

Fælles beslutninger i hverdagsrehabilitering: En social form for ældrepleje?

'Hjælp til selvhjælp' skaber forventning om, at borgere kan træffe egne 'korrekte' valg gennem hverdagsrehabilitering. Men er der ikke altid tale om fælles beslutninger?

Hverdagsrehabilitering betegner typisk strukturerede træningsforløb, hvor en sundhedsprofessionel støtter og vejleder en ældre borger (typisk i alderen 65+ år) i at genvinde evnen til klare almindelige dagligdagsaktiviteter (Aspinal et al., 2016; Petersen et al., 2017). Fokuset i sådanne indsats er de såkaldte 'Activities of Daily Living' (ADLs), som betegner en række specifikke selvplejeopgaver, såsom at lave mad, tage tøj på, gå på toilettet, bade og at gå udendørs (Kernisan & Scott, 2017; Rostgaard & Matthiessen, 2019). Målet med et rehabiliteringsforløb er, at indsatsen styrker den ældre funktionsevne i bestemte ADLs, minimerer og/eller forhindrer hospitalsindlæggelser, og at de ældre bliver mere selvstændige i hverdagen (Vinge et al., 2011; Kjellberg et al., 2013; Ældre Sagen, 2019). Derudover forventes disse programmer politisk set at kunne reducere de omkostninger, der er forbundet med et øget behov for sundheds- og velfærdsydelser, og især hjemmehjælp (ibid.).

I Danmark er kommunale beslutninger i forhold til hjemmehjælp og hjemmehjælp reguleret under Lov om social service (Børne- og Socialministeriet, 2018). Især §83 beskriver en borgers ret til at modtage kommunale ydelser i forbindelse med personlig pleje og/eller støtte til praktiske opgaver i hjemmet, samt levering af måltider. Efter en tilføjelse (§83a) til serviceloven i januar 2015 er alle danske kommuner nu forpligtede til at tilbyde en ny hverdagsrehabiliteringsindsats (Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold, 2014). Som følge af den store kommunalreform fra 2007 kan den politiske ledelse i enhver kommune i dag selv bestemme, hvordan programmet implementeres (Kjellberg et al., 2013). Ligesom mange andre sundhedsinitiativer lægger hverdagsrehabilitering vægt på begrebet 'hjælp til

selvhjælp', hvor borgere, der ansøger om at modtage ydelser, bliver tilbudt 'aktiverende' hjælp (Hansen et al., 2015).

I praksis betyder det, at hvis borgeren af den kommunale visitation vurderes selv at være i stand til at udføre visse ADL-aktiviteter, skal sundhedspersonalet kun midlertidigt understøtte borgeren i at udføre opgaverne. Fokuset på 'selvhjælp' rummer dermed en politisk forventning om, at den enkelte borger vil tage ansvar for deres eget helbred og løse deres egne problemer (jf. Mik-Meyer & Villadsen, 2013: 4), hvilket afspejler en "stadig mere gennemgribende individualiseringsproces" (ibid.) i Danmark. Denne individualiseringsproces ses ofte som et væsentligt træk ved det neoliberale samfund; en samfundsorden, der er karakteriseret ved politiske, økonomiske og sociale arrangementer, "der lægger vægt på markedsrelationer, en omdefinering af statens rolle og individuel ansvarlighed" (Springer et al., 2016: 2).

Med denne forståelse skal den enkelte borger – under kommunens vejledning – dermed tage ansvar og foretage de "korrekte" valg angående sit helbred (Pedersen, 2016: 37). Traditionelle former for sundhedsfremme og behandlinger bygger samtidig ofte på en idé om, at en sundhedsekspert på en præcis og upartisk måde kan give neutrale informationer til borgeren, der kan "fyldes op (som et tomt glas) med ny viden og derved omdannes til informerede og villige beslutningstagere" (Charles et al., 1999: 655) – det vil sige selv kan træffe de 'rigtige' valg. Sådant foregår det bare ikke i praksis. Selvom ældre borgere i Danmark principielt set 'frit' selv kan tage beslutninger om deres pleje (Højlund, 2006), vil denne proces ofte involvere andre. Modsat en paternalistisk tilgang indebærer hverdagsrehabilitering

en bestemt en-til-en relation, hvor terapeuten træffer beslutninger i samarbejde med borgeren. Hverdagsrehabilitering er nemlig baseret på et partnerskab, som skal hjælpe den enkelte borger til at være mere selvstændig og selvhjulp. Men hvordan udfolder sådanne programmer sig i praksis, og hvilken betydning har disse fælles beslutninger for ældreplejen?

Forskningsdesign, kilder og metoder

Denne artikel er baseret på en etnografisk undersøgelse, der kaster lys på samarbejdet i hverdagsrehabiliteringsindsats. Analysen fokuserer især på fælles beslutninger, hvilket refererer til de interaktive, tværgående og relationelle valg og handlinger, der foregår inden for og uden for træningsforløbet. I denne proces bliver omsorg for den ældre person udvidet og fordelt mellem mange personer, der bliver engageret i partnerskabet mellem borgeren og terapeuten.

Hverdagsrehabiliteringsprogrammer er tidligere blevet evalueret og undersøgt af både nationale regeringsorganer og interesseorganisationer i Danmark med henblik på at vurdere deres administrative fordele og omkostningsbesparelsespotentiale (fx Kjellberg et al., 2011; Kjellberg et al., 2013; Petersen et al., 2017). Disse evalueringsrapporter har dog selv beskrevet sig som mangelfulde og fremhæver behovet for yderligere at undersøge de potentielle fordele ved sådanne programmer samt deres kort- og langsigtede virkninger på ældre borgers sundhed, trivsel og funktionsevne. Inden for de sidste år er der også blevet publiceret en del kvalitativ forskning, der undersøger virkninger og betydninger af sådanne indsats for både sundhedspersonalet, ældre borgere og deres pårørende (fx Glasdam et al., 2013; Hansen et al., 2015; Hjelte et al., 2016;



Clotworthy, 2017; Hjelte et al., 2017; Clotworthy, 2018; Bødker, 2019).

Mellem 2014 og 2016 har jeg i forbindelse med mit ph.d.-projekt ved Københavns Universitet fulgt arbejdet inden for ældreområdet i Social- og sundhedsafdelingen i 'Tøftsbj' Kommune (1). Formålet var at søge indsigt i de paradigmer og processer, der er i spil, når visse sundhedsinitiativer for ældre udformes, gennemføres og evalueres i en kommunal kontekst. I forbindelse med mit projekt har jeg bl.a. fulgt 17 forskellige sundhedsprofessionelle fra tre afdelinger (Visitationen; Forebyggende Hjemmebesøg; og det Tværgående Træningsteam). I forventning om vedtagelsen af §83a etablerede den politiske ledelse i Tøftsbj i august 2014 et træningsteam bestående af fysioterapeuter, ergoterapeuter og SOSU-assistenten. Mit feltarbejde inkluderede deltagerobservation på kontoret, samt hjemmebesøg og/eller træning hos 37 borgere mellem 57 og 95 år. Til sidst fokuserede jeg på at følge én fysioterapeut og én ergoterapeut gennem et helt træningsforløb – fra den indledende evaluering til det afsluttende møde – med to borgere hver. I denne del af mit feltarbejde, som varede ca. fem måneder, fulgte jeg træningen af to kvinder (på 78 år og 79 år) og én mand (på 67 år). (2) Da alle træningsforløb var endt udførte jeg semistrukturerede kvalitative interviews med otte kommunale medarbejdere og fem ældre borgere. I denne artikel analyserer jeg to eksempler fra den sidste del af mit feltarbejde, som kan illustrere, hvordan fælles beslutninger sker i hverdagsrehabilitering.

Et fænomenologisk perspektiv på fælles beslutninger

I etnografiske studier som dette anvendes ofte en Foucault-inspireret tilgang til at fremanalysere de bestemte diskurser re-

lateret til sundhed og aktivitet som findes i materialet, og som overordnet set kan ses som træk ved nutidens sundhedspolitik. I Foucaults konceptualisering forstås sundhedspolitik som en slags 'biopolitik', der primært anser befolkningen som et politisk problem, der skal overvåges og disciplineres af visse regeringsorganer og institutioner; fx igennem statens sundhedsprogrammer, der opmuntrer individer til at optimere deres livsstil ved bl.a. at forebygge risici livet igennem (Foucault, 2003: 245-246). Men som teoretisk ramme sætter biopolitik-begrebet sjældent fokus på de relationelle interaktioner og fleksible former for magt og socialitet, som udspiller sig i konkrete møder mellem personer i hverdagslivet. Eksempelvis observerede jeg i min undersøgelse, hvordan den sundhedsprofessionelles entré i en borgers hjem – og den efterfølgende sløring af grænsen mellem det offentlige og det private – betød, at deres forhold løbende forvandles og forhandles (Clotworthy, 2017: 123-135). Jeg observerede også vigtigheden af, at terapeuterne lærte borgerne at kende som komplekse personer – og ikke som abstrakte individer, der skal 'kontrolteres' af statens repræsentant – for bedst muligt at kunne understøtte borgerens ønsker.

I stedet for at fremhæve relationen mellem 'staten' og 'individet', har jeg valgt at bruge en fænomenologisk tilgang til at analysere, hvordan forskellige personer oplever hverdagsrehabiliteringsindsatsen. Igennem træningsforløbet har jeg set, hvordan disse personer skaber en særlig relation til hinanden, som giver dem magt til at træffe beslutninger og handle som individer. Denne form for "relationel autonomi" fremhæver vigtigheden af den sociale kontekst for deres møde såvel som for udformningen af de beslutninger, de

I 2015 blev et nyt tillæg (§83-a) tilføjet til Lov om social service, som fastslår at alle danske kommuner må tilbyde hverdagsrehabiliteringsindsatser til borgere, der ansøger om at modtage visse ydelser (fx hjemmehjælp), i stedet for, eller som forudsætning for, den ydelse, borgeren ansøger om. En sådan indsats består typisk af tidsbegrænsede interventioner (træningsforløb), der leveres i hjemmet, udendørs eller i kommunale faciliteter med fokus på at støtte ældre til at genvinde eller fastholde deres færdigheder i daglige aktiviteter. Baseret på 15 måneders etnografisk feltarbejde i en dansk kommune, beskriver artiklen, hvordan sådanne individualiserede interventioner ser ud i praksis. En pointe er, at træningsterapeuter og ældre i denne proces engagerer sig i 'fælles beslutninger'; hverdagsrehabilitering bliver dermed til et socialt ansvar, der forvandler individets forhold til kollektivet.

Amy Clotworthy

Ph.d. i etnologi og cand.mag. i anvendt kulturanalyse fra Københavns Universitet.
amy.clotworthy@gmail.com



træffer sammen (Walter & Ross, 2014: S16). I et fænomenologisk, livshistorisk perspektiv er handlinger og beslutninger desuden ikke fysisk begrænset til en enkelt person eller i tid og rum (Arendt, 1958: 184, 201); den enkelte persons handlinger og beslutninger opstår i og har indflydelse på andre personer og relationer. Min analytiske tilgang fremhæver således, hvordan beslutninger træffes og handlinger foregår i et "net af menneskelige relationer" (ibid.: 183-4).

Med denne forståelse er en pointe, at den enkelte persons evne til at handle kan være begrænset, hvis man prøver at træffe beslutninger alene – det er kun, når individet skaber et forhold til andre og artikulerer sine intentioner, at styrken til at handle kan øges (ibid.: 201). Handlinger og beslutninger, der er meningsfulde for et individ, kræver med andre ord tilstedeværelsen af andre (ibid.), samt en anerkendelse af hinanden som komplekse personer (Liveng, 2011: 273). Når den enkeltes intentioner artikuleres i et net af relationer og bliver anerkendt af andre, får den enkelte magt til at handle.

Derudover har dette perspektiv den pointe, at når andre bliver engagerede i en persons beslutninger og handlinger, kan en form for omsorg opstå, hvilket er en central komponent i menneskelige relationer og en væsentlig del af socialitet (Tronto, 2017: 30). Når et net af relationer indeholder omsorg, kan dét individ, der er i centrum, udføre handlinger, der retter sig

mod fremtiden og eventuelt udvikle sig til en "ny form for tryghed" (Arendt, 1958: xix, 200).

I det følgende analyserer jeg de møder mellem træningsterapeuten og borgeren, jeg observerede under hverdagsrehabiliteringsforløb i en dansk kommune. Min analyse sætter fokus på, hvordan de beslutningsprocesser, der her foregik, kræver anerkendelse af borgeren som en kompleks person såvel som et engagement fra andre end borgeren og træningsterapeuten.

Anerkendelse og fælles beslutninger under en træningssession

I Tøftsby Kommune beskrives hverdagsrehabilitering som "en helhedsorienteret indsats for at fastholde borgerens funktions-evne i et fællesskab mellem borgeren og [træningsterapeuten]" (kommunal pjece). I praksis inkluderer dette fællesskab imidlertid også andre. Dette var tydeligt, da jeg fulgte ergoterapeuten Katrine, imens hun arbejdede med Ulla (78 år), en enke, der bor alene i en lille lejlighed på anden sal. Ulla har kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), hvilket påvirker hendes vejrtrækning. Hun har også gennemgået flere operationer, bl.a. for en diskusprolaps og andre rygproblemer, samt for et dårligt knæ, og hendes helbred og konstante smerter begrænser hendes evne til at gå. Et af målene i Ullas træningsforløb var derfor at få hende til at gå mere sikkert på krykker, for dermed at gøre hende

mindre afhængig af sin rollator, som hun ikke kunne bruge sammen med sin nye el-scooter. Ulla fortalte selv Katrine, hvad hun ville have ud af træningen: "Jeg vil gerne gå ned til hovedgaden for at købe ind [...] og gå bedre, end jeg gør" (feltnoter; den 28. oktober 2015).

Selvom Ulla selv kunne definere målet at gå bedre, var hun ikke i stand til at handle alene. Katrines tilstedeværelse var nødvendig, ikke blot for at træne Ulla i nye kropslige teknikker, men også for at anerkende og understøtte Ullas ønsker. På trods af flere træningssessioner havde Ulla imidlertid ikke forbedret sin gangfunktion med krykker. Katrine besluttede derfor efter et par måneder at bede sin kollega, fysioterapeuten Sofie, om hjælp. Da vi alle fire var samlet til den næste træningssession, spurgte Sofie ind til Ullas smerter og de operationer, hun havde gennemgået, for at få en idé om, hvordan disse forhold påvirkede Ullas gangfunktion. Derefter undersøgte hun krykkerne:

Sofie: *Passer [krykkerne] dig ordentligt?*

Ulla: *Ja, jeg synes, at de er fine. Vil du se dem? Vil én af jer hente dem til mig?* (Katrine henter krykkerne, som står ved siden af Ullas el-scooter. Ulla stiller sig op fra bordet og begynder at gå med krykkerne. Hun går meget langsomt fra køkkenet til sit soveværelse i den anden ende af lejligheden).

Sofie (observerende): *Jeg tror, at de er for høje til dig.* (Hun justerer lidt på krykkerne, og Ulla forsøger at gå igen) *Nu går du fint! Du virker meget tryk. (...)*

Ulla: *Det føles ret trykt at gå med dem.*

Sofie: *Det ser godt ud – godt klaret!* (Ulla går frem og tilbage i lejligheden flere gange, mens Katrine følger og iagttager hende).

Feltnoter; den 5. januar 2016

Denne form for samarbejde er centralt i hverdagsrehabilitering, hvor det i mange tilfælde er nødvendigt for terapeuterne at rådføre sig med og involvere andre fra det tværfaglige team. Men samarbejdet udvider samtidig fællesskabet omkring den enkelte borger. Ved at invitere Sofie til at deltage i sessionen, inkluderede Katrine hende som en del af det fælleskab, som havde ansvar for Ullas træningsforløb. De traf alle beslutningerne *sammen* og blev investeret i det terapeutiske mål om at forbedre Ullas mobilitet og derved hendes livsvilkår og trivsel.

Med det fænomnologiske perspektiv in mente, kan vi samtidig se, at for at dette skal lykkes, er det nødvendigt, at Katrine og Sofie begge skal anerkende Ulla som en kompleks person med en livshistorie – Ullas behov for træning og hendes udfordringer med at gøre fremskridt er baseret på mange forhold (fx hendes aktive barndom og fysiske arbejde i et tidligere job som kantine-kok), der over tid har bidraget til problemerne i ryggen og knæene. Igenem Ullas artikulering af sine intentioner og terapeuternes anerkendelse af Ulla som person, skabes et 'net af relationer' omkring Ullas trivsel, som giver hende tryk til at handle. Deres udveksling af viden og erfaring udgjorde, med andre ord, grundlaget for en række fælles beslutnin-

ger om Ullas træningsforløb og hendes evne til at handle selvstændigt og føle sig tryk i hverdagen – fx ved at gå med krykker og købe ind.

Sådanne fælles beslutninger springer ud af et interaktivt, socialt forhold mellem de personer, der er til stede. Men dette samarbejde er ikke begrænset til træningssessionen; fælles beslutninger finder også sted igennem udvidede netværk.

Det udvidede netværk af beslutninger

Som jeg observerede i mit feltstudie, træffer hverken træningsterapeuterne eller borgerne beslutninger alene – de skal overveje en lang række forhold ud over dem selv og konsultere andre. Et eksempel på dette er Katrines træningsforløb med Walther (67 år), som bor alene i et rækkehus bag et stort hospital. Han har en progressiv, arvelig sygdom (spinocerebellar ataksi type 1, SCA-1), som skyldes nedsat funktion i lillehjernen. Symptomerne er bl.a. manglende styring af muskler, hvilket resulterer i eksempelvis dårlig finmotorik, klodsethed og balanceforstyrrelser med faldtendens. Ligesom i det forrige eksempel vurderede Katrine Walthers tilstand, og sammen fastlagde de en træningsplan, der primært fokuserede på at gøre Walther mere tryk i brusebadet, og når han gik udendørs med sin rollator.

Efter et par træningssessioner blev det dog klart, at alvorligheden af Walthers sygdom forhindrede Katrine i at hjælpe ham til at forbedre sin balance. Derfor blev Katrine og Walther enige om, at de skulle forsøge at stabilisere Walthers hjemmemiljø ved at installere et nødopkaldssystem. Denne beslutning fandt bl.a. sted under Katrines besøg, hvor vi alle sammen sad ved køkkenbordet, og Katrine og Walther diskuterede muligheden for at installere sådan et system:

Walther: *Jeg snakkede med min ældste datter om det – hun er sygeplejerske på et plejehjem. (...) Jeg talte også med min yngre datter, som er en SOSU-assistent, og hun syntes også, det kunne være en god idé. Jeg har ikke reflekserne, hvis jeg falder – jeg falder lige ned. Der var én gang for fire eller fem år siden, hvor jeg faldt og slog min hage. (...) Min mor havde den samme sygdom, og hun brækkede sit ben, da hun faldt i køkkenet og skulle bruge en kørestol bagefter. Altså. Min datter siger, at hvis man brækker noget under et fald, kan man ikke komme op igen. Så jeg har brug for at finde ud af, hvem jeg skal kontakte for at få en nødopkaldsknap.*

Katrine: *Efter træningen sidste gang besluttede jeg mig for, at hvis du ville have det, ville jeg sætte processen i gang. Det var min vurdering. (...)*

Walther (med et grin): *Det er jeg virkelig glad for at høre. Det får mig til at føle mig mere tryk. (...) Jeg tænker på min mor... Hun klarede det fint, indtil hun brækkede sit ben.*

Feltnoter; den 27. oktober 2015

Som det fremgår ovenfor fandt beslutningen om at installere nødopkaldssystemet ikke kun sted omkring køkkenbordet hjemme hos Walther; forud for deres møde havde Walther og Katrine begge konsulteret andre. Walther havde talt med begge sine døtre, og én af dem havde mindet ham om risikoen for at kunne falde og ikke være i stand til at komme op igen. Dette havde påvirket Walther, og det var tydeligt, at han var bange for at falde, ligesom hans mor havde gjort.

På den måde indgik moderens historie i Walthers beslutning om, hvordan han

skulle håndtere sin nuværende og fremtidige situation. Katrine kendte ikke den betydning, den fortidige oplevelse havde for Walther. Men med afsæt i den anerkendende tilgang til Walther, samt hendes viden om Walthers livshistorie og hans ønske om at føle sig mere tryk derhjemme, havde Katrine vurderet, at det var nødvendigt at stabilisere Walthers hjemmemiljø og havde involveret andre i beslutningen. Udover at have læst noterne om Walthers tidligere behandlinger i hans online journal, havde Katrine også læst op på hans sygdom og konsulteret en kollega, der havde arbejdet med ALS patienter (3) i mange år, for bedre at forstå, hvordan hun kunne understøtte ham (feltnoter; den 15. oktober 2015).

Beslutningsprocessen indbefattede således ikke kun Walther og Katrine. Deres fælles beslutning var derimod baseret på viden og erfaringer fra mange andre, herunder Walthers døtre og mor, eksperter på nettet, kollegaer på kontoret og de fysioterapeuter og andre sundhedsprofessionelle, som løbende har skrevet i Walthers online journal. Fordi beslutninger ikke er fysisk begrænset til en enkelt person eller i tid og rum, betyder det, at de andre personer, der (direkte og indirekte) var indblandet i Walthers træningsforløb med Katrine, har påvirket deres handlinger. Når andre personer i det udvidede netværk af relationer bliver involveret i beslutninger om en ældre borgers trivsel, bliver disse andre også en del af træningens fællesskab. Dette net af relationer omkring Walther indeholder også en form for omsorg, som giver ham tryghed til at træffe beslutninger og udføre eventuelle handlinger rettet mod fremtiden.

Konklusion

Som tidligere nævnt bygger den individualiseringsproces, som er indlejret i mange

danske sundhedsinitiativer og -programmer, på en neoliberal logik, hvor der er en politisk forventning om, at den enkelte borger vil tage ansvar for sit eget helbred og løse sine egne problemer. Begrebet 'hjælp til selvhjælp' bygger mere specifikt på en antagelse om, at den (sundheds)professionelle igennem en række teknikker kan udvikle borgeren til et selvansvarligt individ, samt at plejesansvaret kan fordeles på en bestemt måde, som understøtter dette (Tronto, 2017: 29, 33). I praksis optræder borgere dog ikke som isolerede, rationelle individer, der uproblematisk omsætter neoliberale rationaler til konkrete handlinger. Som min analyse har vist, beror den enkelte borgers mulighed for at vælge og handle på dennes indrullering i et kollektiv – i et net af sociale relationer. Hverdagsrehabiliteringsindsatsen kræver et partnerskab og 'personcentreret' samarbejde, hvor terapeuten anerkender borgeren som en kompleks person og engagerer sig i borgerens livssituation og -historie.

Modsat det individualiseringsparadigme, hvor den individuelle borger skal tage ansvar og løse sine egne problemer, har eksemplerne i denne artikel vist, at hverdagsrehabilitering kræver en fælles indsats mellem flere personer i et net af relationer, som gør det muligt for ældre at træffe vigtige beslutninger om det gode liv. Den fælles beslutningstagning, som indgår i hverdagsrehabilitering, fremmer således en særlig form for tilknytning og socialitet, der rækker langt ud over træningsforløbet. Desværre er disse rehabiliteringsprogrammer tidsbegrænsede (normalt 8-12 sessioner), hvilket betyder, at borgeren kun midlertidigt bliver en del af det engagerede og udvidede fællesskab. Når markant flere svage ældre står uden hjælp i hverdagen (jf. Rostgaard & Matthiessen, 2019), kan langvarige personcentrerede indsatser

sikre, at ældre borgere føler sig trygge og understøttede i at være mere selvhjulpne i de daglige opgaver. Desuden vil de blive fastholdt som en del af det større fællesskab; et fællesskab som muliggør nye former for pleje og omsorg, samt kollektive processer og handlinger, der har ældres behov og trivsel i centrum.

Referencer

Arendt, H. (1958). *The Human Condition*. Chicago: University of Chicago Press.

Aspinal, F., Glasby, J., Rostgaard, T., Tuntland, H. & Westendorp, R. (2016). Reablement: supporting older people towards independence. *Age and Ageing*, 45, s. 574-78.

Ældre Sagen (2019). *Visitation og Hverdagsrehabiliteringsforløb*. Tilgængelig på: www.aeldresagen.dk/viden-og-raadgivning/vaerd-at-vide/h/hjemmehjelp/visitation-og-hverdagsrehabiliteringsforloeb [Tilgået 15/2-2019].

Bødker, M.N. (2019). *Negotiating needs, negotiating old age: an ethnographic study of reablement in the everyday home care practices of a Danish municipality*. Ph.d.-afhandling. Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet.

Børne- og Socialministeriet (2018). *Bekendtgørelse af lov om social service*. København: LBK nr 1114 af 30/08/2018.

Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. (1999). Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science & Medicine*, 49, s. 651-61.

Clotworthy A. (2017). *Empowering the*

- elderly? A qualitative study of municipal home-health visits and everyday rehabilitation. Ph.d.-afhandling. Det Humanistiske Fakultet, Københavns Universitet.
- Clotworthy, A. (2018). 'Hjemmearbejde': hvordan hverdagsrehabilitering i hjemmet påvirker ældre borgere. I: Glasdam, S. & Jacobsen, F.F., red., *Gerontologi – Perspektiver på ældre mennesker*. København: Gads Forlag, s. 407-423.
- Foucault, M. (2003). 'Society Must Be Defended': Lectures at the Collège de France, 1975-76. New York: Picador.
- Glasdam, S., Henriksen, N., Kjær, L. & Præstegaard, J. (2013). Involvement of the client in home care practice – a relational sociological perspective. *Nursing Inquiry*, 20(4), s. 329-40.
- Hansen, E.B., Eskelinen, L., Rahbæk, M.Ø. & Helles, J.N. (2015). *Ældres oplevelse af hverdagsrehabilitering*. København: KORA – Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning.
- Hjelle, K.M., Skutle, O., Førland, O. & Alsvåg, H. (2016). The reablement team's voice: a qualitative study of how an integrated multidisciplinary team experiences participation in reablement. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9, s. 575-85.
- Hjelle, K.M., Alsvåg, H. & Førland, O. (2017). The relatives' voice: how do relatives experience participation in reablement? A qualitative study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 10, s. 1-11.
- Højlund, H. (2006). Den frit vælgende ældre. *Dansk Sociologi*, 1(17), s. 42-65.
- Kernisan, L. & Scott, P.S. (2017). *Activities of Daily Living: What Are ADLs and IADLs?* Tilgængelig på: www.caring.com/articles/activities-of-daily-living-what-are-adls-and-iadls [Tilgået 20/12-2018].
- Kjellberg, P.K., Ibsen, R. & Kjellberg, J. (2011). *Fra pleje og omsorg til rehabilitering: viden og anbefalinger*. København: KORA – Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning.
- Kjellberg, P.K., Hauge-Helgestad, A., Madsen, M.H. & Rasmussen, S.R. (2013). *Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet*. Odense: KORA for Socialstyrelsen.
- Liveng, A. (2011). The vulnerable elderly's need for recognizing relationships – a challenge to Danish home-based care. *Journal of Social Work Practice*, 25(3), s. 271-83.
- Mik-Meyer, N. & Villardsen, K. (2013). *Power and Welfare: understanding citizens' encounters with state welfare*. Oxford, New York: Routledge.
- Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold (2014). *Lov om ændring af lov om social service (Rehabiliteringsforløb og hjemmehjælp m.v.)*. København: LSF 25 af 09-10-2014.
- Pedersen, O. (2016). Sundhedspleje, børnehave og konkurrencestat? *Tidsskriftet Antropologi*, 73 (Velfærdsstaten 2), s. 35-53.
- Petersen, A., Graff, L., Rostgaard, T., Kjellberg, J. & Kjellberg, P. (2017). *Rehabilitering på ældreområdet. Hvad fortæller danske undersøgelser os om kommunernes arbejde med rehabilitering i hjemmeplejen?* København: KORA – Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning.
- Rostgaard, T. & Matthiessen, M.U. (2019). *Hjælp til svage ældre*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Springer, S., Birch, K. & MacLeavy, J., red. (2016). *The Handbook of Neoliberalism*. London, New York: Routledge.
- Tronto, J. (2017). There is an alternative: *homines curans* and the limits of neoliberalism. *International Journal of Care and Caring*, 1(1), s. 27-43.
- Vinge, S., Buch, M.S., Kjellberg, J., Kjellberg, P.K., Rasmussen, S.R. & Wiuff, M.B. (2011). *Forebyggelse af indlæggelser: Oversigtsnotat om metoder, koncepter, evalueringer og effekter*. København: Dansk Sundhedsinstitut, Notat / Projekt 3511.
- Walter, J.K. & Ross, L.F. (2014). Relational autonomy: moving beyond the limits of isolated individualism. *Pediatrics*, 133(1), s. S16-23.

Noter

- 1 Kommunens navn samt navnene på alle informanter er blev anonymiseret.
- 2 Den fjerde deltager (en kvinde på 95 år) blev indlagt efter tre sessioner og måtte holde op med at træne.
- 3 Amyotrofisk lateralsklerose (ALS), også kendt som Lou Gehrigs sygdom, er relateret til den form for ataksi, som Walther har.