

TRÆNING I HJEMMET

Leena Eskelinen

Artiklen beskriver erfaringer fra et pilotprojekt, hvor ældre fik systematisk træning i deres eget hjem efter indlæggelse på en geriatrisk afdeling. Interventionen var rettet mod hjemmeboende ældre med sammensatte problemer, der ikke kan benytte de tilbud, som findes fx på de kommunale ældrecentre. Projektet blev gennemført i samarbejde mellem to geriatriske afdelinger og to kommuner, og det var hjemmehjælperne fra den kommunale ældrepleje, som i praksis stod for træningen¹. Projektet var finansieret af Det tværministerielle udvalg for anvendt ældreforskning, forsøg og udvikling.

Leena Eskelinen er psykolog og har som seniorforsker i AKF, Amternes og Kommunernes Forskningsinstitut, beskæftiget sig med ældres forhold og indsatsen over for ældre.

Gerontologi og samfund 2001; 17, 1: 7–9

Baggrunden for pilotprojektet var de geriatriske teams erfaring, at der er ældre, som efter ophold på sygehus kommer hjem uden at have opnået det funktionsniveau, som de havde før indlæggelsen. Situationen er problematisk især for ældre med sammensatte problemer, som ikke magter at deltage i træning uden for hjemmet. De må efter udskrivningen klare sig i hjemmet bedst muligt ved hjælp af hjemmehjælp og -sygepleje. I mange tilfælde er det svært for dem at klare dagligdagen på trods af hjemmeplejens indsats, og der er en risiko for, at deres livskvalitet bliver permanent dårligere, og at de bliver mere afhængige af hjemmehjælp.

Der findes ikke systematisk viden om mulighederne for at træne denne målgruppe i hjemmet, men der har været forsøg med hjemmetræning af ældre med specifikke problemer, fx apopleksiramte eller ældre med hoftebrud^{1–3}.

Formålet med interventionen var at afprøve en model for træning i hjemmet og vurdere den i forhold til følgende spørgsmål: Hvordan skal træningen af svækkede ældre tilrettelægges i eget hjem? Hvem er målgruppen? Hvor stort et problem er der tale om? Nyttet en sådan indsats?

Seniorforsker Leena Eskelinen

AKF

Nyropsgade 37

1602 København V

le@akf.dk

I denne artikel beskrives de deltagende ældre og hjemmehjælperes erfaringer. En mere detaljeret beskrivelse af selve træningsforløbene og problemets omfang beskrives andetsteds^{4,5}.

PROJEKTETS RAMMER

Træningen i hjemmet blev planlagt og gennemført i samarbejde mellem projektteam (bestående af læge og fysioterapeut) og hjemmepleje. Ens for alle var, at den ældres faste hjemmehjælper stod for træningen. Hjemmehjælperen fik bevilget ekstra 2,5 timer pr. uge til opgaven. De enkelte træningsforløb var aftalt at være maksimalt i 16 uger – i praksis blev de længste træningsforløb 14 uger.

Det overordnede formål var, at den ældre kunne klare hverdagslivet bedst muligt i eget hjem. Udgangspunktet var den enkeltes behov, og derfor blev træningen planlagt individuelt. På et møde, som blev afholdt hjemme hos deltageren umiddelbart efter hjemkomsten fra den geriatriske afdeling, blev det aftalt, hvad træningen skulle gå ud på. De opfølgende hjemmebesøg hver 14. dag, hvor ligeledes projektlæge, -fysioterapeut og hjemmehjælper deltog, havde bl.a. som formål at justere træningen.

TRÆNINGEN

I praksis bestod træningsindsatsen af ADL-træning, forskellige funktionsøvelser eller gangtræning. Gangtræningen blev typisk begyndt indendørs, om muligt udvidet til trappe- og træning i at komme uden-dørs.

Flere havde behov for at lave øvelser enten ved siden af gangtræningen eller for overhovedet at være i stand til at påbegynde egentlig gangtræning. Disse funktionsøvelser omfattede bl.a. venepumpeøvelser (siddende og stående og fodafvikling ved gang), træning af udvalgte muskler (cykelbevægelser siddende, knæekstension siddende, sidelæns gang) og forflytningsøvelser (fra liggende til siddende, fra siddende til stående).

ADL-træningen sigtede mod, at den ældre kunne klare personlig hygiejne, bad og påklædning bedst muligt.

MÅLGRUPPE

Otte ældre – fire fra Køge og fire fra Roskilde – blev løbende udvalgt til projektet blandt ældre, som blev udskrevet til hjem-

met fra de to deltagende geriatriske afdelinger (Roskilde Amtssygehus og Køge Amtssygehus) fra og med den 1. april 2000.

Kriterier var bl.a., at personen var 65 år eller derover, udskrevet til eget hjem efter indlæggelse på de to geriatriske afdelinger, bosiddende i Køge eller Roskilde Kommune, trænbare ud fra en lægelig/fysioterapeutisk vurdering, i stand til at samarbejde mentalt, og at personen havde givet sit samtykke (note 1).

Endelig var en central forudsætning, at de ældre ikke magtede at deltage i træning uden for hjemmet, dvs. at de var »uden for« de eksisterende institutionelle træningstilbud.

DELTAGERE

Deltagerne var alle kvinder og mellem 76 og 92 år. Seks af de otte boede alene, mens to boede sammen med en ægtefælle. De boede alle i en selvstændig bolig, to i en såkaldt ældrevenlig bolig. Fire havde gode adgangsforhold til boligen, mens fire boede i en lejlighed, hvorfra de ikke kunne komme ud ved egen hjælp eller med rollator. Alle otte modtog hjemmehjælp, de fleste bl.a. til personlig pleje. Alle undtagen én var med i den kommunale madordning. Alle havde helbredsproblemer.

Ingen af de otte ville have modtaget træning efter hjemkomsten fra den geriatriske afdeling, hvis de ikke var kommet med i interventionen. De var fysisk svækkede (fx havde tre af de otte behov for ilt døgnet rundt), og derfor oplevede de »standardtilbudene« med transport og ventetider for anstrengende fysisk og psykisk. Flere havde aldrig været med i organiserede »ældreaktiviteter«.

Alle bortset fra én havde enten børn eller anden nær familie, som de havde en forholdsvist tæt kontakt med. Men det var typisk, at deres sociale aktiviteter var indskrænket i de senere år, bl.a. fordi deres omgangskreds var blevet mindre (pga. dødsfald), og fordi de ikke længere havde kræfter til at deltage i aktiviteter eller arrangementer uden for hjemmet. Derfor fandt de fleste sociale kontakter sted hjemme hos den ældre.

¹ Projektet blev koordineret af Center for Forskning og Udvikling på Ældreområdet, H:S Bispebjerg Hospital, og ledet af centerleder Kirsten Schultz-Larsen.



TRÆNINGSFORLØBENE

Materialet til evaluering af forløbene var interview med deltagerne to gange i træningsperioden, gruppeinterview med hjemmehjælperne og observationer, som hjemmehjælperne, projektlæge og -fysioterapeut gjorde undervejs i træningsperioden.

Evalueringen tydeliggjorde, at der især er to forhold, som udbyttet af indsatsen skal ses i forhold til. Det ene forhold er *den ældres tilstand og ressourcer*, når træningen begynder, det andet er *den faktiske træning*, som bliver gennemført, eller som det er muligt at gennemføre. Forbedring af den ældres funktionsniveau er i høj grad påvirket af disse forhold, og derfor blev den enkelte ældre brugt som sin egen reference, da effekten blev vurderet.

AT KUNNE GÅ BEDRE

Dagligdagen var for alle otte deltagere besværliggjort af en dårlig gangfunktion, hvilket ikke var overraskende, idet nedsat førlighed er et stort problem blandt ældre, som modtager hjemmehjælp⁶. De fleste kunne kun med besvær komme omkring i hjemmet, og de sad derfor det meste af tiden i en stol. Nogle havde besvær med at rejse sig fra stolen og vende sig i sengen, og enkelte havde problemer med fx at klare toiletbesøg alene. Ingen var i stand til at komme udendørs uden hjælp, da træningen begyndte. Seks havde en rollator, som de anvendte for at komme omkring i hjemmet. Fire skulle kunne gå på trapper for at komme udendørs, en af dem desuden for at komme i bad. Derfor ønskede de fleste først og fremmest at blive bedre gående for at kunne »genetablere« deres dagligdag bedst muligt. Et vigtigt motiv var ønsket om at blive boende i eget hjem.

Som et mere langsigtet mål for træningen havde flere deltagere et ønske om selv at kunne komme ud – i det mindste for at sidde i haven og få frisk luft. Nogle ønskede at kunne gå ud, eventuelt handle lidt hos købmanden, komme i en pensionistklub eller gå på besøg. Flere havde en el-knallert, som de gerne ville kunne betjene igen.

FORSKELLIGE FORLØB

Af forskellige grunde var det ikke muligt at gennemføre alle otte træningsforløb i det planlagte omfang. Seks gennemførte 5 til 14 ugers træning, mens to praktisk taget ikke

nåede at modtage træning. De ikke-fuldførte træningsforløb skyldtes mest helbredsmæssige årsager. Tre gennemførte interventioner fuldt ud. En deltager døde fem uger efter at træningen var begyndt. To fik træningen afbrudt, fordi de blev indlagt i perioden på grund af forværring af helbredet (den ene pga. hoftebrud efter ca. 5 ugers træning). En nåede ikke at begynde træningen, idet hun døde to uger efter optagelsen til projektet. En ældre ønskede ikke at fortsætte træningen kort efter starten. (Hendes mand havde som den raske part overtaget huslige gøremål, og det kan tænkes, at hendes ønske om at blive trænet i huslige opgaver var en trussel for de nye roller, ægtefælle havde i hjemmet.)

På trods heraf gav alle otte personer nyttig information med hensyn til, hvordan træning i eget hjem skal tilrettelægges, og hvilke forhold det er vigtigt at være opmærksom på. Desuden gav de et indtryk af, hvilke problemstillinger der kendetegner målgruppen.

TRÆNINGENS NYTTE

Den hovedsagelige måde at vurdere på, hvorvidt de ældre havde udbytte af træningen, var, om de var blevet i stand til at gøre flere ting selv i observationsperioden.

Det er erfaringen, at funktionskalaerne ikke er tilstrækkeligt sensitive til at måle mindre forskelle i funktionsevne i praksis⁷. Desuden er det svært at måle effekten af indsatsen kvantitativt på gruppeniveau pga. materialets størrelse.

Hvad angik deltagerens ønske om at blive mere sikre til bens, og blive bedre gående, var fem ud af de seks ældre, som gennemførte 5 til 14 ugers træning, mere mobile efter endt træning end i begyndelsen. Som det fremgår af casebeskrivelserne nedenfor, var dette resultatet med store modifikationer.

To kvinder henholdsvis på 87 og 92 år fik systematisk gangtræning både inde i stuen og på trappen, idet de begge boede i en lejlighed, hvor adgangsforholdene forudsatte, at de kunne gå på trapper. Deres boliger var ikke de mest hensigtsmæssige, men begge havde boet i deres hjem i mange år og ville nødig flytte. Derfor var de yderst motiverede for at træne i at gå på trapper, og de kunne begge efter endt træning komme ud alene. Egen indsats og egne mål spillede en afgørende rolle for resultaterne. Træningen gav som sidegevinst et bedre psykisk velvære.

En kvinde på 80 år fik træning i at rejse sig fra en stol og gå indendørs, og hun fik mod til at øve sig på trappen med sin veninde. Træningen blev afbrudt på grund af hoftebrud. Efter hjemkomsten ville hun begynde en systematisk holdtræning på et kommunalt genoptræningscenter, selv om hun ved starten af hjemmetræningen oplevede, at hun ikke længere havde kræfter til at deltage i træning uden for hjemmet.

En kvinde på 81 år, som boede i en ældrevenlig bolig med en let adgang til haven havde som ønske selv at kunne komme ud i haven. Det var et sted, hvor hun uforpligtende kunne have lidt social omgang med naboerne. Hun havde været kronisk syg siden 20-årsalderen, var bl.a. blevet førtidspensionist som ca. 50-årig. Ved det 1. interview beskrev hun, hvordan »det hele var gået i stå« for hende, og hvordan hun havde mistet troen på, at situationen kunne blive meget anderledes. Hun kunne ikke komme ud efter en 11-ugers træningsperiode. Hun blev indlagt og udskrevet til plejehjem. Hjemmehjælperen iagttog, at hun det meste af tiden lå i sengen, når hun var alene hjemme. Derfor var det svært for hjemmehjælperen at »få hende med« i træningen.

AFGØRENDE BETINGELSER

Flere forhold synes at have betydning for, hvor stort et udbytte den ældre har af træningen.

Et forhold er den enkeltes egen indstilling og medvirken, om vedkommende kan se en *mening* med træningen (har egne mål). I de fleste tilfælde styrkede små skridt undervejs deltagerens motivation og tiltro til, at træningen var besværet værd, selv om begyndelsen var svær for de fleste.

Et andet forhold er »det sociale bagland«. I flere tilfælde støttede det sociale netværk træningen – en af de ældre fik støtte til ekstra træning fra sin veninde, én havde som fælles mål med sin mand at kunne gå en tur sammen, én fik stor opbakning fra sin søn og svigerinde.

Et tredje forhold var *helbredsmæssige problemer*, som opstod i træningsperioden. De betød, at det ikke var muligt at gennemføre den planlagte indsats.

HJEMMEHJÆLPERNES ERFARINGER

De interviewede hjemmehjælperne (note 2) oplevede aktivering/træningen i projektet



meningsfuld både for den ældre og for dem selv. Det var motiverende for dem at se, hvordan den ældre på trods af mange skavanker blev i stand til at klare flere ting selv, og hvad det betød for vedkommende.

Ifølge hjemmehjælperne fik de ældre en bedre hverdag i hjemmet – resultaterne havde betydning for humør og livsglæde. De beskrev, hvordan de selv gennem træningen – og en tættere kontakt med den ældre – fik en bedre indsigt i dennes situation, hvilket var nyttigt i deres arbejde hos den pågældende.

Med hensyn til *tilrettelæggelsen* af projektet fandt hjemmehjælperne det vigtigt, at de var med til de møder, som projektteamet afholdt hos den ældre. Ifølge hjemmehjælperne var det væsentligt for udførelsen af opgaven, at planlægningen skete i samarbejde med projektlægen og -fysioterapeuten, og at der var opfølgning undervejs i træningsperioden. På trods af gode hensigter og skriftligt informationsmateriale havde hjemmehjælperne ikke alle fået en lige god orientering om, hvad interventionen gik ud på, og hvorfor netop den pågældende ældre kom med i projektet.

En anden ting, som nogle hjemmehjælperne ønskede, var en forberedende undervisning til opgaven og efterfølgende mulighed for at få supervision. De havde forskellig uddannelsesmæssig baggrund – social- og sundhedshjælper, sygehjælper eller en »gammel« hjemmehjælperbaggrund – og de havde derfor forskellige færdigheder i at give træning. Behovet for supervision var også påvirket af den ældres indstilling og tilstand, herunder hvilke krav man kan stille til de skrøbelige ældre, eller hvor længe man skal fortsætte med at træne med en ældre, hvis der ikke kan ses fremgang. Endelig ville supervision være vigtig fx i de situationer, hvor den ældre ønsker at holde op undervejs, eller hvor den ældre dør i perioden.

Med hensyn til *behovet for træning* af svækkede ældre oplevede hjemmehjælperne, at de også havde andre klienter, som trængte til træning i samme omfang som de ældre, som var med i projektet. Der er typisk der tale om ældre, som er blevet mere svagelige med tiden, og som ikke kommer til træning uden for hjemmet. Behovet er blevet mere synligt i de senere år, hvor hjemmehjælperne oplever, at arbejdet er blevet meget opgaveorienteret. Der er ikke plads til opgaver, som ville have en positiv indvirkning på den

ældres hverdag, fx at gå en tur, at købe ind sammen, eller at forberede noget sammen i køkkenet. I den travle hverdag er det som oftest for tidkrævende at støtte den ældre til at gøre flere ting selv, og derfor gør man flere ting *for* den ældre, end man optimalt set burde gøre (note 3).

Flere hjemmehjælperne beskrev diskrepansen mellem det, de har lært under uddannelsen og den daglige arbejdspraksis. Af disse grunde oplevede de deres opgaver i projektet som en udvidelse af den funktion, de sædvanligvis havde hos den enkelte borger.

KONKLUSION

Hvis spørgsmålet, om interventionen var til nytte, skal besvares ud fra de deltagende ældres erfaringer, er svaret positivt. Det mest synlige resultat var, at de blev *mere mobile* i perioden, og det var med til at give dem en bedre dagligdag. For enkelte betød det, at de kunne genetablere sociale kontakter. Disse svækkede ældre ville formodentlig ikke have opnået samme resultater uden en systematisk indsats med træning og lægelig opfølgning.

Træningen blev i de fleste tilfælde motiverende og meningsgivende, idet de ældre kunne se nytten af træningen i deres dagligdag. *Hjemmehjælperne* som trænere virker som et relevant valg netop i en intervention, som tager udgangspunkt i den ældres hverdagsfærdigheder. Hjemmehjælperne er vant til at arbejde hjemme hos de ældre, og de er meget motiverede til opgaven. Deres indsats kan imidlertid styrkes ved at give forberedende undervisning til opgaven samt supervision undervejs.

Modellen i projektet bestod også af *opfølgende hjemmebesøg*, som havde til formål at evaluere og justere indsatsen undervejs. Disse besøg var af betydning både for de ældre og for hjemmehjælperne, og derfor kan interventionen ikke vurderes isoleret som en træningsindsats. De opfølgende besøg havde som sidegevinst bl.a. justering af hjælpemidler og medicinering⁴. Et forhold, som ligeledes støttede træningen i projektet, var den særlige model, at de ældre blev udvalgt til projektet under deres ophold på en geriatrisk afdeling. De ældre accepterede træningsperioden i hjemmet med lægelig/fysioterapeutisk opfølgning som en naturlig forlængelse af indlæggelsen.

Interviewene med hjemmehjælperne tyder på, at de observerer lignende behov hos

ikke-hospitaliserede ældre klienter – dvs. gradvis svækkelse og tiltagende funktionsbegrænsninger, hvor det ville være relevant at træde ind med systematisk træning. Det er tankevækkende med hensyn til en forebyggende indsats blandt hjemmeboende ældre generelt. ■

Note 1 Alle, som var indlagt på de to geriatriske afdelinger i perioden 1. april–30. juni 2000 blev registreret. Registreringen bestod af helbredsoplysninger og oplysninger om sociale forhold, samt en vurdering af, om den pågældende hører til målgruppen⁵.

Note 2 Betegnelsen »hjemmehjælper« anvendes her som en fælles betegnelse for hjemmehjælper, social- og sundhedshjælper og sygehjælper, som arbejder i hjemmeplejen.

Note 3 De senere års udviklingstendenser i hjemmehjælpernes opgaver er beskrevet i en AKF-undersøgelse om hjemmehjælpernes arbejdsprincipper⁸.

LITTERATUR

- 1 Rodgers H, Soutter J, Kaiser W et al. Early supported hospital discharge following acute stroke: pilot study results. *Clinical Rehabilitation* 1997; 11: 280–287.
- 2 Sherrington C, Lord SR. Home exercise to improve strength and walking velocity after hip fracture: A randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil* 1997; 78(2): 208–212.
- 3 Tinetti ME, Baker DI, Gottschalk M et al. Systematic home-based physical and functional therapy for older persons after hip fracture. *Arch Phys Med Rehabil* 1997; 78(11): 1237–1247.
- 4 Juncher A, Hansen N, Schultz-Larsen K, Frølund B, Jørgensen LM. Funktionstræning til svækkede ældre i eget hjem. En tværfaglig og tværsektoriel model. Manuskript sendt til Ugeskrift for Læger.
- 5 Juncher A, Schultz-Larsen K, Jørgensen LM, Frølund B, Lendal S. Profil af geriatriske patienter i Roskilde Amt. Manuskript.
- 6 Hansen EB, Platz M. 80–100-åriges levekår. København: AKF Forlaget 1995.
- 7 Hansen EB, Eskelinen L, Sejrr T, Wagner L. Ældrevenlige behandlingsforløb – en analyse af fem indsatstyper. København: AKF Forlaget 1997.
- 8 Hansen EB, Eskelinen L, Madsen JK. Hjemmehjælp og ældres velbefindende – en analyse af hjemmehjælpernes arbejdsprincipper i to kommuner. København: AKF Forlaget 1999.