hvad den ældre kan og skal deltage i samt motiverende rammer for, at den ældre videst muligt bringes til at deltage i hverdagsliggende aktiviteter. Herved opøver de ældre færdighederne og herigennem også troen på, at de i en eller anden grad vil kunne mestre en hverdag igen – en hverdag udformet og tilpasset til det funktionsniveau, de har kunnet oparbejde under opholdet. Alt andet lige betyder det også, at de ældre ikke oplever at få mere ansvar for deres hjem og hverdag, end de erfarer, at de fysisk og kognitivt er i stand til. Det har en beroligende og tryghedsskabende effekt, at der er beskyttende grænser for, hvor selvstændig man forventes at være; man påtager sig ikke mere, end man er parat til, eller end det faglige personale tager medansvar for, at man kan. Det bidrager til at bygge deres selvtillid og kræfter op.

### **Justering af fremtidshorisont**

Som det fremgår af de ældres forløb i kapitel 4, så nås målene ikke i alle rehabiliteringsindsatserne. Knud Erik fik ikke nok bevægelighed og kræfter i sine hænder til at kunne smøre sig en mad selv. Hanne kommer ikke til at gå selv igen. I stedet bliver målet at indstille sig på en ny tilværelse fx i en ny bolig. Afgørende er, at de ældre oplever kompetente rammer om at træffe de nødvendig beslutninger for, hvad der så skal ske efter opholdet, såsom i Hannes tilfælde at sælge hus og flytte til bolig i nærheden af sine børn. Opholdet på afdelingen går således i det væsentligste ud på at stabilisere deres tilstand rent sygdomsmæssigt, men har også til opgave at flytte dem fra oplevelsen af at være i den i kapitel 5 beskrevne 'grænsetilstand' – til at finde ud af, hvad de kan og ikke kan, og hvad deres muligheder vil være fremover. Dette er et væsentligt afklaringsarbejde for de ældre med henblik på at skabe den sammenhæng, de oplever som kontinuitet. Kontinuitet i forhold til at kunne rumme de kropslige og mentale forandringer, de har oplevet som del af deres sygdomsforløb, men som alligevel rækker ud over og åbner for en mulig fremtid, de kan se sig selv og deres hverdag i.

## **6.4 Delkonklusion: Forhastede overgange ved utrygge rammer i hjemmet**

De skrøbelige ældre udfører i forlængelse af deres erfaringsbrud et omfattende kontinuitetsarbejde med at genskabe sig en tryk hverdag. Det gælder både deres monitorering og fortolkning af egen krop og sindstilstand, såvel som at forhandle løsninger for deres fortsatte forløb efter udskrivelse fra hospitalet til kommunal pleje og behandling. Når de er utrygge ved hjemmet som pleje- og behandlingskontekst, foretrækker de at blive udskrevet til døgnophold. Utrygheden kan omhandle afhængigheden af stabile og kompetente relationer, såvel som en vanskelig kommunikation med hjemmeplejen om, hvilke opgaver der skal løses, og hvordan de kan få hjælp (beskrevet som ansvarsparadokset). De har dog ikke alle det samme netværk til at få hjælp til at fortolke egen sundhedstilstand, ej heller til at forhandle om det kommunale tilbud. Ventelisten opstår bl.a. som resultat af forhandlinger, hvor de ældre ønsker døgnopholdet på rehabiliteringsafdelingen. Opholdet på afdelingen er tilrettelagt gennem en række af strukture-

rende samtaler og aktiviteter, som giver borgerne mulighed for gradvist at udvikle en dømmekraft for, hvad de kan og ikke kan, såvel som en dertilhørende forventningshorisont for fremtiden, der samlet set gør overgangen til hjemmet lettere og hermed mere tryk.

De ældre oplever kommunens tilbud om henholdsvis hjemmet og rehabiliteringsafdelingen som pleje- og behandlingskontekst kvalitativt forskellige. Flere har oplevet et forløb, hvor de har været indlagt flere gange og herigennem gjort sig erfaringer med kommunens "flerstrengede indsats". Den interne sammenhæng i kommunens forløbstilbud virker ikke "naturlig" men netop som struktureret forskelligt. Det er forskelle, som skrøbelige ældre kan have svært ved at navigere i, især hvis de ikke har sundhedskompetente pårørende til at tale for sig.

Alt andet lige oplever informanter "hurtige overgange", således som kommunen tilsigter det. De oplever dog også, at de bliver til forhastede overgange, når de ældre ikke er trykke ved at blive udskrevet til kommunal pleje i hjemmet. De er dog ikke forhastede, fordi informanterne ønskede at forblive indlagt på hospitalet, men fordi tilbuddet om pleje i eget hjem opleves uoverskueligt og negativt af de ældre, der netop er utrykke ved en ukendt hverdag.

De ældre er enige med kommunen om det overordnede mål for deres pleje- og genoptræningsforløb, nemlig en videst mulig uafhængig og selvstændig hverdag i eget hjem. De ældre oplever også at få støtte til dette i deres forløb på rehabiliteringsafdelingen, der gennem en række tværfaglige, kommunikative og træningsmæssige greb støtter dem i at danne en fremtidshorisont for en mulig hverdag i hjemmet/ny bolig. Dette skaber en tryk, trinvis overgang til hjemmet/ny bolig efter hospitalsindlæggelse. Ved udskrivelsen direkte hjem oplever de ældre dog, at hjemmet ikke er trygt i sig selv. Hjemmets betydning som trygt og velkendt bliver tvetydigt, når de efter hospitalsindlæggelsen er uafklarede med, hvor selvstændige de er i stand til at være og blive. Denne tvetydighed i forhold egen formåen risikerer at blive forstærket i mødet med den kommunale hjemmepleje, når de ældre oplever, at kommunikation og interaktion er lagt an på, at de som borgere er afklaret med, hvad de kan og ikke kan – frem for en afklaring af, hvad de fremadrettet kan forvente af dem selv og deres liv, når deres grundlæggende eksistens og dagligdag er uklar. Reproduceres eller forstærkes borgerens uklarhed om egen formåen i mødet med kommunen, risikerer denne alt andet lige både, at borgerens tillid svækkes og at den ældres oplevelse af egen skrøbelighed og afhængighed øges. En grænsetilstand, der som argumenteret i det forrige kapitel kan føre til forværringer, (gen-)indlæggelse og borgerens oplevelse af et i praksis uafslutteligt forløb med en utryk hverdag og fremtid til følge.

## 7 Konklusion og diskussion

Rapportens formål er at bidrage med mere viden om ældre patienter, som er særligt udfordrede i tværsektorielle forløb, betegnet som skrøbelige. Viden er tilvejebragt via et etnografisk case-studie i en landkommune, der undersøger disse to spørgsmål:

- Hvordan oplever ældre deres forløb efter udskrivelse fra hospitalet, og hvad har betydning for deres oplevelse af sammenhæng?

Undersøgelsen sonderer i definitionen af sammenhængende forløb mellem den patientoplevede sammenhæng, udtrykt ved 'kontinuitet', og den organisatoriske sammenhæng, karakteriseret ved 'kohærens' (logisk konsistent). Besvarelsen af de to spørgsmål giver samlet input til samspillet mellem de forløbstilbud, borgerne bliver tilbudt i deres kommune ved udskrivelsen (sektorovergangen), og hvorledes de oplever sammenhæng i deres eget forløb. 15 ældre personer er fulgt. De er alle bosiddende i samme landkommune og udskrevet med pleje- og genoptræningsplaner fra medicinske og kirurgiske hospitalsafdelinger til kommunal pleje og behandling (Sundheds- og Ældreministeriet, 2019; Social- og Indenrigsministeriet, 2019). Landkommunen er valgt som læringscase, da den på grund af de geografiske afstande til specialiseret hjælp er mere udfordret end fx bykommuner med hospitaler og dertilhørende udgående hjælp. Kommunens løsning og tilbud om døgnophold på dens rehabiliteringsafdeling er givet et særligt fokus som pleje- og behandlingskontekst for de ældre efter udskrivelsen.

### **Ikke-lineære forløb**

Det første spørgsmål til de ældres oplevelser af deres forløb er besvaret gennem 15 særskilte beskrivelser af forløbene. Disse er sammenstillet i kapitel 5 og giver et indblik i, hvad der har udløst de individuelle forløb, og hvorledes de har formet sig. Om end de 15 personer alle er udskrevet fra de samme hospitalsafdelinger til samme kommune og til dels også har fået de samme kommunale tilbud, 14 af 15 personer har alle været på døgnophold, er deres forløb alle meget forskellige. De er unikke og heterogene forløb og lader sig ikke bringe på formel for et ensrettet forløb fra syg på hospitalet til rask i hjemmet. Modsat en ideal forestilling om organisering af effektive forløb er disse ældres forløb ikke lineære forløb fra hospital til hjem med en udvikling fra syg til rask og fra afhængighed til uafhængighed. I stedet har deres forløb mange drejninger og forviklinger. De forløber frem og tilbage mellem hjem og behandlingssteder, både regionalt og kommunalt. De er således mere karakteriseret ved uforudsigelighed end et forudsigeligt forløb med entydig fremdrift mod bedring. Denne uforudsigelighed bidrager til en grundlæggende stemning af uvished hos de ældre, såvel som den også organisatorisk udfordrer kommunen og hospitalet med at tage imod de ældre og skabe fremdrift og sammenhæng i deres forløb mod en eller anden grad af bedring og stabilitet. De ældres skrøbelighed er således et samlet udtryk for både deres tilstand og det forløb, de har gennemlevet og stadig befinder sig i af uvished.

### **Pejlemærker i uforudsigelig forløb**

De følgende afsnit uddyber gennem tre begreber (analysefundene fra kapital 5, 6 og 7): 1) hvorfor det er svært for de ældre, 2) hvad der bidrager til deres skrøbelighed og 3) hvorledes de selv søger at skabe tryghed og fremgang i deres tilstand. Håbet for og målet om at genskabe sig en videst mulig uafhængig og meningsfuld hverdag i eget hjem, er meget centralt for både de ældre og kommunen. Men hjemmet er ikke trygt i sig selv, bare fordi man er kommet hjem. Hverdagen indfinder sig ikke bare automatisk som før, bare fordi man er udskrevet hjem fra hospitalet. Hjemmet kan også være forbundet med ny boligsituation og hermed forbundet med

nye omstillinger. Man er ikke fysisk og psykisk den samme og har i overgangen til en mulig hverdag – måske også i ny, ældrevenlig bolig – brug for et socialt netværk af sundhedsprofessionelle andre til at støtte én i at afprøve og opbygge en ny, videst mulig selvstændig hverdag.

Det andet spørgsmål uddyber, hvad der har betydning i de skrøbelige ældres oplevelse af deres forløb med henblik på at sikre dem forudsigelighed, tryghed og fremdrift i deres forløb og dets sammenhæng, særligt i kommunalt regi. Den samlede besvarelse af de to spørgsmål gør det muligt at udlede nogle opmærksomhedspunkter for organisatorisk læring i tværsektorielle forløb. Det efterfølgende og afsluttende kapitel præsenterer de samlede fund som en læringscase med mulige bidrag til den fortsatte udvikling af 'det nære sundhedsvæsen'.

## 7.1 Begrebsanalytiske fund

Rapportens analytiske fund er udtrykt i begreberne *heterogenitet*, *erfaringsbrud* og *kontinuitetsarbejde*. Førstnævnte, altså usædvanligheden, understreger den eksistentielle del af et forløb, nemlig at dets sammenhæng opleves i et første persons perspektiv på egen krop og eget sind. Dette er irreducibelt og således en uomgængelig og grundlæggende betingelse, der også medbetinges ethvert organisatorisk tilrettelagt forløb(smodel). En tværlæsning efter *fælles træk* i de 15 forløbsbeskrivelser viser dog, at de ældre har *erfaringer med brud* i deres forløb tilfælles. Disse øger de ældres afhængighed af andre med henblik på at *genskabe en fremtid og en meningsfuld hverdag*, heraf *kontinuitetsarbejde*, som den fremadrettede sammenhæng og fremdrift den enkelte søger at skabe henimod et ideal om en tryk og videst mulig selvstændig hverdag. De tre begreber uddybes i det følgende.

### Heterogenitet

Heterogeniteten i de ældres forløb er en vigtig konklusion, idet den er udtryk for et eksistentielt vilkår, der ikke kan koordineres væk via fx hurtigere sundhedsfaglige indsatser. I stedet er borgerens oplevelse af sammenhæng – eller netop manglen på samme – og ønsker hertil vigtige input til den organisatoriske tilrettelæggelse af de tværsektorielle forløb. De ældres forløbs heterogenitet og grad af uforudsigelig peger på vigtigheden af, at organisationen møder dem med en fleksibel og støttende forståelse frem for en lineær forståelse af sammenhængende forløb som værende effektiv og 'automatisk' forbundet med helbredsmæssig fremgang.

### Erfaringsbrud

Et erfaringsbrud er defineret ved, at erfaringsrum og forventningshorisont ikke stemmer overens. De ældres erfaringsbrud udløses særligt af tre situationer:

1. ulykken eller hændelsen, der fører til hospitalsindlæggelsen
2. udskrivelsen fra hospitalet
3. oplevelsen af deres helbred som en *grænsetilstand*.

Erfaringsbruddene skaber således uvished om fremtiden, både den nære fremtid: *klarer jeg det?* Og den fjerne fremtid: *Hvilken hverdag kan jeg håbe på?* De ældre er usikre på, hvad de kan selv, om de kan blive i deres bolig, og om de med andre ord kan (gen)skabe sig en tryk hverdag. Erfaringsbruddene øger de ældres skrøbelighed og afhængighed af andre, især personer med sundhedsfaglige kompetencer til at genskabe sig en fremtid.

## Kontinuitetsarbejde

Erfaringsbruddene fordrer et kontinuitetsarbejde af de ældre, hvorigennem de fremadrettet forsøger at genskabe sig en mulig fremtidshorison på både kort og lang sigt med henblik på et trygt og meningsfyldt hverdagsliv. I de ældres kontinuitetsarbejde med den umiddelbare fremtid indgår monitorering og fortolkning af egen krop og sindstilstand for at forstå tegn på forandringer og muligvis sygdomsforværringer. De ældre har personlige fortolkningsstrategier, der både hjælper dem med at skabe mening ud fra tegnene og med at motivere sig selv til at udholde og klare grænsetilstanden. Disse strategier er ikke statistiske, men udvikler sig konstruktivt kritisk i samspil med andre fortolkningsressourcer, som fx fra sundhedsprofessionelle. De professionelle kan åbne for nye fortolkninger og nye handlingsmuligheder, særligt hvis relationen til den ældre er tryk, og forslagene giver mening. Uden tilgængelige fortolkningsressourcer er den enkelte ældre overladt til sin egen viden og selvforståelse, hvilket gør det vanskeligt, hvis ikke umuligt at udvikle alternative tolkningsstrategier for fremtiden.

Det langsigtede kontinuitetsarbejde handler om udvikling af realistiske forventninger til fremtiden og en videst mulig meningsfuld hverdag. I forventningerne indgår også overvejelser om eller flytning til ny, ældrevenlig bolig, overblik over opgaver, nye rutiner og ønsket om mest mulig uafhængighed. Med henblik på at etablere både den kortsigtede og langsigtede fremtidshorison er de skrøbelige ældre efter udskrivelsen fra hospitalet særligt afhængige af de kommunale sundhedsfaglige kompetencer til at indgå i deres kontinuitetsarbejde.

## 7.2 Diskussion af den interne kommunale organisatoriske sammenhæng

De ældre, der udskrives med pleje- og behandlingsplan fra hospitalet, kan få tre kommunale forløbstilbud med henholdsvis eget hjem som pleje- og behandlingskontekst med enten hjemmetræner (1. tilbud), ambulans genoptræning (2. tilbud) eller døgnophold på den kommunale rehabiliteringsafdeling (3. tilbud). Flere af de ældre har i deres forløb fået og oplevet flere af tilbuddene, enten i forbindelse med genindlæggelser, i forbindelse med, at de har nægtet at blive udskrevet direkte hjem til pleje og genoptræning, og/eller i forbindelse med, at de har været på venteliste til døgnophold. Selv om kommunen formelt set har en ambition om, at dens "flerstrengede indsats" opleves som "naturlig" og uden "juridiske og strukturelle forskelle", så opleves de som forskellige og uden sammenhæng, særligt i den direkte overgang fra hospital til plejetilbud i hjemmet, og i mindre grad i overgangen fra døgnophold på rehabiliteringsafdelingen til pleje i hjemmet.

### Oplevelsen af hurtig overgang som forhastet overgang

De skrøbelige ældre, der ikke vil direkte hjem ved udskrivelsen, oplever den af hospitalet og kommunen tilstræbte "hurtige overgang" som en forhastet overgang. De kan ikke følge med i betydningen af, at de mentalt og fysisk ikke er afklaret med, hvorledes hverdagen, også med sygeseng i hjemmet, kan se ud. En afgørende forskel er også kommunikationen med de sundhedsprofessionelle, der er forskelligt organiseret i hjemmeplejen og på rehabiliteringsafdelingen. Informanterne giver udtryk for, at de har lettere ved at kommunikere i øjenhøjde og dialog om deres behov på rehabiliteringsafdelingen end i tilknytning til hjemmeplejen. "Samspillet med borgeren", som kommunen finder vigtigt, oplever de ældre således som kvalitativt forskelligt, afhængig af om det foregår i regi af hjemmeplejen eller rehabiliteringsafdelingen. Den forskellighed træder tydeligt frem, når de ældre oplever – ved at være skrøbelig med flere og kroniske sygdomme – at modtage flere af kommunens tilbud, altså både at blive udskrevet direkte hjem

fra rehabiliteringsafdelingen, direkte til rehabiliteringsafdelingen og til ventelisten som dele af deres individuelle, samlede forløb.

### **Kvalitative forskelle i kommunale tilbud**

Disse kvalitative forskelle i de ældres oplevelse af de kommunale tilbud har derfor også betydning for kommunens *interne, organisatorisk sammenhæng* (kohærens) mellem dens tilbud. Det er en forskel, som måske ikke betyder noget for størstedelen af de ældre borgere som kommunen yder hjemmepleje til, men som undersøgelsen viser har betydning, når de ældre har oplevelsen af erfaringsbrud. De følgende to underafsnit uddyber, hvorledes de skrøbelige ældre oplever sammenhængen mellem hospital og kommunens tilbud som forhastede overgange, til når der er tale om direkte udskrivelse til pleje i hjemmet. Det er vigtigt at tilføje, at det ikke er, fordi de ældre ønsker at forblive på hospitalet fremfor at blive udskrevet. De vil blot ikke direkte hjem. I stedet opstår der forhandling og ventelister. Ventelister, der igen skaber flere opgaver og øget koordination hos kommune, borger og pårørende, når den ældre skal overflyttes til døgnpladsen fra hjemmet.

#### **7.2.1 Forhandling om overgange til hjemmet**

Udskrivelser direkte hjem kan give anledning til *forhandling*, når den ældre (og dennes familie) ikke føler sig klar til, at den ældre kan komme hjem. De ældre har forskellige kommunikative kompetencer og sociale ressourcer at trække på, når de forhandler deres ønsker med de kommunale koordinatore på hospitalet (og den dertil knyttede visitation). Nogle lykkes med at blive udskrevet direkte til døgnophold på den kommunale rehabiliteringsafdeling, andre kommer direkte hjem og indlægges evt. akut på afdelingen eller på hospitalet senere i forløbet. Endelig kommer nogle midlertidigt hjem, fordi de er sat på venteliste til en ledig plads på rehabiliteringsafdelingen.

### **Ventelisten**

Ventelisten er en måde at løse problemet med, at efterspørgslen efter døgnpladser på rehabiliteringsafdelingen overstiger kapaciteten (i alt 24 senge). Løsningen skaber dog ekstra koordinationsarbejde i både kommunen og hos eventuelle pårørende, der fx får travlt med at klargøre boligen til levering af en plejeseng. Den skal placeres hensigtsmæssigt i forhold til pladsforhold og adgang til toilet og bad. Øvrige hjælpemidler skal leveres, fx lift, badetaburet, kørestol eller andet. Når borgeren skal på døgnophold, skal hjælpemidler igen flyttes og rengøres. Lige såvel skal ydelser som levering af pleje og mad bestilles og afbestilles igen. Borgeren er også selv ansvarlig for transport til rehabiliteringsafdelingen i modsætning til, hvis han eller hun kommer direkte fra hospitalet. Der er således nogle logistikker, som skaber en intern kompleksitet mellem borger, pårørende og kommune.

#### **7.2.2 Kommunale forskelle i samspejlet med de skrøbelige ældre**

Der indgår som nævnt flere kommunale indsatser i de ældres individuelle forløb, da de både har været udskrevet direkte til hjemmet, blevet genindlagt, blevet udskrevet til hjemmet igen men på venteliste til døgnplads, og dernæst døgnophold, samt andre varianter heraf. I sådanne forløb oplever de ældre kommunens forløbstilbud i hjemmet og på rehabiliteringsafdelingen som kvalitativt forskellige. Herved bidrager kommunen ikke på samme måde og i samme grad, til de ældres oplevelse af deres individuelle forløbs sammenhæng. De kvalitative forskelle beskrives i de næste to afsnit:

## Samspil med hjemmeplejen og visitationen

De ældre oplever de ansatte, som kommer i hjemmet, som søde, men det er kontakten til hjemmeplejen/visitationen, der kan være vanskelig. Især når visitationsprincipperne ('alt det du kan selv, skal du selv') forudsætter en grad af selvstændighed og selvindsigt hos de ældre til at vide, hvad de selv kan og ikke kan, hvilket er svært for dem at bedømme efter hospitalsopholdet. Deres krop kan ikke det samme som før, og uvisheden påvirker dem også kognitivt. De har også meget forskellige fortolkningsstrategier til at udholde den grænsetilstand, de eksistentielt befinder sig i. De oplever derfor kommunikationen og samarbejdet med kommunen svær, fordi de netop har behov for at blive mødt med konstruktiv og tryghedsskabende dialog. En dialog, der også åbner op for en vis fleksibilitet. Flexibilitet i afklaring af, hvad de kan/ikke kan, og i henhold til, at deres grænsetilstand som skrøbelige ældre får deres behov til at svinge. Det svinger netop i forhold til, hvad de selv kan, hvad de ønsker hjælp til, og hvad de i det hele taget magter.

## Døgnophold med tværfaglig rehabilitering

De ældre, der er på døgnophold som del af deres tværsektorielle forløb, føler sig trygge ved, at rehabiliteringsafdelingen har døgnpleje (sygeplejerske på nattevagt) og fleksible rammer i forhold til at deltage i hverdagsaktiviteter. De får støtte og oplever fremdrift i deres kontinuitetsarbejde med hjælp fra det tværfaglige rehabiliteringsteam. Teamet står klar ved ankomsten til afdelingen og hjælper de ældre til at sætte mål for hverdagslignende træningsaktiviteter. Gennem motiverende træning, evaluering og ros af teamet opnår de ældre gradvist indsigt i de muligheder og begrænsninger for et hverdagsliv, som fremtiden byder dem. De oplever, at forløbet på afdelingen styrker dem i at fortolke egne sygdomstegn og udvikle deres nærmeste fremtidshorisont og hertil relateret kunnen, således at de ved udskrivelsen fra afdelingen kan vende hjem, eventuelt til en ny bolig med mere afklarede og fremtidssikrede forventninger til dagligdagen (end ved den direkte udskrivelse til hjemmet).

De skrøbelige ældres oplevelser af kommunens forløbstilbud peger således på, at tilbuddene har en mangelfuld intern, logisk sammenhæng (kohærens), når de efter hospitalsudskrivelse bliver mødt af kommunen med så forskelligartede måder at kommunikere og interagere på. Denne kvalitative forskel peger dog også på muligheder for organisatorisk læring nemlig som afsæt for at *styrke den interne, organisatoriske sammenhæng* i kommunen. Men for at give input til denne *forstærkede sammenhæng* er det vigtigt først at vende tilbage til undersøgelsens andet spørgsmål, nemlig, hvad der har betydning for de skrøbelige ældres oplevelse af sammenhæng.

## 7.3 Kontinuitet som trinvis hjemkomst

Skrøbelige ældre oplever som nævnt erfaringsbruddene tre steder i deres forløb: i deres helbredsmæssige grænsetilstand, ved ulykken, og når de bliver udskrevet direkte til hjemmet. De ældre vil gerne i videst muligt omfang klare sig uafhængigt i eget hjem, men efter ulykken er fremtiden uvis. De er usikre på, hvilken hverdag de kan forvente. Dette giver en *tvetydig forventningshorisont i forhold til hjemmets tryghed* ved direkte udskrivelse fra hospitalet til hjemmet som pleje- og behandlingskontekst. De skrøbelige ældre foretrækker derfor *en trinvis hjemkomst*, hvor de ansigt-til-ansigt bliver taget i hånden, motiveret og trænet til at finde en ny mulig fremtidshorisont. Denne støtte oplever de at få ved at modtage døgnophold på den kommunale rehabiliteringsafdeling.



### **Tværfaglig hverdagsrehabilitering**

Døgnopholdet er tidsafgrænset efter aftale med borgeren. Det går konkret ud på, at de ældre modtages af et tværfagligt borgerteam, der ud fra forløbsplaner laver specialiseret sygepleje og hverdagsrehabilitering med dem. Rehabiliteringen består af strukturerede samtaler og daglig træning, hvorigennem de ældre gradvist får afklaret deres eget funktionsniveau og udviklet en forventningshorisont for hverdagen efter hjemkomst. Under opholdet deltager de ældre i hverdagsaktiviteter, fx borddækning, ud fra egen formåen og lyst. Besøg af egen læge, vagtlæge eller ambulatoriebesøg koordineres også med henblik på den fortsatte behandlingsplan. Udskrivelsen fra rehabiliteringsafdelingen foregår ved en evalueringssamtale med borgeren, hvor både teamet og de centrale aktører for den ældres hjemkomst og hverdag deltager, nemlig den kommunale hjemmeplejevisitator og evt. pårørende eller anden specialiseret sundhedsfaglig person (demenskoordinator, diætist osv.). Samtalen skal afstemme borgerens boligsituation, hvilke opgaver den ældre selv kan, eller ikke kan udføre, hvilke opgaver borgeren har brug hjælp til ved hjemkomst, hvem der udfører opgaverne, og hvorledes borgeren selv kan opretholde sit nye funktionsniveau.

### **Fremtidshorisont for hverdagen**

Opholdet giver således de ældre muligheden for en trinvis hjemkomst i betydningen af, at de er forholdsvis afklarede med, hvad de kan forvente af deres hverdag, når de kommer hjem. Hermed adskiller det kommunale tilbud om døgnophold på rehabiliteringsafdelingen sig også fra udskrivelse direkte fra hospitalet til tilbuddet om pleje og genoptræning i hjemmet (via hjemmetrænere eller ambulansetræning). De ældre er tryggere ved hjemkomst, når de er afklarede med opgavefordeling og ansvar. De oplever sig mindre skrøbelige, når der er etableret et netværk af faste aftaler og relationer, der får en forudsigelig hverdag til at tage form.

### **Kontinuitet som (gen-)etablering af en tryk hverdag**

En væsentlig pointe for forståelse af kontinuiteten i de ældres samlede forløb består således i, at den ældre vender hjem med en forventningshorisont om en mulig tryk og meningsfuld hverdag vel vidende, at den ikke bliver helt som før og måske indbefatter radikale ændringer i forhold til både bolig og den ældres egen kunnen og aktiviteter. De ældre oplever kontinuiteten ved støtten til trinvis at afprøve og udvikle en fremtidshorisont, der gør det lettere at gennemskue, hvad de selv skal, og hvad de på en afklaret og uproblematisk måde kan forvente hjælp til. Dette giver dem en følelse af selvstændighed og værdighed i eget hjem.

## 8 Læringscase – overgange i skrøbelig ældres forløb

Som tematiseret i baggrundskapitlet om det nære sundhedsvæsen er de danske kommuner i stadig pågående udvikling med at forbedre deres forløb, ligesom det er et nationalt mål at forbedre sammenhængen og kvalitet i de tværsektorielle forløb. Forskning viser, at de ældre under hospitalsindlæggelser gøres "interesse-, speciale- og historieløse" (Falch, 2019), at der på bekostning af en omsorgspraksis er etableret en sygdomspraksis, og at der mangler et helhedsperspektiv, der også er tværsektoriel (Falch, 2019; Høgsgaard 2016). Kommunerne forventes at gribe borgerne efter udskrivelsen og udvikle de tilsvarende kompetencer med henblik på at sikre borgerne videst mulig uafhængighed i eget hjem. Det er en kommunal udfordring og opgave, der forventes at vokse, da antallet af ældre i befolkningen stiger. Denne undersøgelse har særligt fokus på, hvorledes ældre selv oplever deres forløb efter at være udskrevet til kommunal pleje og behandling i en landkommune, der tilbyder døgnophold på en tværfaglig rehabiliteringsafdeling – med henblik på at forstå, hvad der har betydning for deres oplevelse af sammenhæng. Projektet søger hermed at give de ældre en stemme, der kan bidrage til helhedsperspektivet på tværsektorielle forløb.

Undersøgelsen har særligt fokus på de ældre, som case-kommunen selv opfatter som komplekse. I rapporten kaldes de 'skrøbelige' – både på grund af mange og kroniske sygdomme, men også (som det etnografiske studie af de 15 ældres forløb viser) fordi de ældre er i uforudsigelige forløb med nye komplikationer, behandlinger, der ikke er gået som forventet, genindlæggelser og flytten-frem-og-tilbage mellem hospitaler, regioner og kommunale tilbud – også beskrevet i analysekapitlerne som *erfaringsbrud* og *kontinuitetsarbejde*.

Disse ældre er samlet set bragt i skrøbelige livssammenhænge, der kræver en ekstra opmærksomhed i sektorovergangene fra hospital til kommunen men også mellem de forskellige kommunale tilbud.

### 8.1 Skrøbelighedens onde cirkel

De ældres skrøbelighed kan blive til en ond cirkel af uvished og afhængighed, hvor forværringer kan føre til nye fald, knoglebrud, operation, infektioner, smerter, vægttab, angst, depression, chok osv. Altså en ond cirkel af indlæggelser og udskrivelser, som det er svært for den ældre at komme ud af selv, fordi afhængigheden hele tiden øges. Den er også ressourcekrævende for sundhedsvæsenet, der netop i forvejen er udfordret og søger at optimere forløbene, særligt sektorovergangen og dens ressourcer. Skrøbelig ældre er således et 'wicked problem' hvor opgaverne og kompleksiteten i deres forløb syntes at stige, og hvor løsninger i form af hurtige overgange og øget koordination risikerer at bidrage til selvsamme problematik, som de forsøger at løse, når de ældres oplevelse af uforudsigelighed stiger og hermed også deres skrøbelighed. De ældre har brug for et afstemt tempo, hvor de kan følge med og etablere en forståelseshorisont for, hvad der skal ske og hvorfor, og hvad deres egen rolle og formål heri er.

Case-studiet viser, at landkommunen allerede gør en del for at skabe en patientsikker og hurtig sektorovergang gennem netop udveksling af informationer og koordinering af opgaver, der bidrager til den sundhedsfaglige kontinuitet i den enkelte patients pleje- og behandlingsplaner. Men den viser også, at informanterne oplever deres kontinuitetsarbejde med at skabe fremdrift

i deres eget forløb som mere eller mindre vanskeligt afhængig af, om de udskrives til kommunalt forløb i hjemmet eller på døgnophold. De deler kommunens mål for forløbene om at opnå en så selvstændig hverdag i eget hjem som mulig, men også at den bedst opnås ved en trinvis hjemkomst via døgnophold med tværfaglig hverdagsrehabilitering.

### **Overvejelser til flere kommunale senge**

En umiddelbar løsning på de skrøbelige ældres ønske om *en trinvis hjemkomst* via kommunalt rehabiliteringsophold vil være, at lade kommunen – såvel som andre kommuner i samme situation – øge sin sengekapaletet til at tage imod flere til døgnophold med tværfaglig rehabilitering direkte efter udskrivelsen. Ressourcemæssigt er det imidlertid som den eneste løsning risikabelt. Selvom der kan være ressourcebesparelser i forhold til genindlæggelser og hjemmepleje ved at øge de ældres funktionsniveau og sikre dem en tryk hjemkomst – og hermed også mindske deres afhængighed og skrøbelighed – er det en bekostelig affære for en kommune at udvide sin sengekapaletet. Ligeså kan en sådan udvidelse alligevel hurtigt blive 'ædt op' af den demografiske udvikling med den kraftige vækst af 80+-årige, der vil ske de kommende år. Ventelisten til døgnophold vil i så fald ikke forsvinde ved flere senge men vedblive at være der, evt. også øges, fordi der vil komme mere pres og efterspørgsel på pladserne. Ressourcemæssigt kan kommunen også overveje, hvor hensigtsmæssigt løsningen med ventelisten til døgnophold er. Den bidrager også til øget koordination i kommunen mellem forskellige sundhedsaktører, såvel som hos borgeren selv og dennes evt. pårørende, når hjælpemidler skal flyttes ind og ud af eget hjem, rengøres ved hver flytning, såvel som hjemmepleje, levering af mad osv. skal bestilles og afbestilles igen, mens borgeren er på døgnophold.

## **8.2 Den kommunale udviklingszone**

Den mest interessante udviklingszone kan siges at være i kommunerne selv, og i den måde de bruger deres interne ressourcer og kompetencer, fx med henblik på at udvikle tilbud, der tager afsæt i de ældres erfaringsbrud og støtter det kontinuitetsarbejde, hvormed de ældre selv søger at skabe sig en fremtid og hverdag. Det gælder særligt i forbindelse med selve udskrivelse fra hospitalet, hvor kommunale udskrivelseskoordinatorer typisk spiller en central rolle i tilrettelæggelsen af den ældres videre forløb. Særlige opmærksomhedspunkter er her borgernes oplevelse af erfaringsbrud i form af:

- hjemmets tvetydige betydning ved direkte udskrivning – et hjem er ikke trygt i sig selv
- fremtidens uvished og en hverdag, som ikke er der, og måske heller ikke bliver som før på grund af tabt førlighed, fysisk og psykisk.

Skrøbelige ældre har heller ikke samme kommunikative kompetencer og sociale ressourcer til dels at fortolke deres helbredstilstand og fremadrettede behov, men dels også til at forhandle den kommunale hjælp for herigennem at påvirke kontinuiteten i deres forløb. Det er en ulige situation, men som i praksis kan betyde, at de svageste ældre uden pårørende med fx sundhedsfaglige kompetencer lettere risikerer at blive overladt til sig selv i et presset sundhedsvæsen med hurtige udskrivelser og overgange.

Endvidere er der forskellige organiseringer af pleje og genoptræning i spil mellem de kommunale enheder, hvis afstemning og gensidig udvikling kunne skabe et særligt kommunalt tilbud målrettet ældre med en usikker fremtid og hverdagspraksis.

De følgende to afsnit udfolder opmærksomhedspunkterne i forbindelse med udskrivelseskoordinatorer ved udskrivelsen og de kommunale organiseringer, der overtager borgeren.

### **Det tvetydige hjem**

En vigtig erkendelse handler om, at hjemmet som mål for hospitalsudskrivelsen og det kommunale forløb ikke i sig selv kan antages at være trygt for den ældre. Tværtom kan hjemmet være forbundet med utryghed både på grund af, at boligens fysiske rammer sikkerhedsmæssigt og praktisk er uegnet (i forhold til toilet- og badeforhold, plejeseng, hjælpemidler og andet). Det kan også være, fordi den ældre ikke har relationer og socialt netværk med tilstrækkelige sundhedsfaglige kompetencer, der kan springe ind og bistå med at få en tålelig hverdag op at stå igen. Den ældre kan godt have en ægtefælle eller familiemedlemmer, som ikke har tiden på grund af eget arbejde eller kompetencerne til at hjælpe. Dette er koordinatorene også til en vis udtrækning opmærksomme på, således at ældre uden pårørende som udgangspunkt har lettere ved at få tildelt døgnophold frem for direkte hjemsendelse. Et andet forhold er, at familierelationer ikke altid er stærke og nære nok til, at de gensidigt kan give den fornødne omsorg. Familier kan have traumatiske relationer, der stiller sig i vejen for, at den ældre kan genskabe en tryk hverdag ved familiens hjælp. Den direkte udskrivelse til hjemmet kan, når det ikke lykkes at tage hensyn til de sociale rammer, øge oplevelsen af både hjælpeløshed og afhængighed.

### **Ulige kommunikative kompetencer og sociale ressourcer**

De kommunale udskrivelseskoordinatorer, såvel som plejen generelt, har grund til at være særlige opmærksomme på, at de ældre har forskellige kommunikative kompetencer og sociale ressourcer til at forhandle deres sag i overgangen. Ældre med stærke kommunikative kompetencer og/eller sociale ressourcer, fx med sundhedsfaglig baggrund, har lettere ved at tale deres sag og få deres ønsker igennem, fx på et døgnophold, der skal sikre dem en trinvis overgang til hjemmet. Dette kan reproducere social ulighed, således at skrøbelige ældre med et stærkt kommunikativt og socialt netværk har lettere ved at sætte sig igennem end skrøbelige ældre uden eller med mindre, sundhedskompetent netværk. Dette betyder ikke, at de skrøbelige ældre med et stærk netværk skal have færre eller reduceret deres muligheder end ældre med svage netværk, men at kommunen kan forsøge at udvikle sundhedskompetente netværk, der kan kompensere for den ulighed i overgangen til hjemmet og i genetableringen af en mulig hverdag for socialt og kommunikativt svage ældre. Dette gælder også de ældre, der fx på grund af smerter, feber og demens ikke kan tale deres egen sag, og/eller ved sygdomsfornægtelse har særligt brug for en kommunal opmærksomhed.

### **Det hverdagskompenserende sundhedsnetværk til udvikling af en trinvis hverdag**

Opmærksomhedspunkterne illustrerer vigtigheden af, at kommunerne fortsætter deres organisatoriske udvikling af støtten til skrøbelige ældre, der udskrives hjem, netop hvor:

- betydningen af boligens rammer er tvetydige i forhold til sikkerhed og tryghed
- borgerens sociale netværk er svagt eller mangelfuldt, også i form af sundhedsfaglige kompetencer.

Det organisatoriske formål er at skabe om ikke den ønskede trinvis hjemkomst (via kommunalt døgnophold) så at gøre udviklingen af en *trinvis hverdag* mulig for den ældre, der er usikker på, hvordan hverdagen bliver.

Med trinvis hverdag sigtes der til, at de skrøbelige ældres væsentligste udfordringer er deres *erfaringsbrud*, således at både deres nærmeste fremtid, men også hverdag på længere sigt –

er uvis. De er således i en helbredsmæssig grænsetilstand, der til en hvis grad kan afhjælpes, hvis den ældre oplever:

1. hjælp til at fortolke sine sygdomstegn og vide, hvordan og hvem der skal handle på dem. Social nærhed er væsentlig i denne tilstand, hvad enten det er pårørende eller sundhedsfaglige personer, såfremt de er kompetente og relationen er stabil.
2. fleksibel støtte til at afprøve, træne og evaluere sit funktionsniveau i hjemmet med henblik på også at udvikle en forventningshorisont for fremtiden og hverdagen heri. Den skrøbelige ældre skal således ikke have større ansvar for hjemmet og hverdagslignende opgaver, end de udvikler kompetencer til. Det forudsætter således også en kommunal hjælp i hjemmet, der er fleksibel i forhold til den konkrete borgers kontinuitetsarbejde med at skabe sig en meningsfuld hverdag igen.

I praksis kunne det være en sundhedsfaglig tovholder med et netværk og kompetencer til at sikre kontinuitet i overgangen til hjemmet den første tid og støtte kontinuitetsarbejdet fremadrettet med trinvist at genskabe en meningsfuld hverdag.

En sådan kommunal udviklingsproces kunne understøttes af mere forskning med henblik på at få indgående og praksisnær viden om hjemmet som pleje- og behandlingskontekst for fx enlige ældre og dets muligheder for at udvikle videns- og fortolkningsnetværk med andre.

## Litteratur

- Andersen, T. K. (2018). Kommunerne råder over 3.500 sengepladser. *Mandag Morgen*, 3.11. 2018.
- Andersen-Ranberg, K. (2019). *GERI-kufferten – Et IT-understøttet tværsektorielt projekt til forebyggelse af akutte indlæggelser af ældre borgere*. Odense & Aalborg: E-sundhedsobservatoriet 2019.
- Baes-Jørgensen, J. (2017). *Flere og flere patienter når ikke at overnatte i hospitalssengen*. KL 21.8.2017: <https://www.kl.dk/nyhed/2017/august/flere-og-flere-patienter-naar-ikke-at-overnatte-i-hospitalssengen/>
- Cole, M. & Engeström, Y. (1993). A cultural-historical approach to distributed cognition. I: Salomon, G. (red.). *Distributed Cognitions: Psychological and educational considerations*, s. 1-46. Cambridge: Cambridge University Press.
- Engeström, Y. (1987). *Learning by Expanding: An Activity-Theoretical Approach to Developmental Research*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Engeström, Y. (1998). Den nærmeste udviklingszone som den basale kategori i psykologisk pædagogik. I: Hermansen, M. (red.): *Fra læringens horisont – en antologi*, s. 111-148. Aarhus: Klim.
- Falch, L. A. (2019). *Det er ikke vores patient! - en kulturteoretisk og kulturhistorisk analyse af betydningen af sygehusvæsenets indretning for gamle medicinske patienters indlæggelsesforløb med Holbæk Sygehus som eksempel*. Ph.d. afhandling. Aarhus: Aarhus Universitet.
- Flyvbjerg, B. (2010). Fem misforståelser om casestudiet. I: Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (red.). *Kvalitative metoder: En grundbog*, s. 463-487. København: Hans Reitzels Forlag.
- Gulliford, M., Naithani, S. & Morgan, M. (2006). What is 'continuity of care'? *Journal of Health Services Research & Policy*, 11(4), 248-250.
- Hansen, B. H. (2017). *Udvikling i indlæggelsesvarighed for somatiske indlæggelser*. KL Analysenotat, 21. august 2017. København: KL – Kommunernes Landsforening.
- Houlberg, K., Ruge, M. (2019). *VIVEs kommunetal 2020.2: Kommunerne budgetterer med stigende serviceudgifter*. Notat, 26. februar. København: VIVE – Det Nationale Analyse- og Forskningscenter for Velfærd.
- Høgsgaard, D. (2016). *Tværsektoriel samarbejde og kommunikation imellem sundhedsprofessionelle, når ældre patienter udskrives*. Ph.d. afhandling. Roskilde: Roskilde Universitet.
- Jensen, J. H. (2018). Det sammenhængende patientforløb. I: Falk, K & Andersen, J. F. (red.). *Sundhedsvæsenet på tværs*, s. 85-108. København: Munksgaard.
- Kommunernes Landsforening. (2012). *Det nære sundhedsvæsen*. København: KL – Kommunernes Landsforening.

- Koselleck, R. (1988). *Vergangene Zukunft: Zur Semantik geschichtlicher Zeiten*. Berlin: Suhrkamp Verlag.
- Kristiansen, S., Krogstrup, H.K. (1999). *Deltagende observation: Introduktion til en samfundsvidenskabelig metode*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S. (1997). *Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kyng, M. & Rasch, S. M. (2019). *Udenlandske erfaringer og viden om sårbare og skrøbelige ældre: Opsporing, opfølgende indsatser, arbejdsgange og koordinationsprocesser*. København: Alexandra Institutet.
- Martin, H. M. (2010). *Er der styr på mig? Sammenhængende patientforløb fra patientens perspektiv*. København: DSI – Dansk Sundhedsinstitut.
- Mattingly, C. (2010). *The Paradox of Hope: Journeys through a Clinical Borderland*. Berkeley: University of California Press.
- Meier, N. (2019). Place Matters in Context Analysis: Understanding Patients' Experiences of Context. I: Meier, N. & Dopson, S. (red.) *Context in Action and How to Study It: Illustrations from Health Care*. Oxford: Oxford University Press.
- Meier, N. & Østergaard, S. (2018). Sammenhængende patientforløb i praksis. *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen*, 94(1), 34-43.
- Merleau-Ponty, M. (2006). *Kroppens fænomenologi*. Frederiksberg: Det Lille Forlag.
- Pinborg, K. (2019a). *Kommuner arbejder for at vende antallet af utilfredse ældre efter udskrivelser*. Kommunal Sundhed, 24.10.2019: <https://kommunalsundhed.dk/kommuner-arbejder-for-at-vende-antallet-af-utilfredse-aeldre-efter-udskrivelser/>
- Pinborg, K. (2019b). *Hver 10. ældre er utilfreds med kommunen efter sygehusindlæggelse*. Kommunal Sundhed, 24.10.2019: <https://kommunalsundhed.dk/analyse-hver-tiende-aeldre-er-utilfreds-med-kontakten-til-kommunen-efter-sygehusindlaeggelse/>
- Quist, P. (2008). *Notat om genindlæggelser indenfor intern medicin. Bilag 5 til Ekspertgruppens anbefalinger til videreudvikling af sundhedskvalitet*. København: Sundhedskvalitet.
- Rodríguez-Laso, P., Mora, M. A. C. M., Sánchez, I. G., Mañas, L. R., Bernabei, R., Gabrovec, B. & Targowski, T. (2018). *ADVANTAGE. Joint action. Layman report of the State of the Art Report on frailty Prevention and Management*. Bruxelles: Advantage Joint Actions.
- Schutz, A. (2005). *Hverdagslivets sociologi: En tekstsamling*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Social- og Indenrigsministeriet. (2019). *Service-loven § 86, stk. 1*. København: Social- og Indenrigsministeriet.
- Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed. (2019). *Borgernes tilfredshed med overgang på sundhedsområdet*. København: Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed.

- Strauss, A. S. (1997). Chronic Issues. I: Weiner, C. L. & Strauss, A. L. (red.). *Where Medicine Fails*, s. 11-24. Piscataway: Transaction Publishers.
- Sundheds- og Ældreministeriet. (2019). *Sundhedsloven § 140*. København: Sundheds- og Ældreministeriet.
- Sørensen, T. K. (2017). Danske sygehuse er blandt Europas hurtigste til at sende patienter hjem: På 10 år er der skåret næsten en fjerdedel af indlæggelsestiden hos danske patienter, viser en ny analyse fra Momentum. *Jyllandsposten*, 13.02.2017.
- Vinge, S. (2018). Det nære sundhedsvæsen. I: Andersen, J. F. & Falk, K. (red.). *Sundhedsvæsenet på tværs*, s. 61-84. København: Munksgaard.
- Weiner, C. L. & Strauss, A. L. (red.). (1996). *Where Medicine Fails*. Piscataway: Transaction Publishers.
- Wentzer, H. S. (2015). Koordinering af teamsamarbejde i opfølgende hjemmebesøg med video - Et eksperiment til innovation af tværsektorielle patientforløb. I: Frimann, S., Sørensen, M. B. & Wentzer, H. S. (red.). *Sammenhænge i sundhedskommunikation*, 83-129. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Wentzer, H. S. & Bygholm, A. (2018). Turning Points in Intermediate Patient Care Paths of Elderly: Constructive Reflections on Video Experiments with GPs and Municipalities. *Proceedings from the 16th Scandinavian Conference on Health Informatics 2018 Aalborg, Denmark August 28–29, 2018*. Linköping: Linköping University Electronic Press.
- Wikan, U. (2012). *Resonance: Beyond the Words*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Yin, R. K. (1994). *Case-Study Research: Design and Methods*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Ældre Sagen. (2014). *Medicinske patienter: Opfølgning på udmøntningsplan. Orientering til ældrepolitisk frivillige*. København: Ældre Sagen.



## Bilag 1 Dataindsamling i tværgående forløb

Følgende figur giver en oversigt over dataindsamling i form af samtaler og interview (hospitalet, rehabiliteringsafdelingen og hjemmet) samt de aktiviteter, der er blevet observeret.

**Bilagstabel 1.1** Oversigt over dataindsamling i tværgående forløb

Informanter	Hospital		Rehabiliteringsafdeling				Hjem	
	Udskrivelse	Velkomst/CPOM/Mål	Træning/besøg	Læge/evaluering	Visitorator	Interview	Hj.pleje	Interview
Hans Peter			x*			x	x	x
Erik	x							x
Sigrid					x	x		x
Viola		xx	xx		x	x, x, x		
Finn								x
Hanne		x				x, x*		
Grethe				X	x	x	x	x
Ellen		x	x			x		
Esben	x		x			x		x**
Edith		x					x**	
Bjørn								x
Per		x	xx		x	x, x		x
Knud Erik								
Jan			x					x**
Kresten		x		xx	x	x		x

\* Mailkontakt og brevudveksling

\*\* Telefonkontakt og -interview

## Bilag 2 Fremdrift i forløb via strukturerede samtaler

<b>Ad. 1 Velkomstsamtale med tværfagligt rehabiliterings-team og pårørende</b>	Borgeren og evt. dennes pårørende præsenteres for borgerens personlige rehab-team, der alle deltager i mødet. Udskrivning fra hospital samt forventninger til genoptræningsopholdet gennemgås, herunder almen tilstand, hjælpemidler, dagligdagen på afdelingen, fælles områder, måltider, pris på kost og vaskeforhold (beboere går i eget tøj, som vaskes af familie eller venner).
<b>Ad. 2 COPM-samtale med ergoterapeut</b>	Borger med længere forløb får deres funktionsniveau vurderet med udgangspunkt i en samtale med ergoterapeut. Bidrager til at forberede den efterfølgende målsamtale. COPM-skemaet gør det muligt at måle fremskridt via genoptræningsindsatsen, herunder beregne funktionsniveauet og dets betydning ift. hjemmeplejeindsats efter hjemkomst til eget hjem.
<b>Ad. 3 Rehabiliterings- og målsamtale med rehab-team</b>	I samtalen aftaler borger og rehab-team mål for opholdet. Mål, som dels har afsæt i borgerens ønskede hverdagsaktiviteter, fx at foretage indkøb, dels rammesætter træningen til fx daglige gå-øvelser med rollator.
<b>Ad. 4 Pleje og træningssamtaler</b>	I afdelingens hverdag inddrages borgerne så vidt muligt i de daglige aktiviteter, såsom morgenmad eller tøjvask. Disse aktiviteter kan også være del af borgerens rehabiliteringsmål. Terapeuternes træning indeholder også inddragende dialoger, fx fysioterapeuten, der sammen med Viola afprøver en teknik til at komme ned at ligge i sengen uden smerter: fysioterapeuten laver forslag, Viola prøver og italesætter hendes fysiske oplevelse heraf, fysioterapeuten justerer med nyt forslag hen imod en samlet afprøvning og med Viola afstemt løsning. Øgede smerter næste dag giver anledning til, at fysioterapeuten vurderer, at Violas hoftekugle er beskadiget og genoptræningsplan skal revurderes efter udredning hos radiolog.
<b>Ad. 5 Lægekonsultationer</b>	'Opfølgende hjemmebesøg' ved egen læge, visiteret af hospitalet Vagtlæge på sygebesøg pga. forværring, fx lungebetændelse Besøg hos egen læge i dennes konsultationstid Ambulatorie- og kontrolbesøg Hospitalsbesøg mhp. genindlæggelse og/eller undersøgelse
<b>Ad. 6 Hjemmebesøg med ergo- og/eller fysioterapeut</b>	Forud for hjemkomst besøger terapeuter og borger dennes bolig med henblik på at vurdere og planlægge en sikker hjemkomst og hverdag.
<b>Ad. 7 Evaluering med rehab-team</b>	Team følger op på træningsresultater, evt. COPM-scoringer med henblik på at afstemme videre aktiviteter og forløb, herunder behov for kommunal pleje og hjælp.
<b>Ad. 8 Udskrivelsessamtale med kommunal visitator og pårørende, evt. også demenskoordinator</b>	Afklaring af samlede situation og fremadrettede behov for kommunal hjælp og hjælp fra familie/venner, fx vedrørende boligforhold, hjælp til medicin, personlig pleje, rengøring, ernæring, indkøb, mad, vasketøj, hjemtransport, fortsat genoptræningstilbud, e-boks og ambulante-/hospitalsaftaler.

Overstående samtaleformer er indbyrdes forbundne. De har til formål hele tiden at sikre afklaring og opfølgning på borgerens problemstillinger og igangsatte løsningsforanstaltninger. En løbende dokumentation er med til at sikre informationsudveksling og koordinering af opgaver og beslutninger. Hermed skabes både fremgang og fremdrift i borgerens behandlingsforløb henimod at øge borgerens mobilitet og uafhængighed ved hjemkomst.

**VIDEN**  
**VELFÆRD**

DET NATIONALE FORSKNINGS-  
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD