

**Folketingets Socialudvalg**  
Christiansborg, den 1. marts 2005

Socialudvalget  
L 34 - Bilag 1  
Offentlig

Til  
udvalgets medlemmer og stedfortrædere.

**Ad**  
**L 34 – Forslag til lov om ændring af lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre m.v.**  
**(Ændring af lovens målgruppe)**  
**Af socialministeren (Eva Kjer Hansen)**

Lovforslaget er en genfremsettelse af et tilsvarende lovforslag (L 55) fra Folketingsåret 2004-05, 1.samling.

L 55 var til 1. behandling og blev derefter henvist til Socialudvalget. Udvalget stillede 13 spørgsmål til den daværende socialminister til skriftlig besvarelse, hvoraf de 13 blev besvaret inden valgets udskrivelse. Endvidere modtog udvalget de høringsvar, Socialministeriet havde modtaget i forbindelse med en forudgående høring over forslaget, samt et notat herom.

Til orientering vedlægges det materiale, der forelå i forbindelse med den tidligere behandling. Efter aftale med Socialministeriet omdeles høringsvar og høringsnotat ikke på ny, da der ikke er modtaget yderligere høringsvar eller foretaget ændringer i det foreliggende.

Med venlig hilsen

Jakob Heltoft,  
udvalgssekretær.

Betænkning afgivet af Socialudvalget den 0. december 2004

2. udkast

## Betænkning

over

### Forslag til lov om ændring af lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre m.v. (Ændring af lovens målgruppe) [af socialministeren (Eva Kjer Hansen)]

#### 1. Ændringsforslag

Socialministeren har stillet 1 ændringsforslag til lovforslaget.

#### 2. Udvalgsarbejdet

Lovforslaget blev fremsat den 27. oktober 2004 og var til 1. behandling den 5. november 2004. Lovforslaget blev efter 1. behandling henvist til behandling i Socialudvalget.

#### *Møder*

Udvalget har behandlet lovforslaget i 4 møder.

#### *Høring*

Et udkast til lovforslaget har inden fremsættelsen været sendt i høring, og socialministeren sendte den 17. september 2004 dette udkast til udvalget, jf. alm. del - bilag 920 (2003-04). Den 28. oktober 2004 sendte socialministeren de indkomne høringssvar samt et notat herom til udvalget.

#### *Skriftlige henvendelser*

Udvalget har i forbindelse med udvalgsarbejdet modtaget skriftlige henvendelser fra Ingeborg Byskov, Vanløse og landsforeningen for ansatte i Sundhedsfremmende Forebyggende Hjemmebesøg.

Socialministeren har overfor udvalget kommenteret de skriftlige henvendelser til udvalget.

#### *Spørgsmål*

Udvalget har stillet 12 spørgsmål til socialministeren til skriftlig besvarelse, som denne har besvaret.

#### 3. Indstillinger og politiske bemærkninger

[]

Dansk Folkeparti er ikke et øjeblik i tvivl om, at de forebyggende hjemmebesøg har en vigtig mission. Mødet mellem den ældre og hjemmebesøgseksperter bygger på en dialog, med fokus op den ældres ressourcer og rum for mulighedstænkning.

Det er nødvendigt, at de personer, som skal foretage det forebyggende hjemmebesøg, er kvalificerede til opgaven. Det skal være personer, der har et bredt kendskab til fysiske, psykiske og sociale problemer, og de skal også have kendskab til, hvad der findes af tilbud i kommunen tilrettelagt af enten frivillige organisationer eller af kommunen selv.

Ordningen skal altså medvirke til at skabe trivsel og tryghed. Man skal hele vejen rundt, når det gælder helbred, trivsel, interesser, livskvalitet, familie osv. Det kræver, at der mellem hjemmebesøgeren og den ældre er tid og nærvær.

Dansk Folkeparti ønsker ikke, at der skal slækkes på de forebyggende hjemmebesøg. Hvis vi piller en gruppe ældre ud af ordningen, er der tale om forskelsbehandling, og det vender vi os stærkt imod.

Dansk Folkeparti mener, at der vil blive tale om social slagside, hvis de svageste ældre skal nøjes med det forebyggelsesarbejde, som hjemmeplejen kan tilbyde, mens de stærke ældre får den mere konstruktive forebyggelsesindsats, som forebyggelsesmedarbejderne er trænet i. Derfor kan Dansk Folkeparti ikke støtte lovforslaget.

Enhedslisten hilser det velkommen, at der er garanti for, at det skal være uddannet personale som varetager de forebyggende hjemmebesøg.

Enhedslisten var positiv overfor, at det kunne være ganske fornuftigt, at overgive ansvaret for de forebyggende hjemmebesøg til ældre, der modtager personlig og praktisk hjælp til kommunerne. Men da det fremgår af svarene fra ministeren, at regeringen ikke vil stille garanti for, at de eventuelt sparede penge bliver brugt til de svageste ældre, så stemmer Enhedslisten imod forslaget.

Tjóðveldisflokkurinn, Inuit Ataqatigiit og Siumut var på tidspunktet for betænkningens afgivelse ikke repræsenteret med medlemmer i udvalget og havde dermed ikke adgang til at komme med indstillinger eller politiske udtalelser i betænkningen.

En oversigt over Folketingets sammensætning er optrykt i betænkningen. [Der gøres opmærksom på, at et flertal eller et mindretal i udvalget ikke altid vil afspejle et flertal/mindretal ved afstemning i Folketingssalen.]

#### **4. Ændringsforslag med bemærkninger**

##### **Ændringsforslag**

Af *socialministeren*, tiltrådt af ◊:

Ny paragraf

1) Efter § 1 indsættes som ny paragraf:

## »§ 01

Forslag om revision af § 1 fremsættes for Folketinget senest i folketingsåret 2007-08.«

[Revisionsbestemmelse]

## B e m æ r k n i n g e r

## Til nr. 1

Revisionsbestemmelsen foreslås indsat under hensyn til, at regeringen i den mellemliggende periode vil foretage en undersøgelse af kommunernes implementering af lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre m.v. Undersøgelsen skal bl.a. afdække i hvilket omfang, kommunerne benytter sig af muligheden for at ændre lovens målgruppe samt undersøge kommunernes generelle forebyggelsesindsats over for ældre.

*Else Winther Andersen (V) Hans Andersen (V) Flemming Oppfeldt (UFG)*

*Troels Lund Poulsen (V) Pia Kristensen (DF) Jette Jespersen (DF)*

*Charlotte Dyremose (KF) nfm. Helge Adam Møller (KF) Tove Videbæk (KD) fmd.*

*Jette Bergenholz Baurup (S) Grete Schødts (S) Jørn Pedersen (S)*

*Sandy Brinck (S) Lotte Bundsgaard (S) Villy Søvnald (SF) Ida Jørgensen (RV)*

*Line Barfod (EL)*

Tjóðveldisflokkurin, Inuit Ataqatigiit og Siumut havde ikke medlemmer i udvalget.

## Folketingets sammensætning

Venstre, Danmarks Liberale Parti (V)	54 *	Enhedslisten (EL)	4
Socialdemokratiet (S)	52	Kristendemokraterne (KD)	4
Dansk Folkeparti (DF)	22	Tjóðveldisflokkurin (TF)	1
Det Konservative Folkeparti (KF)	16	Inuit Ataqatigiit (IA)	1
Socialistisk Folkeparti (SF)	12	Siumut (SIU)	1
Det Radikale Venstre (RV)	9	Uden for folketingsgrupperne (UFG)	3

\* Heraf 1 medlem valgt på Færøerne

### Oversigt over bilag vedrørende L 55

Bilagsnr.	Titel
1	Høringssvar og høringsnotat, fra socialministeren
2	Tidsplan for udvalgets behandling af lovforslaget
3	Henvendelse af 14/9 04 fra Ingeborg Byskov, Vanløse
4	1. udkast til betænkning
5	Henvendelse af 30/11 04 fra landsforeningen for ansatte i Sundhedsfremmende Forebyggende Hjemmebesøg
6	Meddelelse om at betænkning over L 55 ikke blev afgivet på udvalgets møde den 2/12. L 55 er sat på til betækningsafgivelse den 9/12
7	Henvendelse af 2/12 04 fra landsforeningen for ansatte i Sundhedsfremmende Forebyggende Hjemmebesøg
8	Ændringsforslag fra socialministeren

### Oversigt over spørgsmål og svar vedrørende L 55

Spm.nr.	Titel
2	Spm. om en garanti for, at de penge kommunerne sparer går til de svageste ældre, til socialministeren, og ministerens svar herpå
1	Spm. om uddannelse af personale til at løse de nye opgaver i forbindelse med den forebyggende indsats, til socialministeren, og ministerens svar herpå
3	Spm. om der i den nuværende situation er tid til, at personalet skal løse nye opgaver, til socialministeren, og ministerens svar herpå
4	Spm. om kommentar til henvendelse af 14/9 04 fra Ingeborg Byskov, til socialministeren, og ministerens svar herpå
5	Spm. om merudgifter, hvis ordningen udvides til også at omfatte folkepensionister der mister en ægtefælle eller samlever, til socialministeren, og ministerens svar herpå
6	Spm. om samtaler i forbindelse med forebyggende hjemmebesøg skal varetages af veluddannet personale, til socialministeren, og ministerens svar herpå
7	Spm. om, hvordan det sikres, at personalet bliver opmærksomme på muligheden for at kontakte uddannet personale i forbindelse med forebyggende hjemmebesøg, til socialministeren, og ministerens svar herpå
8	Spm. om plejepersonalets pligt til at oplyse om tilbudet om forebyggende hjemmebesøg, til socialministeren, og ministerens svar herpå
9	Spm. om, hvordan det sikres, at de ældre i forbindelse med ændringen af loven får den forebyggende samtale, til socialministeren, og ministerens svar herpå

- 10 Spm. om, hvor mange penge Hvidovre Kommune, siden vedtagelsen af loven, er blevet bevilget til forebyggende hjemmebesøg, til socialministeren, og ministerens svar herpå
- 11 Spm. om kommentar til henvendelsen af 30/11 04 fra landsforeningen for ansatte i Sundhedsfremmende Forebyggende Hjemmebesøg, og ministerens svar herpå
- 12 Spm. om kommentar til casestorys fra landsforeningen for ansatte i Sundhedsfremmende Forebyggende Hjemmebesøg, til socialministeren, og ministerens svar herpå



Folketingets Socialudvalg

Departementet  
Holmens Kanal 22  
1060 København K

Tlf. 3392 9300  
Fax. 3393 2518  
E-mail sm@sm.dk

cbp/ J.nr. 20-889

Dato: - 6 DEC. 2004

Jeg skal hermed stille følgende ændringsforslag til L 55 – lov om ændring af lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre m.v. (ændring af lovens målgruppe).

Ændringsforslag:

"Ny paragraf"

1) Efter § 1 indsættes som ny paragraf:

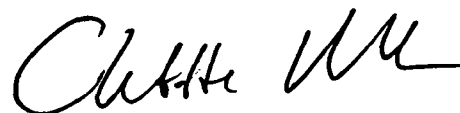
»§ 01. »Forslag om revision af § 1 fremsættes for Folketinget senest i folketingsåret 2007-2008«.

#### Bemærkninger

##### Til § nr. 1

Revisionsbestemmelsen foreslås indsat under hensyn til, at regeringen i den mellemliggende periode vil foretage en undersøgelse af kommunernes implementering af lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre m.v. Undersøgelsen skal bl.a. afdække i hvilket omfang kommunerne benytter sig af muligheden for at ændre lovens målgruppe samt undersøge kommunernes generelle forebyggelsesindsats over for ældre.

  
Eva Kjer Hansen

  
/Charlotte Markussen



Kbh. 02.12.04

Vedlagte casestorys er ikke enestående i sig selv, men typiske eksempler på forebyggende og sundhedsfremmende besøg hos ældre + 75 årig, som er modtagere af både praktisk og personlig hjælp.

Det er ikke ofte at besøgene modtages i hjem med massive døgntilbud, men besøgene modtages ofte hos ældre som netop er eksemplificeret.

Der er flere års erfaring i at henvendelsesformen er udslagsgivende for, om tilbuddet om forebyggende hjemmebesøg modtages.

En besøgsprocent kan falde med op til 20-30% når henvendelsesformen skifter fra breve med foreslået dato og tid til breve hvor borgeren selv skal rette henvendelse for at få et besøg!

SFH anbefaler at stemme nej til lovforslaget..

  
Nina Baun  
Formand



## Casestory 1 fra forebyggende hjemmebesøg 2004.



Hjemmebesøg hos Minna, 90 årig enlig kvinde. Bor i mindre stuelejlighed. Har godt netværk, daglig personlig eller telefonisk kontakt med familien. Cerebralt velfungerende trods sin høje alder, er åben og positiv af sind og har et godt humør. Tager imod velklædt, bærer makeup og har lakerede negle. Hjemmet og fru en bærer præg af stor pertentlighed. Har altid været hjemmegående, men altid haft travlt med mand og børn. Ofte været værtinde ved talrige store middagsselskaber.

Har stor tilfredshed ved livet – giver udtryk for stadig at have lyst til mange flere leveår og oplevelser.

*Har praktisk og personlig hjælp i form af hjhj til fjernelse af affald 1 gang ugentlig, rengøring hver 14. dag og støtte til bad 2 gange ugentlig. Har nødkald.*

Kommer ikke på gaden mere på grund af stor svimmelhed, faldtendens og dårlig balance.

Minna har svær hørenedsættelse og har fået nye høreapparater som hun ikke kan få til at fungere, idet de falder fra hinanden når hun monterer dem. Ved uddybende samtale om emnet viser det sig at Minna aldrig har fået ordentlig instruktion og aftaler derfor med den forebyggende hjemmebesøger at få besøg af en hørekonsulent.

Minna viser at hun har tabt en tand og at en anden sidder løs. Meget generende både rent udseendemæssigt og når hun spiser. Da Minna ikke kan komme til sin vanlige tandlæge som ikke kan behandle i eget hjem, indstilles hun til kommunens udkørende omsorgstandpleje.

Minna fortæller desuden at hun sover dårligt på grund af benkramper om natten. Hjemmebesøgeren informerer om at hun gennem sin læge kan få et godt middel mod disse kræmper. Informationen modtages med begejstring ved tanken om at få en hel nattesøvn igen!

14 dage efter besøget ringer Minna og fortæller at hørekonsulenten har været på besøg og anbefalet en øreskylling – hvem kan hjælpe hende med det?

Der aftales at hjemmebesøgeren tager kontakt med lægen som skal tilse hende inden en hjemmesygeplejerske kan skylle ørerne.

Minna takker for al den gode hjælp. Kan nu igen fornøje sig med telefonsamtaler med familien og med sine lydbøger.

***Denne borger ville ikke blive tilbudt dette besøg, hvis kommunen benytter sig af muligheden at fravælge modtagere af praktisk og personlig hjælp!***

## Casestory 2 fra forebyggende hjemmebesøg 2004.



6. forebyggende hjemmebesøg hos Oda, enlig kvinde på 82 år. Oda er en lille spinkel kvinde med svært sammenfald af ryggen. Hun er blind på ene øje efter blodprop og meget svagtseende på det andet. Har desuden en middelsvær hørenedsættelse.

Oda har været enke i mange år. Tabet af ægtefællen er stadig stort. De var sammen om alt. Var hinandens livsindhold. Parret havde et plejebarn som døde tidligt. Hun har sparsom kontakt med en ældre søster og dennes børn. Odas sociale netværk har altid været meget svagt. Siger om sig selv at være "sær og indesluttet". Giver udtryk for savn efter menneskelig omsorg og forståelse. Oda har været i behandling for depression gennem mange år.

*Er modtager af praktisk og personlig hjælp i form af fjernelse af affald 1 gang ugentligt, rengøringshjælp hver 14. dag, vaske- og indkøbsordning. Dgl hjælp til medicin og strømpepåtagnning.*

Oda har gået i dagcenter gennem seneste år – iværksat efter flere motiverende samtaler med hjemmebesøgeren. Er også støttet til at benytte den lokale menigheds aktivitets tilbud. Hjemmebesøgeren har ligeledes foranlediget et besøg af kommunens demenskonsulent da Oda var angst for at have demens. Men hukommelsesproblemerne var affødt af hendes depression.

Under besøget virker Oda helt opgivende og appellerende. Har mange smerter i ryggen og kan slet ikke tage initiativ til noget overhovedet. Alle igangsatte aktiviteter er gået i stå – hun har intentionen, men sidder bare og stirrer ud i luften. Oda beklager desuden, at der er gået så lang tid siden sidste besøg. Ved den seneste henvendelse fra Kommunen om besøgstilbud skulle Oda selv ringe og aftale tid, men kunne på grund af depressionens tiltag slet ikke dette. Fik sin niece til at aftale en tid, da der igen kom brev om, at hun selv skulle rette henvendelse! Oda er meget svær at få til at gøre noget ved de problemer hun har. Hun står ved at sådan er hun – alt nyt og anderledes virker truende, gør hende utryg og giver modstand indeni.

Hjemmebesøgeren har opbygget stor tillid mellem sig og Oda gennem flere år og derfor lykkes det at motivere Oda til straks at søge et rehabiliterings ophold på en døgnoptrænings plads.

Oda vurderes af hjemmebesøgeren til at have stor brug for professionel pleje og omsorg i en længere periode. Visitationen kontaktes med henblik på ansøgning samt ekstra hjemmehjælpstid til at få pakket tøj og medicin, en opgave der virker så stor for Oda, at det kunne være nok til, ikke at komme af sted.

Pladsen tilbydes efter 3 dage. Hjemmebesøgeren får en besked om at Oda er taget derhen.

*Denne borger ville ikke blive tilbudt dette besøg, hvis kommunen benytter sig af muligheden at fravælge modtagere af praktisk og personlig hjælp!*

### Casestory 3 fra forebyggende hjemmebesøg 2004.



Hjemmebesøgeren kontaktes pr. telefon af Else som fortæller, at hun er indlagt, da man har fundet en hjernesvulst. Hjemmebesøgeren har kommet hos Else og hendes mand, fra de for 2 år siden solgte Deres hus og flyttede til en ældre regnet ny lejlighed i byen. Else er meget realistisk om sin sygdom, og beder hjemmebesøgeren om at tage sig af hendes mand, når hun ikke er der mere. Dette loves af en berørt hjemmebesøger.

Kort efter modtager hjemmebesøgeren besked om at Else er død. Ca. 2 måneder efter sendes tilbud til Kurt om et forebyggende hjemmebesøg i forbindelse med tab af ægtefællen. *Hjemmebesøgeren sender brevet med en foreslået dato trods kommunen har procedure om at borgeren selv skal henvende sig for at aftale besøg.*

Kurt har været meget svagtseende gennem flere år og derfor meget afhængig af sin ægtefælle. Parret har ikke modtaget hjælp fra Kommunen. *I forbindelse med Elses indlæggelse har et visitationsbesøg sikret Kurt hjemmehjælp til rengøring af gulve hver 14.dag og daglig hjælp til medicin.*

Kurt er en cerebraalt velfungerende herre. Rørig, men begrænset til at færdes i vante omgivelser inde og ude. Kurt har en akademisk baggrund og nyder at få et intellektuelt modspil. Er stor musiklytter til klassisk. Kan ikke se TV, men hører lydbånd som han får sendt fra biblioteket. Else læste dagligt avisen op for ham. Kurt er en følsom mand, har let til tårer og latter og har stolthed og værdighed over sit væsen.

Idet hjemmebesøgeren modtages ved enkemandsbesøget, ses straks et stort funktionstab. Tøjet, som altid har været ulasteligt, er plettet, krøllet og knappet skævt. Der ses små uheld på gulvet og alt over gulvhøjde er rodet og nusset. Samtalen er følsom og der gives plads og rum til både sorg, savn og erindrings lindrende glæder.

Kurt betror hjemmebesøgeren, at han har store bekymringer omkring sin økonomi som han kun kunne magte ved hjælp af Else, som jo var hans "øjne". Hans børn har i god mening nu taget sig af det hele og giver ham lomme penge. "du skal slet ikke bekymre dig Far, vi skal nok klare det" siger de til ham. Men han er utryk og føler sig umyndiggjort. Hjemmebesøgeren og Kurt drøfter mulighederne for igen selv at kunne forvalte sin økonomi.

Kurt fortæller, at han selv laver mad. Vil i det hele taget gerne overbevise hjemmebesøgeren om, at han godt kan klare sig selv. Men hjemmebesøgeren ved at Kurt aldrig har haft denne opgave tidligere og spørger derfor ind til emnet. Det viser sig, at Kurt oftest åbner en dåse som han spiser direkte af. Han har forsøgt at opvarme det, men kunne ikke se at håndtere komfuret.

Kurt motiveres til muligheden, at få den varme mad fra Kommunen, og så få en hjemmehjælp til i en periode at bistå med de øvrige måltider, til han selv kan klare det.



De sociale kontakter er få. Han kommer kun på gaden for at handle ind. Turene han og Else gik dagligt er stoppet, da han ikke kan orientere sig alene.

Hjemmebesøgeren motiverer Kurt til at søge dagtilbud på et daghjem for blinde og svagtseende. Kurt hjælpes med at udfylde og sende ansøgning. Hjemmebesøgeren fortæller ham, at der på daghjemmet kommer en anden enlig herre som hun også besøger. Kurt siger forhåbningsfuldt "at så kan de måske følges frem og tilbage".

Hjemmebesøgeren opringes få dage efter besøget af Kurts datter, som takker for at have givet hendes far det lille skub, der skulle til, for at få ham til at modtage hjælp og komme videre med sit liv.

*Denne borger ville ikke blive tilbudt dette besøg, hvis kommunen benytter sig af muligheden at fravælge modtagere af praktisk og personlig hjælp!*



### Case 1:

Jeg ringer på dørklokken lejlighed 22 på 3. sal fru Hawabsky. De øvrige navneskilte vidner om, at jeg står ved et boligsocialt kompleks, der er præget af multietnicitet.

Min erfaring fra tidligere første gangs tolkebesøg gør, at jeg lytter meget intens efter svar på min ringen. Der lyder en puslen ved dørtелефonen, jeg siger klart og tydeligt navn og forebyggende hjemmebesøg. Døren låses op. Jeg går op af trapperne og kommer til en lukket dør, der dog hurtigt bliver åbnet af en mørk herre der bredt smilende byder velkommen og viser mig ind i stuen. I stuen, der ellers er dansk indrettet med kaffebord, reol m.m. men med ægyptiske billeder og ægyptiske nipsting sidder en stor, kraftig, mørk, kvinde i en otiumstol. Ved siden af står en gangbuk. Hun smiler et stort tandløst smil og kigger over på den unge herre, der viser sig at være sønnen. Han fortæller de er to sønner der skiftevis bor hos deres mor, medens de selv har familie og arbejdsliv ved siden af. Faderen er død flere år tidligere og sønerne har fordelt hjælpebyrden mellem sig *min mor kan ikke være alene, hun er bange om natten og nu er det hendes tur til at få pleje af os siger hun*. Der er ingen beklagelse eller udtryk for træthed i at passe moderen på skift, sådan er det bare. De hjælper hende med at komme på toilettet, skifte bleer, bestiller bleer, køber ind, vasker tøj i vaskemaskinen, laver mad og smøre frokost.

Under samtalen gør moderen det klart for sønnen at hun skal på toilettet og jeg ser hvorledes hendes blik får liv i mødet med sin søns og hvordan sønnen bruger mange kræfter på at hjælpe hende ud til toilettet. Hun er lettere stakåndet og sidder meget tungt i stolen, uden at røre sig. Virker soigneret.

Der er en let og humørfyldt tone mellem sønnen og moderen. Moderen er ægyptisk indvanderer fra starten af 1960'erne. Hun har forhøjet blodtryk, sukkersyge, er inkontinent og har hjerteproblemer. Kommer hver søndag til socialt samvær i den Ægyptiske kirke via sønnerne. Får hjemmehjælp til rengøring hver 14.dag og sygeplejerske til medicin dosering. Har ikke modtaget forebyggende hjemmebesøg tidligere, hvor der er tilbudt besøg pr. brev med opfordring om at ringe for et besøg. Denne gang modtager de besøg, idet en prøveordning sørger for at sende brev med dato og tid til de borgere der ikke tidligere har modtaget besøg. Dette bliver ikke aflyst fra borgerens side. Jeg havde i forvejen kontakten borgeren angående tolkebehov hvor sønnen insisterede på selv at tolke.

Jeg ser ved denne aktivitet hvor velgående hun trods den tunge vægt er. Jeg spørger hende, gennem sønnen om ikke hun kunne tænke sig at komme til genoptræning. Hvilket jeg begrundede med at dagligdagsaktiviteter i hjemmet kan blive lettere. Hun svarer ikke på dette, men lader øjnene falde ned og lukker ligesom af hvorefter sønnen forklarer, at det vil hun ikke selv om der kan iværksættes taxikørsel, det er for grænseoverskridende for hende at skulle ud til et offentligt sted og lave øvelser. Hun har det jo fint i sin lejlighed, hvor sønnerne er så gode hjælpere.

Det er først da jeg foreslår at der kan komme en fysioterapeut i hjemmet og introducere øvelser og lave hverdagstræning med moderen at sønnen bliver interesseret. Jeg forklarer vigtigheden i at han er til stede for herved at få indsigt i hvorfor det kan gavne moderen at lave daglige øvelser og gøre det hun kan selv. Sønnen lyser op ved dette og siger *jamen det lyder som en god ide, for vi har mange jokes omkring det med at få serveret maden mor og jeg, hun ser mig som sin tjener, nu har jeg gode argumenter til at hun selv må hente den og hvis hun kan få hjælp fra hjælpemiddelcenteret med en stol til køkkenet så hun også kan smøre sine madder selv* --- (kort tanke pause) *har jeg forstået det rigtigt?* Jeg forklarer at man kan søge om det og udleverer visitationssedlen *Så skal jeg nok få hende til det* siger han.

Der har efterfølgende været tilbudt to forebyggende hjemmebesøg der begge er modtaget og har virket motiverende til at sønnen har holdt fast i at moderen selv går på toilettet, laver øvelser mod væskeansamlinger i benene, hvilket er blevet meget bedre.

**Ville denne dame have fået tilbudt forebyggelse af øget immobilitet (med dertilhørende øget behov for hjælp i hjemmet) efter en aktuelt lovændring?**

**Harve denne dame nogensinde modtaget et forebyggende hjemmebesøg ved fortsat at modtage besøgstilbudsbrev uden dato?**



## Case 2

Fru Sørensen har modtaget besøg hvert halve år siden 1999, hvor hun blev 75 år. Hun er i dag 80 år og enke. Vi har opnået et meget åbent og tillidsfuldt forhold, der viser sig ved at hun ringer uopfordret til mig på arbejdet, når der sker større begivenheder i hendes liv. Dette kan være nyt fra niecen i Jylland eller et lægebesøg.

Hun har indtil 2001 klaret sig selv uden hjælp udefra. Da jeg kommer på besøg bemærker jeg, at hun er forvirret, gentager sig selv og virker mere sjusket med sin påklædning end tidligere. Hun fortæller i samtalen at hun har fået konstateret brystcancer og har fået fjernet det ene bryst. (Dette er jeg vidende om via journalsystem og jeg ved alt er gået fint). Jeg kan se at køkkenet virker snavset, hvilket det ikke har gjort tidligere, og der står madrester fra morgenmaden og gammel opvask.

I samtalen fortæller hun mig at hun er meget ked af det, specielt om morgenen og græder ofte. Hun taler i besøget gentagne gange om sin cancer i forvirrende ufærdige sætninger, der ikke hænger sammen.

Vi finder sammen ud af at jeg vil hjælpe hende med at få bestilt tid hos egen læge m.h.p. depressions udredning og eller sygdomschok. Hun er ikke interesseret i dagcenter eller anden form for socialt selskab.

Hun er sat i medicinsk behandling, hvilket hun ikke har styr på, finde jeg ud af i min samtale med hende. Tidligere har hun selv taget pillerne direkte ud af pilledåsen og hun får nu via hjemmesygeplejersken medicin doseret i doseringsæsker. *"Hvis de ikke alle er tomme den dag sygeplejersken skal komme, så smider jeg dem ud for jeg ved jo de skal være tomme. Jeg skal måske hellere spise dem der ikke er væk"*

Jeg kontakter visitationen m.h.p. at få hjemmehjælp til rengøring og personlig hygiejne og kontakter sygeplejersken m.h.p. ajourføring af korrekt medicinindtagelse. Da jeg bliver budt på kaffe er jeg hurtig til selv at hente fløden for at få et kig i køleskabet. Det er næsten tomt på nær en leverpostej med overskredet udløbsdato. Jeg kontakter ældrecenteret m.h.p. demens test og hjemmeplejers gruppeleder m.h.p. madvareordning i hjemmet. Ved dette besøg bliver hun fortrolig med tanken om at få en besøgsven, hvilket jeg hjælper hende med at få søgt om.

**Hvordan var det gået damen der er meget god til at lægge facaden "her går det godt, jeg klarer mig som jeg altid har gjort." Kunne hjemmehjælpen der er udføreren for afmålte og konkrete ydelser i hjemmet vride sig løs fra dette og se en advarselsskilt – uden at have nogen uddannelse til dette? Hvor længe var der gået før sygeplejersken havde fundet ud af at damen ikke gør som anbefalet. Hvornår ville damen have været ærlig overfor en ny og fremmed sygeplejerske der også kommer på afmålt tid og ser en velfungerende ældre dame der smiler og siger "jeg er så glad for at jeg behøver så lidt hjælp, jeg har altid sat en ære i at klare mig selv"**

**Denne dame var blevet frataget forebyggende hjemmebesøg i de fleste kommuner med den nye lovændring med hjemmel i at vægte de svage ældre hvem er de svage ældre og hvornår bliver de svage?**

## Elgas historie.

Beskrivelse af 8 forebyggende hjemmebesøg gennem 3½ år.  
2001-2004

Januar 2001 tilbydes 1. forebyggende besøg hos Elga, en mentalt velfungerende 91 årig kvinde. Elga kommer selv ud og åbner døren, som ligger ud til en smuk korridor, hvorfra alle boliger i ejendommen har adgang. Elga bor i "Kvindehuset", en ejendom der kun udlejer til enlige kvinder. Elga er frøken og har boet der i 40 år og været formand i bestyrelsen i lige så mange år, fortæller hun senere, da jeg sidder overfor hende i hendes lille, hyggelige stue. Der er bygget "rede" omkring hende i den arkitekttegnede 2 personers sofa, "som er så god at sidde i", fortæller hun, "for så kan hun hurtigt svinge benene op, når de trænger til hvile". I sofaen, på det lille bord foran og på gulvet ligger blade, aviser og bøger. Franske, tyske og engelske bøger. Reolerne omkring hende er også fyldt af litteratur. Telefonen er placeret på sofaens ryg og ledningen snoer sig faretruende over gulvet. Der ligger læselupper og standerlampens skærm er vipet for at give mest muligt lys til den læselystne. Og cigaretterne har plads indenfor rækkevidde. Elga rådgives omkring hensigtsmæssigheden i at have en røgalarm, og hun vil forsøge at få nogen til at indkøbe en sådan og montere den.

Fra modtagelsen i den lille bitte entré følges vi ind i stuen, Elga støttende sig til sine møbler, placeret hensigtsmæssigt til samme formål. Idet hun sætter sig foregår det i "frit fald" og da hun senere skal op af sofaen igen, er det med stort besvær. Det viser sig at være et generelt problem og Elga informeres om mulighed for hjælpemidler der kan afhjælpe problemet. Vi skriver ansøgningen sammen på toiletforhøjer, klodser under sofa og seng og vurdering af gangredskab.

Elga fortælleres også om Københavns kommunes træningstilbud, motiveres til at modtage træning, og bliver meget begejstret for dette tilbud og flytter til yderligere vejledning om faldforebyggelse, bl.a skal telefonledningen væk fra gulvet.

Hun fortæller, at hun stort set ikke kommer ud af lejligheden, undtagen når en taxa henter hende. Klarer sig uden hjælp fra kommunen, men har god hjælp i en medbeboer, som er pensioneret sygeplejerske. Hun hjælper hende med indkøbene, og kigger ind for at se om alt er vel. En ung mand som studerer hjælper med rengøringen.

Elga er høj og spinkel. "Har altid været meget tynd" fortæller hun "og kræsen!" Tilbereder selv sine måltider i det lille køkken. Samtalen kommer omkring hvad der indtages, helt konkret! Og den synlige undervægt får sin forklaring. Støttes i at fastholde tilberedningen, da det er et vigtigt gøremål for hende, og informeres om hvad, hun kan supplere sin kost med.

Stemmen er lys og spinkel. Håret snehvidt og kort "drengklippet". Har milde isblå øjne, som desværre ikke ser så godt, som hun gerne vil. Elga informeres om mulighed for at få besøg af en svagsynskonsulent, hun vil meget gerne dette. Hørelsen kniber det også med, har høreapparat på begge ører. Hun hoster voldsomt flere gange under samtalen, snakken løsner sekretet i lungerne, for Elga har kronisk bronkitis, og fortæller at hun ofte får lungebetændelse.

Elna fortæller om en jævnaldrende veninde, en af de to sidste der er tilbage, som hun er meget bekymret for. På oplysningerne, lyder veninden som værende dement. Veninden har ikke hjælp fra kommunen, men lyder til at have stort brug for det.

Elga vejledes i, hvem hun kan kontakte, for at støtte veninden i at få den fornødne hjælp. Hun er meget glad for at dele sin bekymring med nogen.

Elga fortæller mig desuden, at hun godt ved, at hver dag er en gave i hendes alder, at hun har accepteret at alderen tager kræfterne, men oplever det voldsomt begrænsende, og håber derfor meget på, at træningen vil kunne hjælpe hende.

Ved 2. forebyggende hjemmebesøg ½ år senere, virker Elga lidt bedre motorisk, har modtaget et træningsforløb siden sidst, men kommer stadig kun udenfor hjemmet vha taxikørsel. Har fået forhøjet seng, sofa samt toilet. Ergoterapeuten "ville også give hende rollator, men det havde jeg hverken lyst til eller behov for". Men Elga havde ellers straks undersøgt med ejendommens bestyrelse, hvordan Huset kunne gøre sit til, at ældre med rollatorer kunne komme ind og ud. "For der var nok andre, der havde brug for det".

Elga fortæller, at hun besøger sin ene veninde en dag hver uge og overnatter der.

Hendes demente veninde får nu god hjælp fra kommunen, er meget lettet over dette.

Fortæller i dag, at hun har spillet golf fra hun var 60 til hun blev 83! Har rejst meget, både før og efter pensionen og været leder for ulveunger helt til hun blev 60 år.

Det er blevet sparsomt med appetitten og lysten til at lave mad, emnet vendes, da underernæringen er ved at være synlig.

Elga står ved, at der er meget hun ikke gider mere, men har ikke mistet humøret og lysten til at leve.

Hun fortæller, at hun ikke har fået taget sig sammen til, at få gjort noget ved at få indkøbt og installeret en røgalarm, det er svært, når hun ikke selv kan komme ud og købe den og skal bede andre om hjælp til det også. Men hun skal nok bede bekendt om hjælp til det.

Hviler i sig selv, men kunne have godt at et rehabiliterings eller kurophold hvor omsorgen kunne give et løft. Men Elga oplever kurophold som passivt og det siger hende ikke noget, vil meget gerne have et træningsforløb igen, så der forsøges at genhenvise. På henvisningen bedes om at motivere til gangredskab igen.

Ved 3. forebyggende hjemmebesøg modtager Elga mig med lungebetændelse. Har åndenød og hoster sekret op, er træt, bleg og mat. Er i antibiotisk behandling iværksat af praktiserende læge pr. tlf..

Haft træning igen hjemme. Glad for dette, mener det gør en forskel. Terapeuten fra træningscenteret er lykkedes med at motivere Elga til at få en rollator, "men kun til udendørs brug" fortæller hun mig. Den skal åbenbart lukkes ind i hendes liv i små etaper.

Har næsten ingen muskelmasse. Stadig sparsom appetit, men har overskud til at lave sin mad, er ikke "klar" til madlevering.

Anbefales igen ekstra kalorier og proteiner. Elga fortæller, at have forsøgt proteinberiget drik, men at hun får kvalme af det.

Har fortsat god støtte og hjælp fra medbeboer.

Vi drøfter mulighed for samspising i ejendommen, og betydning af at være sammen med nogen under måltiderne. Ikke noget der praktiseres, men for 1.gang har der været succes med samling til juletræstænding, sang og lidt hygge. Elga fortæller, at hun jo altid har spist alene, så hun mener ikke, det gør en forskel for hende.

Elga vurderes til at være i risikogruppe for yderligere funktionstab, har ikke noget at stå imod med.



Kører stadig med taxi, informeres om muligheden for HT handicapkørsel, men afviser høfligt, da hun mener, det er uetisk at modtage et sådant tilbud, når hun nu har mulighed for selv at betale for sin transport.

Haft besøg af svagsynsoptikker som har bedt om at Elga henvises til ergoterapeuten mhp speciel læselampe.

Fortæller at hun ikke får gjort noget ved tingene hvis hun selv skal, - "gider ikke"! Det opleves som, at hun ikke mere kan overkomme opgaverne, virker kapitulerende og livsmæt. Men vil gerne have en frisør, der kan komme hjem til hende, for "håret trænger!". Henvises til udkørende frisør.

4.besøg: Kommer mig glad i møde i korridoren. Ser godt ud, er i godt humør og går uden støtte. Kommet sig godt ovenpå lungebetændelsen.

Beder mig straks, mens hun husker det, om hjælp til at få låget af en dåse. Har fået hjemmelavet kompot af sin veninde, som hun stadig besøger en gang ugentlig. Fortæller, at den veninde nu også er blevet dement.

Viser mig stolt en rollator som står i stuen, og fortæller hvor glad hun er for den. Vi griner sammen over den modstand hun havde over at få den, og får en lille snak om værdighed og forfængelighed. Har også fået træning igen, og er så glad for det, vil faktisk gerne henvises igen, for hun får ikke rigtigt gjort noget ved de øvelser, hun selv skulle følge op på, der skal ligesom være en der hægter op i hende, men de bliver da udført af og til. Elga viser øvelserne på opfordring, og det viser sig, at hun ikke er så dus med 2 af dem, så hun suppleres med alternative øvelser, som giver samme udbytte.

Giver udtryk for at savne at komme på gaden, se mennesker, butikker, liv...

Glad for kontakt til udkørende frisør, får også kontakt til udkørende fodterapeut.

Har fået en god lampe fra hjælpemiddelcenteret efter sidste henvisning.

Elga spørger til forklaring på det fysiologiske forfald der er sket med hende, og informeres om mulige årsager og hvordan forebyggelse af yderligere tab er vigtig.

Sidder under samtalen afslappet og nonchalant med benene oppe i sofaen. Humøret er fint og vi ler ofte sammen.

Er stadig aktiv som bestyrelsesformand.

Kontaktes af Visitator som opfordrer til besøg hos Elga, da hun lige har været indlagt en uge. Elga går ved 5.besøg nu fast med rollator inde. Har været faldet om natten i forbindelse med toiletbesøg og ikke kunnet rejse sig. Trukket sin dyne og pude ned til sig på gulvet og sovet videre der. "ikke grund til at forstyrre nogen midt om natten, bare fordi jeg ligger her." Nabo bemærkede, at avisen ikke var fjernet og låsede sig ind.

Haft urinvejsinfektion under indlæggelsen og behandlet for det.

Elga fortæller, at hun har svært ved at komme over dørrtrinene med rollatoren, spilder mad og drikke undervejs. Er i et utroligt godt humør, fortæller om alle indtryk under indlæggelsen som var det en hel oplevelse, "dog ikke af de bedste". Det er første gang Elga i sine 93 år har været indlagt. Stimulationen i at have været ude i andre omgivelser har haft en god effekt, men hun kan stadig ikke motiveres til at komme ud til nogen sociale aktiviteter. Mener ikke at kunne være sammen med andre, "jeg er en særling, og har altid holdt mig for mig selv." Motiveres til at søge nødkald, gribetang, bakke til rollator og vurdering af dørrtrin.

Vil gerne henvises til træning igen, foreslåes træning på daghospital, pga mulighed for mere intensiv træning der, men Elga vil trænes hjemme, overskueligheden og kræfterne er ikke til mere end det.

Ønsker stadig ikke hjælp fra kommunen. Har sit lille stabile netværk.

Mest ked af tiltagende synstap, kan nu kun læse de meget store bogstaver.

Telefonen ligger på TVet flere meter fra sofaen, så hun skal rejse sig for at tage den, og når det ofte ikke. Jeg anviser at få det arrangeret, så hun kan have den indenfor rækkevidde. Elga vil bede naboen om hjælp.

Besøg nr 6: Har det godt, men stadig gener i venstre lår efter faldet i vinter. Viser mig en ringfinger hvor leddet er hævet, ømt og varmt, haft symptomerne gennem ½ år. Tager medicin for gigtsmerterne efter behov, vil helst ikke tage medicin fast. Anbefales at tale med praktiserende læge om mulighed for lokalbehandling på leddene med salve. Vejledes i aflastende sidde- og liggestillinger.

Humøret er godt. Har ikke haft lungebetændelse nu i et år.

Telefonen er indenfor rækkevidde som anbefalet, og nødkald installeret.

Klarer fortsat sit daglige brusebad, sin tøjvask og madlavning. Den unge studerende kommer fortsat og hjælper med det praktiske, han lægger nu også rent linned på sengen.

Elga er ked af, at begge veninder er demente. Kan ikke kommunikere med dem mere, hvilket er et stort savn. Forespørges om behov for besøgsven, men dette afvises på det kraftigste.

Er genvisiteret til træningscenteret, men der er 2½ måneds ventetid aktuelt. Dovner med sine træningsture med rollatoren ude i korridoren.

Er ved at forberede Formandens beretning til generalforsamlingen i beboerforeningen.

Har det stabilt og godt nu. Er glad for, at jeg får at vide, hvis hun indlægges. Vi aftaler besøg igen om ½ år.

Besøg nr.7: Elga fortæller, at hun træner 3 gange dagligt i korridoren. Men hun går meget usikkert. Rejser og sætter sig med stort besvær. Har smerter i leddene, vejledes i fast smertebehandling kontra efter behov.

Er frygtelig ked af, at synet nu er helt væk på det ene øje. Holder stadig avisen, men kan kun læse overskrifterne, får tilsendt lydbånd og hører radio. Vejledes om lys i lejligheden.

Forsikrer at hun ikke savner social kontakt. Føler sig ikke ensom, siger at hun stadig glædes hver dag over de små ting – f.eks om solen skinner. Glad for det hun *kan* klare. Fuldt aksept af kroppens forfald, tilpasser sig og kan stadig se "lyset" hver dag. Det er udfordrende at dele Elgas aksept af livsafviklingen, der er en hårfin balance mellem hendes resurser og udefra kommende krav. Dialogen retter sig mere og mere mod at være mere end at gøre.

Elga har nedsat sin badesekvens til hver 2 dag nu. Det udtrætter, men er samtidig så tilfredsstillende bagefter. Vejledes i økonomisering af sine resourcer. Har slet ikke appetit, spiser fordi hun skal, det går bedst med kogte grønsager, kun lidt kød, tør ikke spise fisk på grund af benene. Har igen forsøgt proteindrikke, men får stadig kvalme af det. Vejledes i kost for småtspisende.

Besøg nr. 8: I forbindelse med besøgstilbuddet modtages en mail fra Elgas niece, som fortæller, hvor meget Elga ser frem til besøget og om den store funktionsændring der har fundet sted siden sidst. Der omtales en hel række opgaver, som der bedes drøftet med Elga ved besøget, da den opbyggede tillid mellem hun og hjemmebesøgeren måske kan løse dem. Hjemmehjælpen møder mig for at lukke mig ind, da Elga ikke mere selv kan komme ud og lukke sine gæster ind.

Elga sidder ikke i sin lille topersoners sofa mere, der er rokeret rundt i stuen, for at de mange hjemmehjælpere kan komme til. Sidder nu i en stor høj stol, hvori hun kan være to gange, hvilket resulterer i, at hun vælter til den ene side, -kan da også bekræfte, at hun har temmelig ondt i ryggen, da hun jo nu sidder i stolen fra hun bliver taget op, til hun lægges i seng igen. Jeg foreslår, at en ergoterapeut tilser siddeforholdene, og at der søges tid gennem visitationen til et middagshvil på sengen som aflastning. Dette vil Elga naturligvis meget gerne.

Elga har bedt om hjælp til at få en fysioterapeut hjem, men ved ikke, om der er handlet på det da det er længe siden hun har spurgt hjemmehjælpen. Jeg tilbyder at kontakte Elgas læge og forhøre mig, om han har iværksat en henvisning.

Elga kan slet ikke komme omkring mere, skal have hjælp ved forflytninger, toiletbesøg og personlig pleje, som nu kun indbefatter bad 1 gang ugl. Elga fortæller mig, at hun ikke kan holde på vandet mere, oplever det rædselsfuldt og uværdigt

Der kommer også sygeplejerske og doserer medicin nu.

Elga kan nu kun se, om det er lyst eller mørkt, er næsten blind og hørelsen er også forringet yderligere, så de vanlige aktiviteter med avis, bøger og lydbånd er nu "frarøvet" hende. De tilbageblevne resurser er, at hun er mentalt velfungerende, kan samtale og spise selv. Niesen som har kontaktet mig pr mail kommer forbi et par gange ugl. Ellers er menneskelig kontakt sparsom i forhold til at samtale. Ud fra nuværende situation motiveres Elga til at få en besøgsven og jeg tilbyder at tage kontakt med en frivillig organisation for at iværksætte dette. Elga får madudbringning, har tabt sig yderligere og har brug for, at den smule hun indtager er beriget på ekstra kalorier. Køkkenet, hvorfra måden leveres kontaktes og der bestilles beriget ernæring til Elga og hj.hj vejledes i små energirige måltider/drikke der kan tilbydes imellem måltiderne.

Trods den, fra en udefra set, triste situation, er Elgas humør godt og hun er stadig nysgerrig i forhold til samfundsproblematikker, politik osv og vil gerne udveksle tanker og meninger. Det er ligesom hun betragter sin aldrene proces som tilskuer, dog uden at slippe ejerforhold til den. "Man må jo finde sig i det".

Denne gang spørger hun mig flere gange: "hvad skal der blive af mig"? Og den snak tager vi så...Hvad har Elga brug for at der skal blive af hende?.....Hun vil i hvert fald blive i sit hjem!

Da jeg tager afsked, ved vi begge, at vi måske ikke ses mere, og der udveksles i sigende tavshed et håndtryk med alle 4 hænder, en eftertrykkelig afsked.

Besøg nr 9: Hjemmebesøget aftales med hjemmehjælpen for at blive lukket ind. Elga sidder i den store lænestol støttet af puder. Den lille bolig bærer præg af, at det ikke mere er hende der iscenesætter omgivelserne. Alle bunker med aviser, bøger, udklip og papirer er ryddet væk. Der er ingen potteplanter i vindueskarmene mere. Chartollet er blevet medicinbord, hvor mappen fra hjemmeplejen også ligger. Der er så ryddeligt, at det er første gang, jeg kan se hendes lille sofabord har malede kakler. Derpå står 3 glas med væske, en tallerken med udskåret frugt og en med chokolade. Elga bærer en rosa mohairstola og ligner en statelig aldrende dronning i sin fremtoning. "Hvem er det?" spørger hun ud i luften. Jeg går straks

hen og giver Elga hånden og siger, hvem der nu er kommet ind af døren. Hun smiler glad og siger at jeg er ventet. Men ellers siger hun ikke så meget, uden at jeg stiller spørgsmål. Det er en Elga der er ved at forlade kontakten til livet. Hver gang hun har svaret på mine forespørgsler forsvinder hun ligesom ind i sig selv. Da jeg forsøger at følge med, fortæller hun at hun glider ind i erindringer. At billeder, personer og oplevelser fra hendes lange liv hele tiden melder sig og kræver hendes opmærksomhed.

Jeg spørger til de malede kakler på sofabordet, og hun fortæller at det er billeder fra historien om Mowgli. Bordet er en gave fra en af hendes rejser. Hver hjørnekakkel er et træ med en masse navne – afrikanske navne. Det er navne på de børn, der har givet hende bordet.

Jeg spørger om der er noget hun savner? Elga svarer uden længere betænkningstid:  
"privatliv!"

"Der kommer hele tiden nogen rendende". Hun føler sig placeret i en ventesal, hvor hun bare venter på, den næste der dukker op.

Jeg aner en trækning af ubehag i hendes ansigt hvor øjnene holdes lukkede, da øjnene ikke ser noget mere. Samtidig letter hun lidt på enden.

Jeg spørger til om hun har ondt? "Ja, jeg sidder jo her hele dagen!" Elga fortæller at hun hjælpes op klokken 10 af hjemmehjælpen, sættes i stolen og følges på toilet ved 13 og 17 tiden og sættes i stolen igen og hjælpes så i seng ved 20 tiden.

Jeg spørger om hun ikke kunne tænke sig at komme op og hvile på sengen i løbet af dagen. Ansigtet skifter udtryk og svarer "jo – det ville være vidunderligt, men kan det lade sig gøre?" Jeg svarer, at jeg da kan undersøge det hvis hun ønsker det. Og elga svarer "det må du gerne, men i al mindelighed!!" Det lover jeg.

Da jeg går, sikrer Elga sig, at hun har det nødvendige indenfor rækkevidde. Føler med hånden efter sin neglefil som er gledet lidt væk fra sin vanlige plads på bordet. Jeg opremser hvad der er foran hende og hvor det står. Beroliget læner Elga sig tilbage og glider ind i sig selv. Jeg tager overtøj på og atter tages afsked.

I mindelighed kontaktes visitationen efter besøget med henblik på mulighed for hvilestund på sengen. Det beviljes og iværksættes dagen efter.

Jeg ved, at Elga vil smile når hun hjælpes til ro på sin seng.

**Folketinget – Socialudvalget**

Christiansborg, den 2. december 2004

Til

udvalgets medlemmer og stedfortrædere.

Ad

L 55

**Forslag til lov om ændring af lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre m.v. (Ændring af lovens målgruppe).**

**Af socialministeren (Eva Kjer Hansen).**

Udvalget afgav ikke betænkning over lovforslaget på sit møde i dag.

Lovforslaget er sat på til betækningsafgivelse på udvalgets møde den 9. december 2004.

Med venlig hilsen



30. November 2004

**Materiale i forbindelse med foretræde for Folketingets Socialudvalg (L55)**

Landsforeningen af ansatte i sundhedsfremmende og forebyggende hjemmebesøg har anmodet om foretræde for udvalget for at fremlægge følgende synspunkter:

1. De skrøbeligste gamle fratages med lovforslag L55 muligheden for at tilvælge et forebyggende hjemmebesøg. Landsforeningen vil gerne fremlægge eksempler fra praksis, som viser, hvem en sådan ændring vil komme til at berøre. (Cases fremsendes senere)
2. Med lovforslaget bliver spørgsmålet om hvordan besøgene tilbydes til et område, hvor der er næsten frit slag for kommunale fortolkninger. Det eneste der ikke er tilladt er en annoncering i dagspressen. Men vil et blad i den samlede serviceinformation være nok? Og vil det være nok kun én gang at oplyse borgeme om at et sådant tilbud eksisterer? Selve måden hvorpå besøget tilbydes er af afgørende betydning for om det modtages. Det er Landsforeningens holdning, at der bør strammes op så kommunerne ikke af sparehensyn anvender en metode, der udhuler borgertilslutningen til ordningen.
3. Uanset hvordan loven tilpasses er der behov for løbende uddannelse af gruppen af forebyggende besøgere. Forebyggelse og motivation gennem samtale kræver både opdateret viden og træning af særlige metodiske og samtalemæssige værktøjer.

Vi vedlægger til orientering en artikel af adjunkt Holger Højlund, som på god vis skitserer bl.a. hvad forskellen er på en visitation/hjemmeplejen og et forebyggende hjemmebesøg.

Med venlig hilsen

Fmd.  
Nina Baun

# Forebyggelsesens fornuft

– den ældre borgers indlemmelse i et forebyggelsesfællesskab

Af Holger Højlund

## OM FOREBYGGELSE

Forebyggelse når langt ud i nærmiljøet, har ingen naturlige begrænsninger. Den er bredt funderet, deri ligger dens styrke. Ingen viden er hellig, ingen socialitet ukrænkelig og intet spørgsmål for privat. Forebyggelsen formulerer et velfærdspolitisk fællesskab, der overskrider grænser. Den enkelte borgers sundhed former et delt ansvar. Borgeren selv tager ansvar for sit selvforhold, et ansvar hun påtager sig ved at deltage i forebyggelsesens intervenierende aktiviteter. Velfærdsstaten tager ansvar for borgerens selvansvar, et ansvar den påtager sig igennem at vejlede og bakke op.

Med forebyggelse er sundhedspolitikken ikke alene en politik om folkets sundhed, men i lige så høj grad en politik om individets. Forebyggelse er biopolitik. Hvordan mestrer den enkelte sit selvforhold? Hvilke forventninger har hun til fremtiden, og hvilken livsstil ønsker hun? Den forebyggende sundhedsindsats overskrider traditionelle skel mellem nær/fjern, individ/fællesskab, politik/etik. Derfor er det heller ikke at gå for langt at påstå, at forebyggelse reformulerer det velfærdsstatslige projekt og "det sociale spørgsmål". Forebyggelse producerer nye ansvarskoblinger, har ingen begrænsende andenside. Ansvar er uden overlæg og kan derfor formulere uendeligt på både velfærdsstatssiden og borgersiden.



FOTO: PELLE RINH

**D**e modstående udsagn er fra en artikel om *Det sunde fællesskab*, jeg skrev med Lars Thorup Larsen tilbage i 2001, hvor vi analyserede et tiårigt folkesundhedsprogram igangsat af den daværende regering (Sundhedsministeriet 1999). Artiklens hypotese var, at folkesundhedsprogrammet transformerede, ikke bare sundhedspolitikken, men velfærdsstatens rationale som sådan. På den ene side betød programmet, at velfærdsstaten gjorde sig afhængig af den enkelte borgers aktive deltagelse i forebyggelsen. På den anden side knyttede programmet borgeren til velfærdsstatslige initiativer. Borgeren kom til at indgå i et sundhedsfællesskab aktiveret og superviseret af staten, men båret af hende selv. Folkesundhedsprogrammet tydeliggjorde en velfærds politik, der i højere grad end tidligere hængte sin enhed op på et politisk løfte om at foregribe risici og skabe sundhedsmæssig fremgang.

I denne artikel vil jeg analysere et konkret forebyggelsespolitisk tiltag på ældreområdet, "Lov om forebyggende hjemmebesøg" (L1117). Jeg vil fokusere på to elementer i loven. Jeg vil dels vise, hvordan loven etablerer et nyt ansvarsfællesskab mellem den ældre og ældreområdet, dels hvordan den funderer en ny enhed i ældresektoren. Dette vil jeg uddybe med fire teser om hjemmebesøgets funktioner for ældreområdet. Jeg vil kigge på:

- a. Hjemmebesøget som inklusionsrum
- b. Hjemmebesøget som paradoksalt "udenfor-sted" beliggende indenfor
- c. Hjemmebesøget som rum for indhegning af ubesluttelige spørgsmål
- d. Den ældre som forebygger

"Lov om forebyggende hjemmebesøg" blev vedtaget tilbage i 1996 og var meget direkte i formuleringen af sine forebyggelsesaktiviteter: Konkrete besøg i de ældres hjem, ikke besøg forbeholdt bestemte grupper, men besøg til alle. Med besøgene ønskede regeringen at skabe en ny "hjælp-til-selv-hjælps-kultur" til erstatning for den gamle "omsorgs- og plejekultur", for at bruge en formulering fra Københavns sundhedsborgmester (Berlingske Tidende 2003).

I mine analyser er to argumenter gennemgående. Et første argument er, at hjem-

mebesøgets organisatoriske placering har betydning for dets produktion af ansvar. Hjemmebesøget er etableret som et selvstændigt og afgrænset kommunikationsrum. Det har egen institutionalisering, egne tilknyttede personer og et eget sprog (den forebyggende samtale). Desuden er det afgrænset med en egen ansvarslogik. Denne afgrænsning står i et paradoksal forhold til forebyggelsens ledemotiv om at være grænseoverskridende, altfavnende og orienteret mod den ældres hele liv.

Et andet argument er, at forebyggelsesbesøgets enhed hænges op på særlige aktørkonstruktioner.<sup>1)</sup> Den ældre forventes at være ældre på en bestemt måde. Hjemmebesøgeren forventes at udvise en særlig faglighed. Aktørkonstruktionerne gør det muligt for forebyggelsen at trække på særlige sider af den ældres og hjemmebesøgers identitet. Der skabes en forestilling om en særlig enhed mellem forebyggeren og den enkelte ældre, en radikaliseret gensidighed kan man også sige.

Forebyggelsespolitikken involverer et refleksivt moment: en ny delagtiggørelses eller inklusionslogik. Dette er forebyggelsespolitikens måske vigtigste kendetegn. Den aktiverer en radikal gensidighed. Velfærdsstatens refleksivitet bindes til borgerens. Der installeres en gensidig åbenhedsfordring. Den ældre forventes åben dels for sin egen skyld, dels for områdets. Et nej til forebyggelsen er både et nej til sig selv og til fællesskabet. Ansvar er individualiseret, men angår helheden.

### **En politisk forhistorie til de forebyggende hjemmebesøg**

I 1990'erne sker en ganske kraftig reorganisering af sundhedspolitikken i Danmark. Reorienteringen er inspireret af tankerne i New-Public Health, som spredes via programklæringer fra internationale organisationer som WHO og OECD (Sundhedsministeriet 1989a; 1989b; WHO 1986; 1994; Lupton 1995; Lupton/Petersen 1996).<sup>2)</sup>

I Danmark er politikere såvel som toneangivende eksperter i det sundhedsfaglige miljø inspireret af de nye tanker. Særligt måden, hvorpå forebyggelse flyttes i forgrunden af sundhedspolitikken, vækker gehør. Eksperterne i det sundhedsfaglige



miljø argumenterer for forebyggelse med henvisning til ændringer i danskernes sygdomsbillede. Folk rammes af de såkaldte velfærds- og livsstilssygdomme, hvis kendetegn er, at de er usynlige for den enkelte og kun kan aflæses i statistikker over Danmarks samlede sundhedstilstand. Politikerne i det politiske system argumenterer for forebyggelse med argumenter om koordinering og synlighed. Usynligheden for den enkelte borger må modsvares af en synlighed tilvejebragt af klare politiske målsætninger og ny viden.

Statistikkerne melder klart ud. Danmark udfordres af en snigende velfærds-trussel. Vores middellevetid stagnerer, og vi taber terræn i forhold til lande, vi normalt sammenligner os med (Sundhedsministeriet 1994; 1998). Ikke kun den enkelte borgers livslængde står på spil, også Danmarks status over for udlandet. Flere initiativer sættes i gang, både initiativer til yderligere forøgelse af informationsniveauet og initiativer med et praktisk-intervenerende sigte (Højlund/Larsen 2001: 77-80).<sup>9)</sup>

### **Lov om forebyggende hjemmebesøg**

På ældreområdet har man tidligere gjort sig konkrete erfaringer med forebyggelse. Nærmere bestemt har flere kommuner i slutningen af 1980'erne gjort forsøg med forebyggende interventionsbesøg. Interventionsbesøg er besøg i de ældres hjem efter udskrivning fra sygehusindlæggelse. Forsøgene har været fulgt tæt af både lægefaglige eksperter og politikere. Erfaringerne har været gode. Et tættere samarbejde mellem sygehus og praktiserende læge har en gavnlig effekt på de ældres livskvalitet, som det konkluderes i en doktordisputats om emnet (Hendriksen 1989).

Fra politisk hold ønsker man de gode erfaringer fra interventionsbesøgene bredt ud. Forebyggelsen skal udbredes til hele landet og ikke afgrænses til situationer efter sygehusindlæggelse. I 1996 lancerer regeringen "Lov om forebyggende hjemmebesøg" (L 1117).

Loven er enkel i både ordlyd og krav. Alle kommuner skal tilbyde borgere over 75 år besøg i eget hjem mindst to gange

årligt. Det vægtes, at tilbudet gives uanset de ældres øvrige tilknytning til ældreområdet. Kommunerne har frihed til selv at organisere og tilrettelægge hjemmebesøgene (L 1117).

"Lov om forebyggende hjemmebesøg" er tydeligt inspireret af erfaringerne fra de tidligere forsøg med intervenerende besøg, men adskiller sig også. Mest adskiller loven sig på det *holdningsmæssige* plan, hvor den giver den ældre en mere aktiv og udfarende rolle end i de kommunale besøg. Hvor de kommunale besøg byggede på en traditionel forståelse af forholdet mellem borger og ekspert – lægen der henter informationer og uddeler viden (dvs. er den aktive part), borgeren der tager imod (dvs. er den passive part) – bygger de forebyggende hjemmebesøg på en forestilling om den ældre og hjemmebesøgeren som ligestillede. I de forebyggende hjemmebesøg tager den ældre et medansvar for informationstilvejebringelsen. Besøgene er formet som gensidig informationsudveksling.

På det *organisatoriske* og *indholdsmæssige* plan ses andre forskelle. En vigtig forskel er, at de forebyggende hjemmebesøg er alment forebyggende, mens de kommunale interventionsbesøg er specifikt lægefaglige (VEJ 59: pkt. 40, 41). En anden forskel er, at de forebyggende hjemmebesøg ikke fokuserer på den ældres helbredsforhold i snæver forstand, men sigter bredt på hendes samlede livssituation. Eller som det formuleredes i vejledningen til loven:

"Besøget skal indeholde en struktureret, helhedsorienteret samtale, hvor den ældres forhold i al almindelighed gennemgås, og eventuelle spørgsmål drøftes. Indholdet af samtalen skal især være koncentreret om, hvordan den ældre mestrer sin tilværelse, fremfor om eventuelle lidelser/sygdomme. Samtalen med den ældre kan fx omhandle dagligdag, trivsel, socialt netværk, bolig, økonomi, sundhedstilstand, funktionsevne m.v." (VEJ 59: pkt. 36).

Helhedsorienteringen er vigtig. Den sender signaler om en ny helhed i indsatsen. Indsatsen skal baseres på en sammenhæng mellem det nære og fjerne i den ældres liv, men også på en sammenhæng mellem ældresektorens forskellige delområder.

Besøget bringer informationer sammen fra den offentlige, frivillige og private del af ældresektoren. Det er vigtigt, at den ældre ikke kun informeres om tilbuddene fra det offentlige. Hjemmebesøget er ikke en ekstra kontrolinstans eller diagnostisk forpost. Formålet med hjemmebesøget er

”at opprioritere den forebyggende og sundhedsfremmende indsats over for ældre ved at skabe tryghed og trivsel samt yde råd og vejledning om aktiviteter og støttemuligheder...at bidrage til at støtte de ældres evne til at sørge for sig selv” (VEJ 59: pkt. 31).

Formålet er ikke at sygeliggøre ellers raske ældre, som det formuleres i vejledningen til loven (VEJ 59: 40). Hvad er hjemmebesøgers rolle? I hvert fald ikke at agere diagnosticerende læge eller ansvarstagen- de sygeplejerske. Men hvis ikke dette, hvad ligger så i hendes rolle som trygheds-, trivselsskaber og vejleder? Spørgsmålet kræver yderligere læsning i vejledningen til loven. Her fremgår det, at hjemmebesø- gerne forventes at have vurderingsevne i meget bred forstand. Hun skal have bred erfaring og alment menneskekundskab.

”Det forudsættes derfor, at de personer, der besøger den ældre, skal kunne vurdere den ældres almentilstand i meget bred forstand, herunder boligforhold, økonomi, sociale kon- takter m.v.” (VEJ 59: pkt. 41).

### **Kommunale erfaringer med forebyggende besøg**

Efter nu at have været igennem de væsentligste intentioner bag ”Lov om forebyggen- de hjemmebesøg” vil jeg kort redegøre for de konkrete erfaringer, man har gjort sig ude i kommunerne. I henholdsvis 1998 og 2002 gennemfører *Den Sociale Ankestyrelse* undersøgelser af kommuner- nes praksis med hjemmebesøg (Den Sociale Ankestyrelse 1999; 2002). Undersøgelserne giver et ganske godt billede af ordningens implementering i kommunerne og et fing- erpeg om hjemmebesøgenes organisatoris- ke forankring. Hvilken placering giver kommunerne forebyggelsesbesøgene? Hvilke temaer tages op? Og ikke mindst: opsamler og bruger kommunerne den viden, de får ud af besøgene?

Undersøgelsen fra 2002 indledes med en

specificering af motiverne for evaluering af besøgsordningen. Det vigtigste motiv er usikkerhed om ordningens implemente- ring. Kommunerne har store frihedsgra- der m.h.t. besøgenes organisering. Man har fra Socialministeriets side kun stillet et minimum af krav, men er nu nervøs for, om kommunerne lever op til deres forplig- telser om to årlige besøg (Den Sociale Ankestyrelse 2002: 7).

Undersøgelsen slår fast, at det gør kommunerne, i hvert fald de fleste (Den sociale Ankestyrelse 2002: 29). Men sam- tidig slår undersøgelsen også fast, at kom- munerne har placeret hjemmebesøgene meget forskelligt i deres organisation. Nogle har placeret dem i selvstændige en- heder. Andre har lagt det ind under andre enheder, og endnu nogle har differentieret tilbuddet, alt afhængig af om der er tale om ældre, der allerede er en del af syste- met eller ej (Den sociale Ankestyrelse 2002: 3).

I forhold til informationsopsamling teg- ner undersøgelsen et klart billede af kom- munal praksis. Mange kommuner, dvs. 153, har ikke opsat mål for deres hjem- mebesøg og endnu flere, nemlig 160, spe- cificerer ikke klare målsætninger for deres hjemmebesøg. Kun lidt over halvde- len af kommunerne indsamler systema- tisk viden (Den sociale Ankestyrelse 2002: 9). Dette billede underbygges af undersø- gelsen fra 1998. Her oplyser kun halvde- len af kommunerne, at de har vidensop- samling i forbindelse med hjemmebesøge- ne (jf. Den Sociale Ankestyrelse 1999: 5). Kommunerne bruger ikke hjemmebesøge- ne som informationskanal. 2002-rappor- ten konkluderer, at 84 % af kommunerne ikke har gennemført en selvstændig undersøgelse af ordningen (Den Sociale Ankestyrelse 2002: 14).

I spørgsmålet om, hvilke temaer, der tages op i hjemmebesøgene, tegner rap- porterne et klart billede. Kommunernes praksis understøtter intentionerne i loven. Hjemmebesøgene er helhedsorien- terede, fokuserer på bredtfaavnende tema- er som mestring i hverdagen, netværk, personlige ressourcer, livssyn, spørgsmå- let om det gode liv (Den Sociale Ankestyrelse 1999: 20).



## To fokuseringer i loven

To fokuseringer træder særligt frem i "Lov om forebyggende hjemmebesøg": På den ene side dens ændring af *ansvarsforholdet* mellem ældreområdet og den ældre. På den anden side dens installering af en ny type *enhed*.

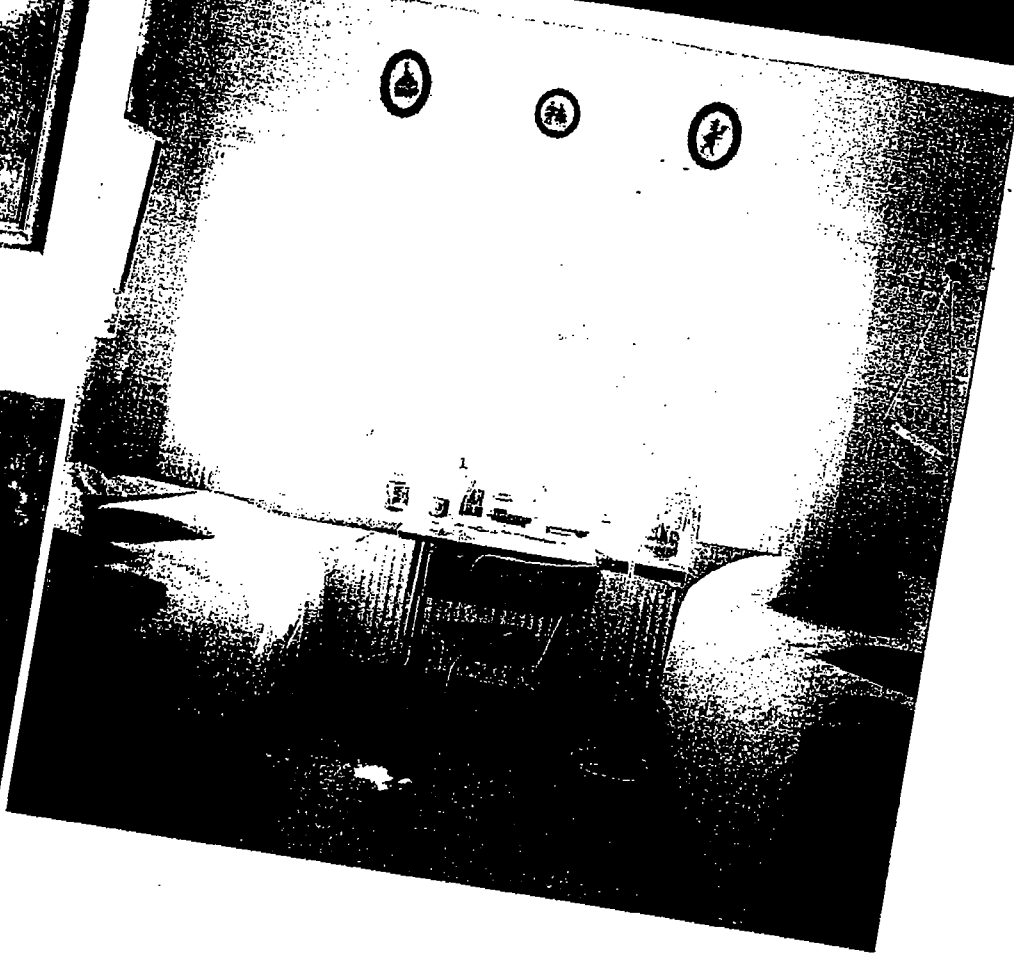
### I. Ansvarsfællesskab

"Lov om forebyggende hjemmebesøg" indrammer et nyt ansvarsfællesskab på ældreområdet. I dette fællesskab skal den ældre tage et øget ansvar for sit liv, og hun skal påtage sig det med en åbenhed over for velfærdsstaten (her repræsenteret af hjemmebesøgeren). Hjemmebesøgeren på sin side skal tage et øget ansvar for den ældre selvansvar. Hun skal vejlede den ældre og bakke hende op; tage ansvar for ansvaret, kan man sige.

Ældreområdets nye ansvarsfællesskab indfanges af Nikolas Roses begreb om "ethi-

co-politics" (1999: 188). Begrebet indikerer en ny relation mellem ansvarstilskrivning og vejledning. Denne relation undslipper traditionelle sondringer mellem etik og politik. Politikken formulerer sig selv, og i samme bevægelse formulerer den borgernes ansvar over for sig selv og andre.

Hjemmebesøget er et distinkt eksempel på et sådant etico-politisk fællesskab. Besøget er bygget op om værdier som uformalitet og gensidighed. Det er den fælles refleksivitet mellem hjemmebesøgseksperter og den ældre, der er i fokus. Kommunikationsformen er dialog. Hjemmebesøgseksperter deltager aktivt i den ældre livsplanlægning. Den ældre bidrager med informationer om sit liv. Hjemmebesøgssituationen formes over en forskel mellem uformel og formel kommunikation med en betoning af den uformelle. Dialogen pålægges ikke forhånds begrænsninger i form af bestemte temavalg eller beslutningsmodi.



Dialogen er ikke orienteret mod at nå frem til bestemte beslutninger. I det omfang der ligger forhåndsstruktureringer på samtalen er de brede og åbne (jf. f.eks. Den Sociale Ankestyrelse 1999: 18-24). Dialogens to parter deler ansvar både for indhold og opfølgning. Ansvar er situationsbestemt og bundet til en særlig informalitet eller intimitet. Denne intimitet kunne i vejledningen til loven ses italesat med ord som tryk, trivsel og støtte (VEJ 59: 31). Hjemmebesøgssituationens ansvarsfællesskab fordrer aktiviteter på begge sider af relationen. På den ene side ses en hjemmebesøgseksperter, af hvem det forventes, at hun holder sig generelt informeret om ældreområdet og fokuserer sin viden mod den enkelte ældre. På den anden side ses en ældre, af hvem det forventes, at hun formulerer forventninger og krav til sit liv. Hjemmebesøgeren er indpisker i den ældre aktivering af sit selvforhold. Sammen står de

med et ansvar for at forebygge mod risiciene ved at blive gammel på et velfærdsstatligt velfærdsområde. Hjemmebesøget udgør et oplysnings- og risikofællesskab. Området og den ældre deler oplysninger og dermed også risici. Den ældre sundhed, socialitet og privatliv indsættes i et gensidigt betingelsesforhold til kommunernes forebyggende indsats.

## II. Enhed

Når jeg hævder, at hjemmebesøget producerer *enhed*, skal det forstås på i hvert fald to måder. Dels skal det forstås som, at hjemmebesøget formulerer *enhed* i den enkelte ældre liv. Dels skal det forstås som, at hjemmebesøget formulerer *enhed* på ældreområdet.

Enheden viser sig i de spørgsmål som tages op i hjemmebesøgene. Hvad binder den ældre livssituation sammen? Udgør ældreområdets forskellige tilbud en helhed?

Praktiske spørgsmål, men også spørgsmål, der mere fundamentalt binder den enkeltes livs (og enheden i dette) til ældreområdet. Er der tale om inklusion? Nej ikke i traditionel forstand, forstået som det at der tages formelle organisatoriske beslutninger om den ældre, men i mere radikal forstand: ja. Hjemmebesøget inkluderer, i den forstand at det former et gensidigt iagttagelsesrum. Hjemmebesøget giver den ældre mulighed for at iagttage ældreområdet som enhed. Modsat giver besøget også ældreområdet mulighed for at iagttage den ældres liv i helhed. Er det en inklusion på eksplicite præmisser? Nej på implicite. Heri ligger forebyggelsens politiske fornuft. Forventningerne formuleres ikke eksplicit, men ligger i samtalen. Det forventes af den ældre, at hun åbner for private temaer. Hjemmebesøgeren forventes at trække både på sin faglige kunnen og personlige indlevelsessevne. Hjemmebesøget producerer en særlig ansvarsenhed, som ligger ved siden af ældreområdets normale. Under normale omstændigheder, dvs. når ældreområdet tager sine beslutninger om den ældre og plejen, er ansvaret ikke fælles, men splittet op. Dette ses f.eks. i visitationen, hvor det er ældreområdets eksperter, der træffer beslutninger om den ældres behov og områdets tildeling af ydelser. Og i hverdagen hvor beslutningsansvaret ligger hos hjemmehjælperen, om end med krav om inddragelse af den ældre.<sup>4</sup>

I hjemmebesøget forholder det sig modsat. Her er ansvaret grænseløst og knyttet til begge sider af relationen. Hjemmebesøgeren oplyser om alle ældreområdets muligheder og tilbud. Den ældre oplyser om sig selv og sit liv. Hjemmebesøget producerer ansvarsenhed. Ud af dialogen emergerer en egen enhed.

Denne enhed har kun plads, fordi hjemmebesøgets strukturer er holdt åbne. Dette ses tydeligt, hvis man sammenligner hjemmebesøget med visitationen. Hvor visitationen er minutst forhåndsstruktureret – har sine begreber og beslutningsprocedurer lagt fast på forhånd – er hjemmebesøget konstrueret som en åben og situationsbestemt dialog.

Det er tydeligt, at de to situationer har vidt forskellige funktioner for ældreområ-

det. Visitationen er en beslutningssituation, hjemmebesøget et refleksionsrum. Visitationens strukturer sikrer, at alle forstyrrende informationer renses bort, så behov og ydelser står rent tilbage. Strukturernes kompleksitetsreducerende. Hjemmebesøgets strukturer sikrer, at alle informationer kan komme på bordet. Strukturernes kompleksitetsbevarende. Det ene sted leder strukturernes til håndfaste beslutninger, det andet sted til åben dialog. Hvor hjemmebesøgets åbne strukturer giver kommunikationen en særlig evne til at rumme helhedsorienterede temaer, giver visitationens strukturer kommunikationen en evne til at splitte helhedstemaer op og gøre dem besluttelige i differentieret form.<sup>5</sup>

Det ovenstående kan også formuleres som, at hjemmebesøgets interesse for den ældre tager en generel form, der ellers ikke er plads til i ældreområdets specialiserede beslutningstagning.<sup>6</sup> Hjemmebesøget afgrænser et eget rum for (en interesse for) helheden. I undersøgelsen fra *Den Sociale Ankestyrelse* ses dette udtrykt i temaerne, som kommunerne har indrapporteret. Her tales om temaer som "det gode liv", "socialt netværk", "mestringsevne" og "livssyn" (1999: 20). Eller som det formuleres i vejledningen til loven:

"Besøget skal indeholde en struktureret, helhedsorienteret samtale, hvor den ældres forhold i al almindelighed gennemgås, og eventuelle spørgsmål drøftes" (VEJ 59: pkt. 36).

For ældreområdet er hjemmebesøgets orientering mod helheden risikabel, fordi den åbner for uordnet kompleksitet. "Forhold i al almindelighed", som det hedder. Alle temaer kan tages op, alle behov artikuleres. Fordi den bagvedliggende ambition er at fange problemer, der går på tværs, pålægges hjemmebesøget ikke forhånds begrænsninger.

Hjemmebesøget er udtryk for, at ældreområdet har specialiseret en særlig type kommunikationer om helheden og afgrænset disse helhedskommunikationer i et særligt kommunikationsrum. Her kan alle problemer tages op, men kun to gange årligt, i den ældres hjem og gennem dialog. Kommunikationsrummet afgrænses af dets institutionalisering og af hjemmebesøgsek-

sperternes specialisering. Hjemmebesøgene effektueres i de ældres hjem og af ansatte med særlig erfaring og grundigt kendskab til såvel sociale som sundhedsmæssige forhold, som det hedder i vejledningen til loven (VEJ 59: pkt. 40 og 41), dvs. særlige situationer og særligt uddannet personale. Kun gennem en sådan afgrænsning kan hjemmebesøget opretholde sin egenart, hvilket dog ikke afholder det fra at trække på en overskridelseslogik. Hjemmebesøgets politiske fornuft forbeholder sig retten til at overskride grænser og italesætte helheder.

"Tilbudet til ældre om forebyggende hjemmebesøg skal ses som et supplement til og som en udvidelse af den almindelige kommunale rådgivnings- og vejledningsforpligtelse" (VEJ 59: pkt. 39).

### Fire teser

Hvilken type kommunikationsrum er det forebyggende hjemmebesøg? Hvilke aktørkonstruktioner hænges det op på? Min besvarelse af disse spørgsmål tager ikke udgangspunkt i de forebyggende hjemmebesøgs betydning for ældresundheden som sådan, sådan som en traditionel forebyggelsesanalyse ville gøre. Spørgsmålet er ikke, om de ældres livssituation bedres, eller om deres funktionsevne hæves, spørgsmålet er, om hjemmebesøgene etablerer et nyt forhold mellem den enkelte ældre og ældreområdet. Hvordan sætter området sin enhed i spil med den ældres sundhed? Eller forholdet det sig i virkeligheden modsat? Etablerer hjemmebesøget i virkeligheden en relation, hvor enheden i den ældres liv er parameter for ældreområdet's sundhed.

#### a. Hjemmebesøget som inklusionsrum

Første tese er, at det forebyggende hjemmebesøg former et eget inklusionsrum på kanten af ældreområdet. Besøget ligger på kanten, fordi det ikke baserer sig på præmisser om at nå til konkrete beslutninger. Hjemmebesøget inkluderer ikke ved at beslutte om den ældre, men ved at muliggøre iagttagelser. Den formelle inklusionsbeføjelse ligger et andet sted, nemlig i visitationen. Jeg vil gerne uddybe dette en smule.

Hjemmebesøget er et inklusionsrum formet af den ældres og hjemmebesøgerens fælles iagttagelser, man kan også sige: af

deres fælles refleksivitet. Det forebyggende hjemmebesøg indbyder til fælles refleksion uden at gøre den ældre til parttager i ældreområdets andre kommunikationer. Men betyder det, at hun er holdt udenfor? Nej, og heri ligger hjemmebesøgets forebyggende fornuft (og skjulte inklusionsmekanisme). Hjemmebesøget gør den ældre til deltager ved at forlene sig på hendes refleksive kapacitet.

Heri ligger en gensidig betingelseslogik. Ældreområdet kan kun gøre sig synlig med den ældre som iagttager, området må have hende at stå over for. Og det samme gælder med omvendt fortegn for den ældre. Hun bliver først synlig, når ældreområdet iagttager hende som helt individ. Det lyder måske en smule spekulativt, men er egentlig relationelt ligetil. Ældreområdet kan kun se sig selv som enhed, når det ser sig gennem den ældres refleksioner over sin livssituation. Er hendes liv præget af sammenhæng? Oplever hun enhed i de muligheder og tilbud, området tilbyder hende? Spørgsmålene til hende bliver også området's spørgsmål til sig selv.

Og det samme gælder, blot med omvendt fortegn for den ældre. Hun ser sig selv og sin livssituation (sine begrænsninger og muligheder) reflekteret gennem hjemmebesøgerens oplysninger om området's tilbud. Hvorfor benytter hun ikke områdecenteret noget mere? Eller hvad med Ældre Sagens tilbud om besøgsven. Diskussionen af området's tilbud, bliver også en diskussion af hendes livsindhold.

Hjemmebesøgets status som inklusionsrum er knyttet til den ældre og hjemmebesøgerens produktion af mulighedsbetingelser for hinandens refleksioner. På den ene side betinger de hinandens mulighed for selviagttagelse. På den anden side betinger de hinandens mulighed for at fremstå som enhed. Din enhed bliver min, min bliver din.

#### b. "Udenfor-sted" beliggende indenfor

Min anden tese er, at hjemmebesøget er konstrueret som et paradoksalt "udenfor-sted" beliggende inden for ældreområdet's organisation. I den første af de nedenstående tekstbokse har jeg anskueliggjort forskellige sider af hjemmebesøget som "udenfor-konstruktion".

#### Besøget som et "udenfor"

- Besøget foregår hjemme hos den ældre – foregår i et privat rum.
- Den ældre har selv inviteret hjemmebesøgseksperter indenfor – har autoriteten og initiativet på sin side.
- Kommunikationen er formet som helhedsorienteret samtale/dialog – er ikke-beslutningsorienteret.
- Besøgssituationen er åben over for alle temaer – er struktureret på nærværets præmisser.

Udenfor-konstruktionen betyder ikke, at hjemmebesøget er fritaget for organisation. Besøgsrummet er underlagt flere organisatoriske logikker. I den anden tekstboks har jeg anskueliggjort forskellige organisatoriske logikker i hjemmebesøget.

#### Besøget som et "indenfor"

- Hjemmebesøgeren får løn for sine besøg – har medlemsrolle.
- Besøgene er fastlagt ved lov – er underlagt formelle præmisser.
- Besøgene er tidsligt afgrænsede – er underlagt forhåndsprogrammering.

Indholdet i de to tekstbokse anskueliggør spændingerne i hjemmebesøgsrummet. Hjemmebesøget er hverken et rent "udenfor-" eller "indenfor-sted", men snarere et paradoksalt både-og-sted: et "udenfor-sted-beliggende-indenfor".

Hjemmebesøget refererer til en egen situationsbestemt meningshorisont (jf. VEJ 59: 31). Ydermere har det sit eget sprog, nemlig dialogen. Eller som den benævnes i vejledningen til loven: "den helhedsorienterede samtale" (VEJ 59: 36).

Den ældre og hjemmebesøgerens forhåndsforventninger er formet af udenfor-konstruktionen. Man kan også sige, at udenfor-konstruktionen betinger de irritationer, der skabes i den ældre og hjemmebesøgerens bevidsthed. De indstiller sig på uformel dialog og fælles oplysning.

Men hjemmebesøgets organisatoriske bundethed kan ikke undgå samtidig at pro-

ducere modsatrettede forventninger og irritationer. Både den ældre og hjemmebesøgeren ved, at hjemmebesøgeren er en professionel fra ældreområdet. Hun har ældrefaglig viden. Hun taler ældreområdets sprog, og hendes informationer er systemets. Hjemmebesøgssamtalen er privat, men forbereder også den ældre til ældreområdet.

Opsummerende om hjemmebesøget som paradoksalt "udenfor-sted – beliggende indenfor" kan siges, at det er formet over en umulighedspræmis, der på samme tid refererer til dels en situationel og dels en organisatorisk rationalitet. Hjemmebesøget gør den ældre til del af et organisations-frit rum, samtidig med at det placerer hende i ældreområdets organisering.

#### c. Rum for indhegning af "det ubesluttelige"

Tredje tese er, at det forebyggende hjemmebesøg er funderet på en fundamental fritagelse fra beslutninger. Denne fritagelse betyder, at hjemmebesøget kan rette sig mod temaer kendetegnet af ubesluttelighed. Fordi der ikke tages beslutninger om behov, ydelser eller rettigheder, kan parterne koncentrere sig om tværgående problematikker. De tidligere diskussioner af kommunal praksis anskueliggjorde hvilke. Hvordan er den ældres mestring af hverdagen? Hvad er hendes livssyn? Hvordan er hendes kontakt til omgivelserne? Hvad kendetegner et godt ældreliv? (Den Sociale Ankestyrelse 1999: 20).

Spørgsmålene vedrører helheder. De lader sig ikke besvare enkelt, er ubesluttelige. I hjemmebesøget reflekteres og iagttages uden fordringer om at nå til beslutninger, hvilket naturligvis ikke betyder, at hjemmebesøget ikke kan tematisere beslutninger, tværtimod. Dets væsentligste funktion er at tematisere den ældres beslutninger. Hænger de sammen? Er hendes boligvalg afstemt med transportmuligheder? Hvordan er familiekontakt og generel sundhedstilstand? Spørgsmålene stiller skarpt på beslutningsmæssige helheder i den ældres liv, men de stilles ikke med henblik på øjeblikkelig besvarelse. Hjemmebesøget er ikke orienteret mod konkret beslutningstagning. Besøget involverer ikke styrings-skemaer eller beslutningsteknologi. Det



afsluttes ikke som visitationen med et aftalelignende skema. Ingen opregning af hvilke beslutninger man er nået frem til.

Så selvom hjemmebesøgets dialog er orienteret mod praktiske og konkrete spørgsmål i den ældres liv, er det en dialog med rum for det ubesluttelige. Dialogen tematiserer grænseflader: Dels grænseflader mellem forskellige sider i den ældres liv, dels grænseflader mellem ældreområdets organisatoriske delområder. Disse grænseflader kan tematiseres uden at true ældreområdets beslutningstagning.

#### *d. Den ældre som forebygger*

Min fjerde og sidste tese er, at "lov om forebyggende hjemmebesøg" ved siden af forebyggelsen, der angår den ældre, installerer en forebyggelse, der angår ældreområdet selv. Jeg vil med andre ord vove den påstand, at hjemmebesøgslovens hjælp-tilselvhjælp ikke kun angår den ældre, men også området selv. Hvem har ansvar for hvem? Spørgsmålet er slet ikke enkelt, hvis man for et øjeblik leger med den tanke, at det slet ikke er hjemmebesøgeren, der er den egentlige forebygger, men den ældre.

Hvad er udgangspunktet? Udgangspunktet er, at hjemmebesøget som jeg tidligere har været inde på aktiverer en særlig gensidig iagttagelseslogik. Iagttagelse til selviagttagelse, kan man også sige. Hjemmebesøgsekspertene iagttager, vejleder og superviserer. Herigennem producerer hun selviagttagelse hos den ældre. Hun aktiverer så at sige den ældres selvforhold. Gør den ældre i stand til at se sig selv og sit liv på nye måder. Den ældre bliver en person i stand til under supervision at forebygge mod egne risici.

Men hvad sker, hvis man vender dette billede 180 grader. Hvilke risici på ældreområdet forebygger den ældre mod? Kan ældreområdet i virkeligheden kun stille spørgsmål til sig selv ved at stille spørgsmål til den ældre?

Hvis det er tilfældet, betyder det, at den ældre ikke bare er forebyggelsesobjekt, men også bærer af områdets forebyggelse. Hun er nødvendigt subjekt i forebyggelsen. Kun med den ældre som dialogpartner kan ældreområdet lade sine iagttagelser af sig selv tage sløjfen henover en andens refleksioner. Den ældre er den aktørkonstruk-



tion, som gør det muligt for ældreområdet at være parasit på processer i dets omverden. Den ældre gør det muligt for ældreområdet at lade sig irritere af psykiske processer i dets omverden. Oplever du sammenhæng i dine daglige beslutninger? Er der kontinuitet i dit liv? Spørgsmålene til den ældre er områdets spørgsmål til sig selv. Er ældreområdet præget af enhed, eller er helheden gået tabt?

Hjemmebesøget er forebyggelse i mere radikal forstand end blot at være forebyggelse for risici i alderdommen. Hjemmebesøget er ældreområdets forebyggelse mod egne risici. Dette er en forebyggelse som kun kan gennemføres med den enkelte ældre som medium. Hun installeres som et spejl, ældreområdet kan spejle sig i, når det vil have blik for egne umuligheder. Spørger hjemmebesøgeren f.eks. til helheden i den ældres liv, spørger hun samtidig til sammenhængen i ældreområdets tilbud. Hvem sikrer helheden? Hvordan aktiveres fornuften? Spørgsmålene presser sig på, når det viser sig at være den ældre, som ligger inde med den "forebyggende fornuft".

### **Forebyggelsens politiske fornuft**

Hvad kan tesoerne fortælle os om forebyggelsens politiske fornuft? I første omgang tydeliggør de en politisk fornuft, der på radikal vis retter sig mod borgeren. Velfærdsstaten tager et udvidet ansvar for borgeren, men placerer samtidig et ansvar på hendes skuldre. I hjemmebesøget forventes den ældre at tage ansvar for, ikke bare sit eget liv, men for helheden som sådan. Hun er reflektor for områdets spørgsmål til sig selv. Forebyggelsens politiske fornuft er udtryk for denne dobbelte bevægelse: a) at den ældre aktiveres til at forholde sig til sit liv b) at ældreområdet herigennem opnår et særligt blik på egne processer. Hvordan modtages områdets tilbud? Hvilke ældregrupper udnytter, hvilke muligheder? Den ældre er så at sige medium for ældreområdets selviagttagelse, for ældreområdets forholde sig til sin egen enhed. Hun er dialogpartner og objekt for en helhedsorienteret forebyggelse. Ikke centrum for minutios beslutningstagning, men centrum for grænseløs refleksion. Refleksionen er grænseløs i tre henseender.

For det første i den forstand at den overskrider grænser til den ældres privatliv. For det andet fordi den gør systemets politisk-administrative overvejelser afhængig af borgernes refleksioner over sit liv: eticopolitik. For det tredje fordi den italesætter ældreområdet som samlet helhed.

I forebyggelsen ses en sammenblanding af områder, der traditionelt er adskilt. Borgerens privatliv bliver refleksionsdomæne og ansvarsfelt for politikken. Politikken bliver afhængig af at have frie borgere, den kan indgå i forebyggende dialog med. Borgerens frihed er nødvendig for politisk selviagttagelse. Er velfærdspolitikken fornuftig? Spørgsmålet kan kun stilles ad omvejen over det frie individ.

Forebyggelsespolitikken involverer et refleksivt moment: en ny delagtiggørelses- eller inklusionslogik. Politikken aktiverer en radikal gensidighed. Et nej til forebyggelsen bliver derfor både et nej til ens individualitet som borger og til velfærdsstaten som refleksionsfællesskab.

I hjemmebesøgene konstrueres den ældre og hjemmebesøgeren med individualitet: "dialogisk individualitet". Hvad kendetegner denne individualitet? At den er selvstændig og samtidig påvirkelig og åben for forandring. På den ene side må den ældre udstråle en selvstændighed, så hun virker som ydre bekræftelse på velfærden, på den anden side må hun være åben for at indgå i en gensidighedsrelation med hjemmebesøgeren.

Den ældres individualitet er ganske afgørende for forebyggelsens gennemslagskraft. Kan forebyggelsen ikke trække på bestemte sider af hendes identitet, kan den ikke konstituere sit refleksionsfællesskab. Det betyder med andre ord, at forebyggelsen ikke kan ses uafhængigt af den persontilskrivning, den gør brug af. Forebyggelsen tilskriver den ældre fornuft og trækker herigennem på hendes psykiske ressourcer. Den fungerer kun, hvis hun tages i ed som fornuftig medspiller. Forebyggelsen konstruerer den ældre med en særlig individualitet (eller fornuft), som ældreområdet kan iagttage sin enhed igennem. Eller formuleret lidt mere generelt: Velfærdsstaten er afhængig af at have noget radikalt forskelligt at spejle sig i, borgeren.

Vil den kunne iagttage sig selv, må den skabe situationer som hjemmebesøget, hvor den kan iagttage borgerne (og sig selv).

### Radikal gensidighed?

Opsummerende kan siges, at "Lov om forebyggende hjemmebesøg" er udtryk for, at det politiske system installerer en ny fornuft på et af sine velfærdsområder: en forebyggelsespolitisk fornuft. Kendetegnende for denne forebyggelsespolitiske fornuft er, at den indlemmer borgeren, for det første som *objekt* for forebyggelsen, dvs. som en der forebygges på, for det andet som forebyggende *subjekt*, dvs. som en der tager hånd om sin egen forebyggelse. For det tredje og sidste indlemmes hun som *mediator* for forebyggelsen, dvs. som en katalysator for ældreområdets refleksioner på sin velfærdsudvikling.

"Lov om forebyggende hjemmebesøg" betoner de to første sider af indlemmelsen, men går mere stille med den sidste. Den ældres rolle som katalysator for forebyggelsen forbliver lovens skjulte andenside. I denne forstand er hendes rolle forebyggelsens blinde plet. Den ældre forsvinder i forebyggelsen trods dens forudsætninger om gennemsigtighed og transparens.

Dette kan også formuleres som, at forebyggelsen lever med en paradoksal ældrefigur i sin midte. Fordi forebyggelsen ikke kan formulere sin afhængighed af den ældre, fordi den ikke kan formulere hendes katalysatorrolle, kommer hun i stedet til at legemliggøre forebyggelsens umulighed: Dels umuligheden af fuld gennemsigtighed, dels umuligheden af radikal gensidighed.

Hvilke interesser har den ældre? Hvilke aktiviteter deltager hun i? Hvad former hendes livssituation? Alt kan tages op til diskussion, alt undtagen forebyggelsen selv. Hvilke effekter har forebyggelsen for den ældres selvforhold? Hvad vil det sige at være katalysator for ældreområdets udvikling? Hvordan tænkes hun ind i udviklingen? Spørgsmålene er relevante, men kan ikke stilles.

Hvorfor ikke? Jeg vil fremsætte den påstand, at det kan de ikke, fordi forebyggelsen ikke i tilstrækkelig grad accepterer den ældre, hjemmebesøgspersonen og hjemmebesøgssituationen som kommuni-

kative konstruktioner. Den ældre som forebyggelses-agent! Hjemmebesøgeren som facilitator! I begge tilfælde er der tale om identitetskonstruktioner. Og i begge tilfælde er disse personkonstruktioner bundet til hjemmebesøget som særlig organisatorisk rum eller kontekst. Min påstand er, at hjemmebesøgene fejlagtigt søger at holde dette skjult – konstrueretheden. Konstruktionerne forbliver usynlige i forebyggelsen. De forbliver konstruktioner, som ikke kan italesættes som konstruktion, trods den altfavnende dialog.

Har forebyggelsen en bagside? Er der risici forbundet ved en velfærdspolitik der søger at foregribe alle risici? Hvad er den ældres rolle i forebyggelsen? Disse spørgsmål må forblive ubesvarede, fordi forebyggelsen ikke kan spørge til sine egne konstruktioner. Heri ligger forebyggelsens største risiko. Den sender signaler til ældreområdets organisationer og os andre i omverdenen om en ældrehjælp, der er blevet radikal lydhør over for den enkelte borger. Men den er ikke mere lydhør end at der er en masse den ikke kan spørge om. Og hvad der er værre, den kan ikke spørge til sin egen manglende spørgeevne.

Forebyggelsen kan ikke medkommunicere sig selv. Heller ikke selv om den kommunikerer om helheden. Forebyggelsen kan hverken tematisere sin placering i ældreområdets organisatoriske strukturer eller den enkelte ældres liv. Og hvad vigtigere er: den kan ikke tematisere, at den ikke evner denne tematisering. Den er bundet ind i sin egen umulighed.

Mit afsluttende spørgsmål angår denne forebyggelsens umulighed. Hvordan vil en forebyggelse se ud, der i stedet for at binde sig selv ind sætter sin umulighed i centrum og lader den være udgangspunkt for sine aktiviteter. Det ville kræve en radikal omvendning – forebyggelse som paradoksal aktivitet. Hvordan ville en sådan forbrydelse se ud? Først og fremmest ville det være en forebyggelse, der i stedet for at blokere, når den opdagede, at dens grænseløse dialog producerer nye grænser, ville lade denne viden være udgangspunkt for sin videre informationsopsamling. Det ville være en forebyggelse, der kunne se sin afhængighed af bestemte aktørkonstruktio-

ner og med denne viden se vigtigheden af at indgå i samspil med andre velfærdsstatslige rum og deres aktørkonstruktioner. En forebyggelse, ikke højt hævet over, men på siden af ældreområdet andre organisatoriske rum. Hjemmebesøgssituationen ville være et refleksionsrum ved siden af andre. Det ville være et rum, som behøvede andre rum til at oplyse om dets risici.

En sådan forebyggelse ville se vigtigheden af forskellige informationer. Dette ser den ikke idag, hvor den spiller en perifer rolle i ældreområdets udvikling. Med sine høje ambitioner om at udgøre et privilegeret sted for refleksion, er hjemmebesøgene blokeret af sine egne paradokser.

Min samlede konklusion skal være, at forebyggelsen først bliver radikalt forebyggende, når den tør se sine egne paradokser i øjnene, når den tør formulere sig selv som paradoksal aktivitet. Forebyggelse kan ikke forebygge mod sig selv, mens den forebygger, men den kan løbende udveksle viden med andre refleksive fora på ældreområdet.

Konklusionen er provokerende, fordi den tegner et andet billede af forebyggelse end det, vi normalt ser. Vi er vant til at iagttage forebyggelse med sundhedsfaglige forskelle. Hvor mange ekstra menneskeliv redder en given oplysningsindsats (set i forhold til et kalkuleret normalt tab)? Skal der sættes ind over for en snæver gruppe, hvis der i øvrigt informeres bredt? Hvad er forholdet mellem konkrete og generelle risici? I stedet indimellem den konklusion at forebyggelsen har en andenside ved siden af sin sundhedsfaglige. En andenside som er politisk, etisk eller noget helt tredje.

Det er vigtigt ikke at se denne andenside som mere rigtig end den etablerede forside. Forebyggelsen er hverken mindre forebyggende eller mindre sund, fordi den har en andenside.

*Holger Højlund, ph.d.-stipendiat, Institut for ledelse, politik og filosofi, Handelshøjskolen i København.*

#### Litteratur:

- Berlingske Tidende (2003): "Ny ældrepolitik: Ældre skal hjælpes til selvhjælp" den 13. februar 2003.
- la Cour, Anders/Holger Højlund (2001): "Den fleksible hjemmehjælper", in *Social Kritik*, nr. 76: 6-19.
- Den Sociale Ankestyrelse (1999): *Kommunernes praksis ved forebyggende hjemmebesøg for ældre*. København: Den Sociale Ankestyrelse, Analysekontoret, august 1999.
- Den Sociale Ankestyrelse (2002): *Kommunernes administration af reglerne om forebyggende hjemmebesøg*. København: Den Sociale Ankestyrelse, Analysekontoret, december 2002.
- Hendriksen, Carsten (1989): *Rødovreprojektet. Forebyggende interventionsbesøg hos gamle mennesker*. Disputats. København: Eget forlag.
- Højlund, Chresten/Holger Højlund (2000): "Velfærdsparadoks og kommunikation. Fælles sprog en anden ordens strategi på hjemmehjælpsområdet", in *Grus*, nr. 61: 18-39.
- Højlund, Holger/Lars Thorup Larsen (2001): "Det sunde fællesskab", in *Distinktion*, nr. 3: 73-90.
- Højlund, Holger (2003a): "Velfærdsforskydninger", pp. 267-296 in Christian Borch/Lars Thorup Larsen (red), *Perspektiv, magt og styring. Luhmann og Foucault til diskussion*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Højlund, Holger (2003b): "Visitation og forebyggende hjemmebesøg: To ledelsesmæssige udfordringer på ældreområdet", fortolkende i antologi redigeret af Dorthe Pedersen på Forlaget Samfundslitteratur.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2003): *Sundhedsvæsenets organisering - sygehuse, incitament, amter og alternativer. Rapport fra Indenrigs- og sundhedsministerens rådgivende udvalg*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, januar 2003.
- L 130: lov nr. 130 af 29. maj 2002 om ændring af lov om social service, lov om hjemmeservice, lov om retssikkerhed og administration på det sociale område og lov om individuel boligstøtte.
- L 1117: Lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre m.v. af 20. december 1995.
- Lupton, Deborah (1995): *The imperative of health - public health and the regulated body*. London: Sage.
- Lupton, Deborah/Alan Petersen (1996): *The New Public Health. Health and self in the age of risk*. London: Sage.
- Rose, Nikolas (1999): *Powers of Freedom. Reframing political thought*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Simon, Fritz B. (1999): "The Other Side of Illness", pp. 180-200 in Dirk Baecker (red.), *Problems of Form*. Stanford: Stanford University Press.
- Sundhedsministeriet (1989a): *Veje til sundhed for alle*. København: Sundhedsministeriet.
- Sundhedsministeriet (1989b): *Regeringens forebyggelsesprogram: programdel. Regeringens forebyggelsesprogram. Dokumentationsdel*. København: Sundhedsministeriet.

- Sundhedsministeriet (1994): *Levetiden i Danmark, hovedrapport fra Middellevetidsudvalget*. København: Sundhedsministeriet.
- Sundhedsministeriet (1998): *Danskernes dødelighed i 1990'erne. 1. delrapport fra Middellevetidsudvalget*. København: Sundhedsministeriet.
- Sundhedsministeriet (1999): *Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008*. København: Sundhedsministeriet.
- Teubner, Gunther/Michael Hutter (2003): "Homo Oeconomicus og homo juridicus - kommunikative fiktioner", pp. 247-264 in Holger Højlund/Morten Knudsen (red.), *Organiseret kommunikation - systemteoretiske analyser*. København: Forlaget Samfundslitteratur.
- Vejledning af 9. oktober: Bekendtgørelse af 9. oktober og supplement til vejledning om sociale tilbud til ældre m.fl. efter lov om social service. København: Socialministeriet.
- VEJ 59: Vejledning af 6. marts 1998 om sociale tilbud til ældre m.fl., Socialministeriet.
- WHO (1986): *Mål for sundhed for alle - en dansk oversættelse*. København: Dansk sygeplejeråd.
- WHO (1994): *Mål for sundhed for alle. Den europæiske sundhedspolitik. Opdateret udgave. September 1991*. København: Dansk sygeplejeråd.

#### Noter:

1. Begrebet om aktørkonstruktion er hentet i en artikel af Teubner/Hutter (2003). Aktørkonstruktion angiver, at aktørers udseende, identitet og handlekraft afhænger af den konkrete kontekst, de indgår i.
2. Et aktuelt eksempel på "New Public Health-tankegangen" ses i arbejdet fra *Kjeld Møller Pedersen udvalget* (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2003).
3. Livsstils sygdommene kan ikke iagttages med traditionelle forskelspar som veltilpasshed/utilpasshed eller rask/syg. De, der rammes af livsstils sygdommene, udvikler åreforkalkninger og blodpropper uden synlige tegn på sygdom. Sygdomstegnene kan kun iagttages med bistand fra det sundhedsfaglige og politiske system (enten i form af konkret kontrol eller generel statistik) Statistikken bestemmer, om man er i en risikogruppe eller ej. For en utraditionel tilgang til spørgsmålet om sundhed/sygdom se Simon (1999).
4. For analyser af "lov om fleksibel hjemmehjælp" se la Cour/Højlund (2001), for de seneste ændringer se L 130 og Vejledning af 9. oktober 2002.
5. For yderligere sammenligning af visitationen og det forebyggende hjemmebesøg se Højlund (2003b).
6. Analyser af ældreområdet beslutningsstrukturer og udviklingen i disse i 1990'erne (Højlund/Højlund 2000; Højlund 2003a).

Betænkning afgivet af Socialudvalget den 0. december 2004

1. udkast

**Betænkning**

over

**Forslag til lov om ændring af lov om forebyggende  
hjemmebesøg til ældre m.v.  
(Ændring af lovens målgruppe)****1. Udvalgsarbejdet**

Lovforslaget blev fremsat den 27. oktober 2004 og var til 1. behandling den 5. november 2004. Lovforslaget blev efter 1. behandling henvist til behandling i Socialudvalget.

*Møder*

Udvalget har behandlet lovforslaget i 3 møder.

*Høring*

Et udkast til lovforslaget har inden fremsættelsen været sendt i høring, og socialministeren sendte den 17. september 2004 dette udkast til udvalget, jf. alm. del - bilag 920 (2003-04). Den 28. oktober 2004 sendte socialministeren de indkomne høringssvar samt et notat herom til udvalget.

*Skriftlige henvendelser*

Udvalget har i forbindelse med udvalgsarbejdet modtaget en skriftlige henvendelse fra Ingeborg Byskov, Vanløse.

Socialministeren har overfor udvalget kommenteret den skriftlige henvendelse til udvalget.

*Spørgsmål*

Udvalget har stillet 9 spørgsmål til socialministeren til skriftlig besvarelse, som denne har besvaret.

**2. Indstillinger og politiske bemærkninger**

□

Tjóðveldisflokkurinn, Inuit Ataqatigiit og Siumut var på tidspunktet for betænkningens afgivelse ikke repræsenteret med medlemmer i udvalget og havde dermed ikke adgang til at komme med indstillinger eller politiske udtalelser i betænkningen.

En oversigt over Folketingets sammensætning er optrykt i betænkningen. [ Der gøres opmærksom på, at et flertal eller et mindretal i udvalget ikke altid vil afspejle et flertal/mindretal ved afstemning i Folketingssalen.]

*Else Winther Andersen (V) Hans Andersen (V) Flemming Oppfeldt (UFG)*

*Troels Lund Poulsen (V) Pia Kristensen (DF) Jette Jespersen (DF)*

*Charlotte Dyremose (KF) nfm. Helge Adam Møller (KF) Tove Videbæk (KD) fmd.*

*Jette Bergenholz Bautrup (S) Grete Schødt (S) Jørn Pedersen (S)*

*Sandy Brinck (S) Lotte Bundsgaard (S) Villy Søvnald (SF) Ida Jørgensen (RV)*

*Line Barfod (EL)*

Tjóðveldisflokkurin, Inuit Ataqatigiit og Siumut havde ikke medlemmer i udvalget.

### Folketingets sammensætning

Venstre (V)	54 *	Enhedslisten (EL)	4
Socialdemokratiet (S)	52	Kristendemokraterne (KD)	4
Dansk Folkeparti (DF)	22	Tjóðveldisflokkurin (TF)	1
Det Konservative Folkeparti (KF)	16	Inuit Ataqatigiit (IA)	1
Socialistisk Folkeparti (SF)	12	Siumut (SIU)	1
Det Radikale Venstre (RV)	9	Uden for folketingsgrupperne (UFG)	3

\* Heraf 1 medlem valgt på Færøerne

**Oversigt over bilag vedrørende L 55**

<b>Bilagsnr.</b>	<b>Titel</b>
1	Høringssvar og høringsnotat, fra socialministeren
2	Tidsplan for udvalgets behandling af lovforslaget
3	Henvendelse af 14/9 04 fra Ingeborg Byskov, Vanløse

**Oversigt over spørgsmål og svar vedrørende L 55**

<b>Spm.nr.</b>	<b>Titel</b>
2	Spm. om en garanti for, at de penge kommunerne sparer går til de svageste ældre, til socialministeren, og ministerens svar herpå
1	Spm. om uddannelse af personale til at løse de nye opgaver i forbindelse med den forebyggende indsats, til socialministeren, og ministerens svar herpå
3	Spm. om der i den nuværende situation er tid til, at personalet skal løse nye opgaver, til socialministeren, og ministerens svar herpå
4	Spm. om kommentar til henvendelse af 14/9 04 fra Ingeborg Byskov, til socialministeren, og ministerens svar herpå
5	Spm. om merudgifter hvis ordningen udvides til også at omfatte folkepensionister der mister en ægtefælle eller samlever, til socialministeren, og ministerens svar herpå
6	Spm. om samtaler i forbindelse med forebyggende hjemmelbesøg skal varetages af veluddannet personale, til socialministeren, og ministerens svar herpå
7	Spm. om, hvordan det sikres, at personalet bliver opmærksomme på muligheden for at kontakte uddannet personale i forbindelse med forebyggende hjemmebesøg, til socialministeren, og ministerens svar herpå
8	Spm. om plejepersonalets pligt til at oplyse om tilbudet om forebyggende hjemmebesøg, til socialministeren, og ministerens svar herpå
9	Spm. om, hvordan det sikres, at de ældre i forbindelse med ændringen af loven får den forebyggende samtale, til socialministeren, og ministerens svar herpå
10	Spm. om, hvor mange penge Hvidovre Kommune, siden vedtagelsen af loven, er blevet bevilget til forebyggende hjemmebesøg, til socialministeren

Vanløse den 14.09.04.

Til  
Socialudvalget  
Folketinget  
Christiansborg  
1240 København K

**Vedrørende: Finansloven 2005 – forebyggende hjemmebesøg.**

I forbindelse med den nye finanslov, er jeg blevet opmærksom på, at KL og regeringen ønsker en justering af loven om de forebyggende hjemmebesøg, som tilbydes til alle over 75 år.

Jeg arbejder som forebyggelseskonsulent ved Pension og Omsorg Vanløse/Brønshøj/Husum, og jeg ønsker her at sende nogle kommentarer, da jeg kan læse i oplægget, at man foreslår noget, som er en markant forringelse af ordningen. Hvis oplægget bliver gjort til lov, vil det skade den udvikling, som er sat i gang i forbindelse med de forebyggende og sundhedsfremmende tiltag, som ordningen har bevirket.

I slutningen af 80-erne og i starten af 90-erne startede flere kommuner med at tilbyde forebyggende hjemmebesøg til alle over 80 år, som ikke havde nogen form for hjemmehjælp, men da ordningen ikke var lovpligtigt, var der mange kommuner, som valgte ikke at prioritere det forebyggende tiltag.

Selv efter loven kom i 1996, hvor man nu tilbyder besøg til alle over 75 år, har dette tilbud haft en svær start, og mange kommuner valgte ikke at prioritere området fra starten af, på trods af der var afsat resurser til ordningen, - man valgte at bruge resurserne til andre opgaver.

Først efter Ældre Sagen og flere landsdækkende aviser satte fokus på området, blev de forebyggende hjemmebesøg prioriteret og de medarbejdere, som var ansat til dette arbejde fik lov til at udføre besøgene.

Der er ingen tvivl om, at ordningen har opfyldt målene ved at skabe tryghed og trivsel, at borgerne har fået råd og vejledning om kommunens tilbud igennem en semistruktureret samtale, og at der er givet mange oplysninger om tilbudene i lokalsamfundet m.h.p. at skabe aktiviteter og kontakter i nærmiljøet.

Der er igennem disse besøg skabt mange forebyggende og sundhedsfremmende tiltag både på det fysiske, psykiske og det sociale plan.

Derfor er det med stor undren og forfærdelse at læse et forslag i finansloven for 2005, "*at personer, der modtager personlig og praktisk hjælp ikke længere behøver være en del af målgruppen for de forebyggende hjemmebesøg*" og at kommunerne selv må vælge, hvad de bruger tilskuddet til.

Med tidligere erfaring, som beskrevet ovenfor, kan jeg forudse at området vil blive kraftig nedprioriteret og at den forebyggende og sundhedsfremmende indsats, vil lide stor skade.

Jeg er enig i, at der godt kan finde en justering sted, men det vil være katastrofalt at lave delingen, som beskrevet i forslaget.



Den gruppe, som er mest flytbar er den gruppe, som har et begyndende eller mindre funktionstab. Det er netop de personer, som har indkøb, rengøring og et ugebad, eller blot får støttestrømper på hver morgen.

Der bliver i forvejen brugt få midler på området, og netop de forebyggende hjemmebesøg gør en stor forskel både hos den gruppe, som ingen hjælp har og hos den gruppe, som har et mindre funktionstab og derved får lidt hjælp til personlige ting.

Derfor ville det også være ønskeligt, at der kunne tilbydes en sundhedssamtale til borgere mellem 65 og 75 efter behov. Et sådant tilbud kunne man informere om i pensionsmeddelelsen.

Den sundhedsfaglige medarbejder, som foretager de forebyggende hjemmebesøg, kender borgeren fra før funktionstabet, hvilket visitatoren oftest ikke gør, og har derved mulighed for igennem dialog at skabe motivation hos borgeren til aktivt at gå ind i nogle forebyggende og sundhedsfremmende tiltag. Jeg oplever at mange borgere kan have personlig hjælp i perioder, og med det nye forslag vil de borgere "falde" ud af systemet, når det ophører igen. Skal dette undgås, vil der skulle bruges mange administrative ressourcer.

Jeg oplever, at den sundhedsfaglige medarbejder sammen med hjemmehjælpen kan opretholde motivationen hos mange borgere, og i fællesskab være med til at forbedre funktionsniveauet igen.

Jeg er enig i, at der er en målgruppe, som ikke nødvendigvis behøver være en fast del af målgruppen for de forebyggende hjemmebesøg, og det er dem, som har hjælp flere gange i døgnet, og som ikke har noget træningspotentiale mere. Den gruppe er kommet til det sted i livet, hvor den daglige pasning og hjælp og almindelig vedligeholdelses træning er omdrejningspunktet i deres hverdag, og de bør kunne få dækket deres behov for de forebyggende og sundhedsfremmende tiltag igennem deres visitator og deres daglige hjælpere.

Som forebyggelseskonsulent oplever jeg dog, at de psykisk friske borgere i den gruppe, ofte ønsker at gøre brug af tilbudet, for at tale om de alvorlige emner, som opstår ved livet afslutning, og jeg mener, at de stadig bør have den valgmulighed, for at kunne skabe noget livskvalitetsfremmende. Har gruppen ikke denne valgmulighed, vil det sende signaler om "social ulighed".

For at mindske det administrative arbejde, vil man via pensionsmeddelelsen kunne tilbyde denne gruppe forebyggende hjemmebesøg efter selvhenvendelse.

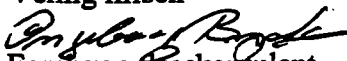
**Jeg vil derfor foreslå følgende sætning:**

**"at personer, der modtager varig personlig og praktisk hjælp flere gange i døgnet ikke længere behøver være en fast del af målgruppen for de forebyggende hjemmebesøg, men kan få besøg efter selvhenvendelse"**

Jeg håber, at I vil se positivt på mit forslag, og jeg er overbevist om, at med Jeres interesse for ældrebefolkningen vil I tage dette med i Jeres overvejelser omkring en lovændring.

Jeg håber, at I fortsat vil arbejde på at "social lighed i sundhed" skal være en grundlæggende værdi i vores samfund – også for forebyggelsesarbejdet.

Venlig hilsen

  
Forebyggelseskonsulent

Ingeborg Byskov

Egelykkevej 7

2720 Vanløse

Omtrykt 19/11-04  
(fejl i dato for betækningsafgivelse)

L 55 – Forslag til lov om ændring af lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre mv.  
(Ændring af lovens målgruppe)  
Af socialministeren (Eva Kjer Hansen).

L 55 Om forebyggende hjemmebesøg. Til udvalgsbehandling

Frist for spørgsmål	12.11.2004 Foreløbig
Frist for svar	26.11.2004 Foreløbig
Frist for politiske bem. og ÆF	01.12.2004 Foreløbig
Betænkning	02.12.2004 Foreløbig



Folketingets Socialudvalg

Departementet  
Holmens Kanal 22  
1060 København K

MODTAGET

28 OKT. 2004

16 45

Dato: **28 OKT. 2004**

Den Centrale Indlevering

Tlf. 3392 9300  
Fax. 3393 2518  
E-mail sm@sm.dk

cbp/ J.nr. 20-889

Til Socialudvalgets orientering sendes hermed – i <sup>5</sup>70 eksemplarer – høringsvar vedrørende forslag til lov om ændring af lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre m.v. (ændring af lovens målgruppe)

Lovforslaget har været sendt til høring hos, Landsforeningen Ældresagen, Ældremobiliseringen, Alzheimerforeningen, Pårørendegruppen for Svage Ældre, Omsorgsorganisationernes Samråd, Sammenslutningen af Ældreråd, Dansk Sygeplejeråd, Amtsrådsforeningen, Foreningen af Offentligt Ansatte, Kommunernes Landsforening, Københavns- og Frederiksbergs kommuner, Justitsministeriet, Finansministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Den Sociale Ankestyrelse, Den Sociale Sikringsstyrelse og Styrelsen for Social Service.

Der er ikke modtaget høringsvar fra Pårørendegruppen for Svage Ældre og Amtsrådsforeningen. Ud over de hørte parter har SFH, Landsforeningen af ansatte i sundhedsfremmende, Den almindelige danske lægeforening, Danske Fysioterapeuter, Demenskoordinatorerne i Danmark, Et udvalg af forebyggende hjemmebesøgere fra Københavns Kommune og Forebyggelsesteamet i Frederiksberg Kommune, sendt uopfordrede høringsvar ind.

De modtagne høringsvar vedlægges i kopi, sammen med en skematisk oversigt med bemærkninger til høringsvarene.

  
Eva Kjer Hansen

  
/Charlotte Søderlund

**Bilag vedlagt: Kopi af høringsvar samt skematisk oversigt over høringsvarene**

**De enkelte høringssvar /kontorets kommentarer og indstillinger**

<p><b>Ældre Sagen:</b> <i>Ældre Sagen foreslår, at kommunalbestyrelsens forpligtelser over for borgeren understreges i lovtæksten:</i> Teksten i § 1 stk. 2 foreslås ændret til følgende: <i>"Kommunalbestyrelsen tilrettelægger besøgene efter behov, <u>dog skal borgeren tilbydes mindst 2 årlige forebyggende hjemmebesøg."</u></i></p> <p>Ældre Sagen mener, at ældre, som fx kun modtager personlig hjælp en gang om ugen, vil kunne få gavn af hjemmebesøgene. Teksten i § 1 stk. 3 foreslås ændret til følgende: <i>"Kommunalbestyrelsen kan vælge at undtage de borgere fra ordningen, som modtager <u>omfattende personlig og praktisk hjælp efter § 71 i lov om social service."</u></i></p> <p>Ældre Sagen foreslår endvidere, at de midler som evt. frigøres ved lovforslaget, anvendes for en bred tværfaglig uddannelse til det forebyggende personale.</p>	<p>Kommunalbestyrelsens forpligtelse overfor borgeren er allerede understreget i lovforslagets § 1, stk. 1. Tekstens § 1 stk. 2 fastholdes derfor, fordi den understreger, at der med lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre m.v. er tale om en <i>rettighed</i> for borgeren.</p> <p>De borgere, som modtager personlig og praktisk hjælp er langt oftere i kontakt med kommunen (via visitation og hjemmepleje) end de borgere, som fx ikke modtager hjælp fra kommunen, og som derfor slet ikke har mulighed for at få vurderet deres behov for hjælp m.v. Dette gælder uanset hvor ofte den pågældende borger modtager hjælp fra kommunen.</p> <p>Formålet med lovforslaget er at skabe større fleksibilitet i ordningen, så kommunalbestyrelsen får bedre mulighed for at tilrettelægge den forebyggende indsats i kommunen. Der er derfor intet til hinder for, at kommunen vælger at bruge evt. frigivne ressourcer på mere uddannelse af det forebyggende personale.</p> <p>Der gøres i den forbindelse opmærksom på, at regeringen i januar 2005 har iværksat et uddannelsesstilbud til det forebyggende personale, som skal øges personalets viden om demens. Endvidere er der ved satspuljeforhandlingerne for 2005 afsat 35 mio. kr. til et efteruddannelsesstilbud til plejepersonalet, som bl.a. har et særligt fokus på forebyggelse.</p>
<p><b>Ældremobiliseringen</b> Organisationen mener, at der med lovforslaget er tale om forskelsbehandling, idet gruppen af ældre, som modtager både personlig og praktisk hjælp, er blandt de svageste grupper af ældre.</p>	<p>Lov om forebyggende hjemmebesøg er et tilbud til en på forhånd fast defineret målgruppe. Udgangspunktet for definitionen og afgrænsningen af målgruppen er, at det er den gruppe af ældre borgere, hvor det vurderes, at en tidlig forebyggende indsats giver den størst mulige</p>

<p>Organisationen mener ikke, at kommunens visitation af personlig og praktisk hjælp kan erstatte de forebyggende hjemmebesøg.</p> <p>Endelig mener Ældremobiliseringen ikke, at man bør løse kommunernes ressourceproblemer ved at undtage de svage grupper af ældre fra forebyggende hjemmebesøg.</p>	<p>effekt. Da de forebyggende hjemmebesøg ikke vurderes at have en nævneværdig effekt overfor svage ældre, som modtager både personlig og praktisk hjælp, vurderes lovforslaget derfor ikke at være diskriminerende overfor gruppen.</p> <p>Det er ikke intentionen at visitationen af personlig og praktisk hjælp skal erstatte det forebyggende hjemmebesøg. Men det er med visitationen muligt at vurdere, om der er yderligere behov for forebyggende tiltag som supplement til de ydelser, borgeren allerede er visiteret til.</p> <p>Af lovforslagets bemærkninger fremgår, at det evt. økonomiske råderum der frigøres med lovforslaget giver muligheder for forbedringer for ældre med større plejebehov. Intentionen med forslaget er således ikke at skabe besparelser, men at skabe større fleksibilitet og forbedre kommunernes mulighed for at målrette indsatsen mod de borgere, hvor indsatsen gør mest mulig gavn.</p>
<p><b>Sammenslutningen af ældreråd i Danmark</b> Organisationen støtter ikke forslaget om at ændre målgruppen. Det påpeges, at indholdet i forebyggende hjemmebesøg er anderledes end indholdet i visitationen af personlig og praktisk hjælp.</p>	<p>Der henvises til kommentarerne til Ældremobiliseringens høringssvar (om visitation).</p>
<p><b>Alzheimerforeningen</b> <i>Det foreslås, at man i lovforslaget sikrer, at den kommunale myndighed fremover inddrager et bredere syn på forebyggelsesemner i den konkrete behovsvurdering (visitation), fx sociale netværk og behovet for motion.</i></p> <p>Foreningen fremhæver de forebyggende hjemmebesøg som en væsentlig hjælp til nogle af de familier, hvor en ægtefælle passer en dement i hjemmet. Lovforslaget vil derfor kunne ramme nogle de familier, hvor begge ægtefæller får personlig og praktisk hjælp, men hvor der stadig er et behov for særlig rådgivning mht. demenssygdommen.</p>	<p>Den konkrete behovsvurdering (visitationen) er reguleret i serviceloven og kan ikke reguleres i nærværende lovforslag om forebyggende hjemmebesøg. Endvidere er kommunerne allerede ifølge serviceloven forpligtede til at vurdere borgerens samlede situation, herunder også om der er behov for andre tilbud om hjælp end fx personlig og praktisk hjælp.</p> <p>Familier som rammes af demens har et særligt behov for rådgivning, hjælp og støtte. Kommunerne er i dag (bl.a. ifølge servicelovens § 3) forpligtede til at yde gratis rådgivning. Formålet er at forebygge sociale problemer og at hjælpe borgeren til på længere sigt at løse opståede problemer ved egen hjælp. Kommunen skal i den forbindelse også være opmærksom på, om den enkelte har behov for anden form for hjælp, end hvad der gives via serviceloven. Endvidere har mange kommuner ansat demenskoordinatorer, som varetager den særlige indsats overfor demente, herunder også rådgivning og støtte af pårørende. Dette arbejde understøttes i en række kommuner af iværksættelsen af Socialministeriets <i>samarbejdsmodel på demensområdet</i>, som netop omfatter redskaber til, hvordan kommunerne bedst rådgiver</p>

<p><b>Omsorgsorganisationernes Samråd (OS)</b> OS finder, at lovforslaget forringer tilbudene til de svageste ældre (som modtager personlig og praktisk hjælp). OS efterlyser derfor et svar på, hvordan man vil sikre, at modtagere af personlig og praktisk hjælp modtager tilbud om forebyggelse, som er lige så kvalificerede som forebyggende hjemmebesøg.</p> <p>OS mener ikke, at visitatoren vil kunne dække det behov, som dækkes ved et forebyggende hjemmebesøg. Bl.a. mener OS at det er problematisk at sammenblende en bevilgende og en forebyggende funktion.</p>	<p>de pågældende familier.</p> <p>Formålet med lovforslaget er netop at give kommunerne større mulighed for at målrette indsatsen overfor de borgere, hvor effekten er størst. Det er således dokumenteret, at effekten af de forebyggende hjemmebesøg først og fremmest ses hos ældre, som ikke er svækkede i nævneværdig grad. Endvidere har leverandøren af hjemmeplejen pligt til at oplyse kommunen om evt. ændringer i den enkelte borgers behov (herunder også behov for forebyggende tiltag).</p> <p>Det er ikke intentionen, at den kommunale visitation skal omfatte eller erstatte et forebyggende hjemmebesøg i visitationen og i kommunens jævnlige kontakt med en borger er der dog mulighed for at vurdere borgerens samlede situation og dermed for at vurdere, om der er behov for særlige forebyggende tiltag. Lovforslaget undtager således ikke kommunalbestyrelsens forpligtelse til ud fra en samlet helhedsvurdering at tildele borgeren de ydelser, der er behov for.</p>
<p><b>Forbundet af Offentligt Ansatte (FOA)</b> FOA er enige i, at lovforslaget skaber større fleksibilitet. Lovændringen kan foregå uden at ældre med behov for praktisk og personlig bistand stilles ringere, og leverandøren af bistanden er forpligtet til både at være opmærksom på ændringer i behovet, samt forpligtet til at kontakte den kommunale myndighed ved sådanne ændringer.</p> <p>FOA har ikke yderligere bemærkninger til ændringen i lovforslaget.</p>	
<p><b>Kommunernes Landsforening (KL)</b> KL støtter lovforslaget, og den bagvedliggende intention om målretning af den samlede indsats. KL anbefaler dog en præcisering af lovforslaget § 1, stk. 3. fordi der i et "ikke ubetydelig antal tilfælde" ydes personlig hjælp, uden at der samtidig ydes praktisk hjælp. Denne målgruppe er efter KL's opfattelse omfattet af lovens intention om en ændring for de borgere, der i forvejen er i tæt kontakt med det sociale og sundhedsfaglige personale i kommunen.</p> <p>KL foreslår, at bisætningen i § 1, stk. 3 ændres</p>	<p>Udgangspunktet for at undtage ældre, der modtager både personlig og praktisk hjælp efter servicelovens § 71 er, at denne gruppe må formodes at være så forholdsvist svækkede, at de hyppigt er i kontakt med kommunen. Endvidere det samtidig den gruppe, som ifølge forskningen ikke har særlig stor gavn af de forebyggende hjemmebesøg.</p> <p>Ældre der kun modtager personlig hjælp er imidlertid ikke nødvendigvis svækkede i nævneværdig grad, da der i mange tilfælde kun vil være tale om hjælp til støttestrømper mv.</p>

<p>til: "...som modtager personlig hjælp efter § 71 i lov om social service...".</p>	
<p><b>Dansk Sygeplejeråd</b>          DSR tilslutter sig lovforslaget. <i>Det foreslås, at det af bemærkningerne kommer til at fremgå, at kommunerne skal sikre, at forebyggelses- og sundhedsfremmearbejdet fortsat kommer til at foregå.</i></p> <p>DSR påpeger endvidere vigtigheden af, at det forebyggende personale har en målrettet uddannelse inden for området, da dette optimerer resultaterne hos borgerne.</p>	<p>Af lovforslagets bemærkninger fremgår, at intentionen med forslaget er at skabe større fleksibilitet og forbedre kommunernes mulighed for at målrette indsatsen mod de borgere, der har størst gavn af de forebyggende hjemmebesøg. Det fremgår endvidere, det evt. økonomiske råderum der frigøres med lovforslaget giver muligheder for forbedringer for ældre med større plejebæhov. Det må derfor forventes, at kommunerne fortsat vil prioritere den forebyggende og sundhedsfremmende indsats.</p> <p>Der henvises til kommentarerne til Ældre Sagens høringssvar (om uddannelse).</p>
<p><b>Københavns Kommune</b>          Kommunen tilslutter sig regeringens politik med at fremme forebyggelsesarbejdet og folkesundheden generelt.</p> <p>Det anføres, at Københavns Kommune ikke vil benytte sig af at undtage generelle grupper fra tilbudet om de forebyggende hjemmebesøg.</p> <p>Det anbefales, at vejledningen til lovforslaget uddyber og nuancerer muligheden for at målrette den forebyggende indsats til de borgere, som har størst gavn af tilbudet.</p>	<p>Det er i lovforslaget frivilligt, om kommunerne vælger at undtage ældre som modtager personlig og praktisk hjælp fra de forebyggende hjemmebesøg.</p> <p>Anbefalingen tages til efterretning.</p>
<p><b>Frederiksberg Kommune</b>          Kommunen ser en fordel i, at de forebyggende hjemmebesøg nu kan tilrettelægges mere fleksibelt, og har ikke yderligere bemærkninger til forslaget.</p>	

#### Uopfordrede høringssvar og kontorets indstilling

<p><b>SFH, Landsforeningen af ansatte i sundhedsfremmende, forebyggende hjemmebesøg</b></p> <p>SFH mener, at den nuværende lovgivning allerede er fleksibel. SFH påpeger, at størstedelen af de ældre, som får både personlig og praktisk hjælp, allerede i dag siger nej tak til tilbud om forebyggende hjemmebesøg. Den resterende</p>	
--	--

mindre gruppe bør dog ikke fratages muligheden for besøget.

I forhold til det konkrete lovforslag foreslås:

- *at man giver kommunerne mulighed for at søge om dispensation for ordningen, alt efter deres behov for fleksibilitet*
  
- *at personlig hjælp defineres i lovforslaget, da mange får personlig hjælp, uden at de dermed har daglig kontakt med ældreplejen.*
  
- *at det i lovforslaget præciseres, at tilbud om forebyggende hjemmebesøg skal gives ved konkret henvendelse via personlig kontakt, brev eller telefon.*

Desuden foreslås, at konsekvenserne af lovforslaget følges centralt for at afklare, hvilke kommuner, der vælger at undtage den pågældende målgruppe fra ordningen, og hvordan kommunerne har valgt at målrette deres ressourcer.

Det er valgfrit for kommunerne, om de ønsker at undtage ældre som modtager personlig og praktisk hjælp, fra de forebyggende hjemmebesøg. Der er således ikke behov for at oprette en dispensationsordning, som vil pådrage kommunerne unødige administrative opgaver i forhold til ansøgning om dispensation m.v.

Der henvises til kommentarerne til Ældre Sagens høringssvar (om undtagelsesbestemmelsens krav til omfanget af personlig og praktisk hjælp)

Det fremgår allerede af de specielle bemærkninger til § 1, stk. 2, at det ikke er tilstrækkeligt at oplyse generelt om tilbudet, men at kommunen skal sikre, at den ældre bliver bekendt med og forstår, hvad tilbudet indebærer m.v. Det vurderes derfor ikke nødvendigt at regulere ordningen yderligere på dette punkt.

Regeringen prioriterer forebyggelsesområdet højt, og de forebyggende hjemmebesøg følges allerede tæt fra centralt hold. Bl.a. har regeringen nedsat en følgegruppe til ordningen, og den seneste undersøgelse af kommunernes administration af reglerne om forebyggende hjemmebesøg foretaget af Den Sociale Ankestyrelse og offentliggjort i december 2002. Der er desuden igangsat forskning i effekten af de forebyggende hjemmebesøg.

#### **Den almindelige danske lægeforening**

*Foreningen opfordrer til, at lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre mv. ikke ændres, men i stedet revideres i forbindelse med det kommende arbejde med strukturreformen.*

Foreningen mener, at man med lovforslaget afskærer den svageste gruppe af ældre borgere fra forebyggende tilbud. Det vurderes ikke, at det faste plejepersonale eller visitatorerne kan foretage en vurdering af den enkeltes livssituation. Dels fordi visitatorerne i dag ikke tager sig

Lovforslaget er en udmøntning af aftalen mellem regeringen og de kommunale parter om kommunernes økonomi for 2005 om at forenkle reglerne om forebyggende hjemmebesøg. Lovforslaget skal derfor ikke ses i sammenhæng med den kommende kommunalreform, som først træder i kraft 1. januar 2007.

Der henvises til kommentarerne til Ældremobiliseringens, Ældre Sagens og Omsorgsorganisationernes Samråd's høringssvar (visitation, målretning af ordningen).



<p>tid til den samme type interviews, som foregår ved forebyggende hjemmebesøg og dels fordi man ikke mener, at plejepersonalet er uddannede til at klarlægge evt. behov for forebyggelse mv.</p>	
<p><b>Danske Fysioterapeuter</b>          Danske fysioterapeuter foreslår, at lovforslaget ændres, så kommunerne forpligtes til at tilbyde de forebyggende hjemmebesøg mindst en gang om året, til borgere som modtager både personlig og praktisk hjælp.</p> <p>Foreningen finder lovforslaget ufleksibelt, fordi den målgruppe som med forslaget kan undtages fra de forebyggende hjemmebesøg, vil have glæde af en mere systematisk tilgang til forebyggelse.</p> <p>Foreningen mener ikke, at der i den almindelige visitation til personlig og praktisk hjælp er tid til at fokusere særligt på forebyggelse, bl.a. i forhold til forebyggelse af faldulykker mv..</p>	<p>Der henvises til kommentarerne til Ældre Sagens høringssvar (de pågældende borgere er allerede i hyppig kontakt med ældreplejen).</p> <p>Formålet med lovforslaget er at give kommunerne større mulighed for at målrette indsatsen overfor de borgere, hvor effekten er størst. Det er således dokumenteret, at effekten af de forebyggende hjemmebesøg først og fremmest ses hos ældre, som ikke er svækkede i nævneværdig grad.</p> <p>Der henvises til kommentarerne til Omsorgsorganisationernes Samråd's høringssvar (visitation og helhedsorienteret vurdering).</p>
<p><b>Demenskoordinatorerne i Danmark</b>          Det foreslås, at mennesker med demens bør undtages fra de forebyggende hjemmebesøg, fordi denne gruppe pga. hukommelsesproblemer og øvrige invaliderende symptomer ikke vil være i stand til at drage nytte af tilbudet. I stedet bør den demenskoordinator, der er kendt med familien gennem sit arbejde hjælpe familien med de forebyggende tilbud.</p>	<p>Det er frivilligt for den enkelte borger, om han eller hun ønsker at modtage et forebyggende hjemmebesøg.</p>
<p><b>Et udvalg af forebyggende hjemmebesøgere fra Københavns Kommune</b>          Det foreslås, at lovforslaget præciseres, så undtagelsen kun kommer til at gælde borgere der dagligt modtager personlig og praktisk hjælp.</p> <p>Udvalget finder den nuværende lovgivning tilstrækkelig fleksibel og støtter derfor ikke lovforslaget. Udvalget har således erfaret, at borgere som modtager personlig og praktisk hjælp også kan have gavn af de forebyggende hjemmebesøg, og at den forebyggende medarbejder har langt bedre forudsætninger for at forebygge tab af funktionsevne, end visitatoren har.</p>	<p>Der henvises til kommentarerne til Ældre Sagens høringssvar (om undtagelsesbestemmelsens krav til omfanget af personlig og praktisk hjælp).</p> <p>Der henvises til kommentarerne til Omsorgsorganisationernes Samråd's høringssvar (visitation og helhedsorienteret vurdering).</p>
<p><b>Forebyggelsesteamet i Frederiksberg Kommune</b>          Det foreslås, at lovens målgruppe ikke ændres generelt, men at undtagelser i målgruppen fremover foretages på et individuelt skøn.</p>	<p>Der er allerede indbygget den fleksibilitet i loven, som forebyggelsesteamet efterspørger, idet det er frivilligt for den enkelte borger om vedkommende ønsker at</p>

<p>Endvidere foreslås, at plejepersonale og visitatorer opkvalificeres, så de kan varetage de forebyggende opgaver overfor de borgere, der modtager personlig og praktisk hjælp.</p> <p>Teamet frygter, at forebyggelsen vil blive nedprioriteret i hjemmeplejen, og man finder det problematisk, at en borger som har modtaget forebyggende hjemmebesøg i flere år, pludselig afskæres muligheden, hvis vedkommende visiteres til personlig og praktisk hjælp.</p> <p>Det vurderes, at det kan være vanskeligt for en medarbejder at skulle varetage forebyggende arbejde, på grund af tidpresset.</p>	<p>modtage det forebyggende hjemmebesøg. Desuden kan man ved det første forebyggende hjemmebesøg i samråd med borgeren vurdere, om der er behov for fortsat at udføre hjemmebesøgene hos den pågældende borger.</p> <p>Der henvises til kommentarerne til Ældre Sagens høringssvar (uddannelse).</p> <p>Forebyggelse og sundhedsfremme vil formentlig blive en høj prioritet i kommunerne i de kommende år, bl.a. fordi de med kommunalreformen har fået et øget ansvar for området. Der henvises i øvrigt til kommentarerne til OS's høringssvar (om kommunernes forpligtelse til at foretage en samlet helhedsvurdering af borgerens behov).</p> <p>Visitationen eller den daglige levering af personlig og praktiske hjælp skal ikke erstatte det forebyggende hjemmebesøg. Kommunerne har dog i dag en klar forpligtelse i serviceloven til at yde tilstrækkelig og forsvarlig hjælp til den enkelte borger. Hjælpen skal baseres på en konkret og individuel behovsvurdering, og manglende ressourcer (og dermed tid) kan ikke blive en undskyldning for ikke at varetage basale plejebehov eller åbenlyse behov for forebyggende tiltag.</p>
---	--

## Kommentarer til forslag til lov om ændring af lov om forebyggende hjemmebesøg

Stk.2:

Vi kan i Frederiksberg Kommune konstatere, at besøgsprocenten øges når borgerne tilbydes forebyggende hjemmebesøg pr. brev med fastlagt dato forud for hvert besøg.

Stk 1 & 3:

- Generelt bør tilbuddet om forebyggende hjemmebesøg fortsat være et tilbud til alle borgere over 75 år.
- Undtagelser bør bygge på et individuelt skøn i forhold til den enkelte borger efter nøje drøftelse med hjemmepleje, sygepleje mv.
- At afskære gruppen af borgere, der modtager personlig og praktisk bistand (§ 71 i lov om social service) fra muligheden for forebyggende hjemmebesøg og dermed den tertiære forebyggelse, må betyde omkostninger til opkvalificering af plejepersonalet, samt ressourcer til at sikre borgeren faste hjælpere.

Formålet med forebyggende hjemmebesøg er, ifølge loven, at skabe tryghed og trivsel, at yde råd og vejledning om aktiviteter/støttemuligheder, at støtte borgeren til at udnytte egne ressourcer, og at fremme sundhed i bred forstand. Dette bør være et tilbud til alle borgere, hvad enten der er tale om primær, sekundær eller tertiær forebyggelse. Forebyggelsesteamet finder det problematisk at bryde kontinuiteten i det forebyggende arbejde, i det øjeblik en borger får behov for personlig bistand. Som eksempel, vil en borger der gennem flere år har modtaget forebyggende hjemmebesøg, og dermed fået opbygget et tillidsforhold, ved visitering til f.eks. ugebad, miste denne mulighed. Vi skønner, at denne kategori borgere netop har gavn af råd, om blandt andet faldforebyggelse og vejledning, i forhold til at kunne forbedre eller bevare funktioner.

I Frederiksberg kommune var det tidligere (indtil 2000) normal procedure, at hjemmehjælpsmodtagere ikke fik tilbudt forebyggende hjemmebesøg af forebyggelsesteamet. På dette tidspunkt skulle besøgene aflægges af hjemmesygeplejersker og tilsynsførende i området. Det var vores erfaring, at besøgene blev nedprioriteret primært forårsaget af tidsnød på grund af arbejdspress i forhold til andre opgaver, som pleje og behandling. Det har vist, at det er en svær opgave samtidigt at varetage behandlingsopgaver og udføre forebyggende arbejde. Det viser sig, at majoriteten af disse borgere får stort udbytte af forebyggende hjemmebesøg.

Antallet af fald og faldulykker har vist dalende tendens, set i forhold til antal aflagte forebyggende hjemmebesøg. Forebyggelsesteamet har gennem alle år fokuseret på faldforebyggelse i besøgene. Det er vores opfattelse, at netop gruppen af borgere, som i lovforslaget kan undtages, er de borgere der er i risiko for fald, ofte med knoglebrud til følge. Dette medfører indlæggelse, og efterfølgende stigende behov for pleje, med store personlige og økonomiske konsekvenser. De forebyggende hjemmebesøg, hos netop disse borgere, har her deres berettigelse, idet der gives tid til udredning, vejledning og støtte til at styrke borgerens ressourcer, for at forbedre funktionsniveau og forebygge gentagelser.

Der kan være tilfælde, hvor det kan være en fordel med en fleksibilitet i forhold til besøgstilbudene. Som eksempel kan nævnes ;borgere, som er i tæt daglig kontakt med sundhedsfaglig kompetent personale. Her det kan være hensigtsmæssigt, at den forebyggende sundhedsmedarbejder tager kontakt til såvel borgeren som til hjemmeplejen med henblik på at ændre i status vedrørende besøgstilbud. Der kan her være tale om demente med tilknytning til sygeplejen.

Det anses som værende vigtigt, at alle borgere på lige fod modtager et åbent tilbud om forebyggende hjemmebesøg. Det er vigtigt, at borgeren som udgangspunkt for at fravælge besøg kender til besøgets formål og indhold. Dette sikres bedst ved, at der er aflagt mindst ét besøg hos borgeren. Det er vigtigt, at man ikke på forhånd gør forskel på de tilbud, man giver borgerne, således at de forebyggende hjemmebesøg stadig er et tilbud, som ydes til alle borgere.

Forebyggelsesteamet finder det bekymrende, at der lægges op til at forebyggende hjemmebesøg til de borgere, der modtager både personlig og praktisk bistand, kan være en ydelse der kan visiteres til, og frygter at denne mulighed vil blive tilsidesat. Dermed afskæres disse borgere, udover den forebyggende samtale også at få indblik i det årlige tema.

Udarbejdet af sundhedsmedarbejderne i forebyggelsesteamet i Frederiksberg Kommune.

Socialministeriet  
Holmens Kanal 22  
1060 København K

HB-sekretariatet  
12. oktober 2004  
J. 302.96  
S. 20040001.5



13 OKT. 2004

3. Kt. J.nr. 20-943

**Bemærkninger til udkast til forslag til lov om ændring af lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre m.v.**

Socialministeriet har den 17. september 2004 fremsendt ovennævnte til høring blandt en række myndigheder og organisationer. I den anledning fremsender Lægeforeningen uopfordret bemærkninger til udkastet.

Indledningsvist undrer Lægeforeningen sig over, at man ikke er repræsenteret på listen over organisationer m.v., som Socialministeriet har anmodet om høringssvar fra. Dette på baggrund af at en række af de projekter, der i sin tid lå forud for loven og i en vis udstrækning påviste positive resultater af forebyggende hjemmebesøg, involverede lægelig deltagelse. Ligeledes på baggrund af at der i aftalen om strukturreformen sættes fokus på kommunernes ansvar for forebyggende indsats samt vigtigheden af et tættere samspil mellem kommuner og praktiserende læger.

Udkastet lægger op til, at kommunerne kan undlade at tilbyde hjemmebesøg til borgere, som i forvejen får personlig og praktisk hjælp i hjemmet. Under henvisning til øget fleksibilitet anføres, at kommunerne får større mulighed for at målrette den forebyggende indsats til de borgere, hvor effekten erfaringsmæssigt er størst.

Formentligt vil de fleste kommuner ved lovændringen ophøre med besøg hos de borgere, der allerede får hjælp. Det er Lægeforeningens opfattelse, at man herved afskærer den svageste gruppe af ældre borgere fra et forebyggende tilbud, som kan medvirke til en gennemgribende helhedsvurdering af de pågældendes livssituation og livskvalitet. Herunder ikke blot en vurdering af de aktuelle plejebehov men også af den sociale situation, netværk, aktiviteter etc.

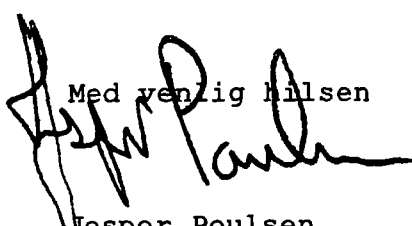
Man går i forslaget ud fra, at det faste plejepersonale eller visitatorer hos den enkelte borger kan foretage en tilsvarende vurdering i forbindelse med de tildelte ydelser og besøg. Men dels er tidsforbruget i hjemmeplejen efterhånden så stramt, at der næppe er tid til

en mere indgående snak om borgerens samlede livssituation, dels er det almindelige plejepersonale næppe uddannet til det mere udbyggede og empatiske interview, der kan klarlægge situationen.

Det vil også være uvist om ikke-kommunale leverandører af pleje og bistand vil være i stand til at give den fornødne rådgivning om andre relevante støttetilbud.

Lægeforeningen skal derfor advare mod at gennemføre den foreslåede lovændring på nuværende tidspunkt. Under henvisning til Socialministeriets analyse af hjemmebesøgsordningen er der brug for ændringer/opstramninger på området, men Lægeforeningen skal i stedet opfordre til, at en samlet revurdering af loven om hjemmebesøg indgår i det kommende arbejde med strukturreformen.

Med venlig hilsen



Jesper Poulsen

Socialministeriet  
Departementet  
Holmens Kanal 22  
1060 København K.

Pr. mail til dpcbp@sm.dk

1. oktober 2004  
e-mail: df@fysio.dk

### **Høring over udkast til Forslag til lov om ændring af lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre m.v. (Indførelse af større fleksibilitet)**

Danske Fysioterapeuter har med interesse læst forslaget til lov om ændring af lov om forebyggende hjemmebesøg.

Forslaget indeholder en mulighed for, at kommunerne kan undtage borgere, der modtager personlig og praktisk hjælp efter §71 i lov om social service.

Vi finder ændringsforslaget forståeligt men samtidig også ufleksibelt. Der vil være en gruppe borgere, som på trods af hyppig kontakt med hjemmehjælper og hjemmesygeplejerske vil have glæde af en mere systematisk tilgang til forebyggelse. Tiden afsat i hjemmet til varetagelse af den praktiske og personlige pleje vil være nøje planlagt i henhold til de visiterede ydelser, og der vil simpelthen ikke være tid til den særlige fokus på forebyggelse, som netop er meningen med besøgene. Samtidig vil netop den omtalte gruppe borgere være i risiko for f.eks. faldulykker m.v., der i vidt omfang vil være særdeles omkostningskrævende for samfundet som helhed i form af indlæggelse, øget behov for praktisk eller personlig bistand, hjælpemidler m.v.

Vi skal derfor opfordre til, at kommunerne forpligtes til at tilbyde forebyggende hjemmebesøg mindst én gang årligt til borgere, der er fyldt 75 år og som modtager både personlig og praktisk hjælp i.m.a. lov om social service § 71.

Med venlig hilsen  
**Danske Fysioterapeuter**

**Johnny Kuhr**

05-10-2004

**Høringssvar til  
Forslag til lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre m.v. (Indførelse af  
større fleksibilitet).**

DemensKoordinatorer i Danmark er ikke direkte indbudt som høringspart, men Demenskoordinatorer i Danmark (DKDK) ønsker at knytte følgende kommentarer til forslaget:

I forhold til målgruppen "borgere med demenssymptomer i udredningsfasen og diagnosticerede demente" er det vores opfattelse, at det vil være hensigtsmæssigt at udelade forebyggende hjemmebesøg hos disse borgere, da denne gruppe p.g.a. hukommelsesproblemer og øvrige invaliderende symptomer ikke vil være i stand til at drage nytte af tilbuddet. Tværtimod vil de halvårslige besøg af en ukendt medarbejder være med til at øge forvirringstilstanden til skade for den demente borger.

Vi mener at den demenskoordinaor, der er kendt med familien gennem sit arbejde kan og skal hjælpe familien med de forebyggende og sundhedsfremmende tilbud.

Vi står naturligvis til rådighed med yderligere informationer om det ønskes.

Med venlig hilsen  
DemensKoordinatorer i Danmark

Inge Carlskov  
formand



6

29.09.04

**Hørings svar til:  
Forslag til lov om ændring af lov om forebyggende hjemmebesøg  
fra Landsforeningen af ansatte i Sundhedsfremmende, Forebyggende  
Hjemmebesøg, SFH**

SFH anser lovforslaget for en unødvendighed, da ordningen kan varetages både målrettet og fleksibelt med de nuværende bestemmelser. Langt de fleste kommuner udbyder besøgene fleksibelt, efter de ældres behov og i forhold til loven og dens vejledninger.

Under bemærkninger til lovforslaget oplyses at en række kommuner har givet udtryk for, at den nuværende ordning er ufleksibel, SFH foreslår, at der, i stedet for en lovændring, gives mulighed for at de pågældende kommuner kan søge dispensation for, hvilken fleksibel ordning de ønsker.

Der er intet i nuværende lovgivning, der forhindrer kommunerne i at målrette indsatsen. Borgere, der er modtagere af både personlig og praktisk hjælp, er i stand til at frasige sig tilbuddet, og gør det erfaringsmæssigt ofte. At fratage denne målgruppe tilbuddet gennem en lovændring, er et udtryk for manglende tro på de ældres kompetence til selv at vurdere, hvilke tilbud de har brug for, samt en manglende tillid til, at kommunerne og de forebyggende hjemmebesøgere er i stand til at varetage ordningen fleksibelt og i forhold til den enkelte borgers individuelle behov.

Der foreligger desværre ingen krydsede registreringer på, om borgere som modtager personlig og praktisk hjælp er nejsigere til besøgstilbuddene, tal, som ville kunne bekræfte en landsdækkende erfaring blandt hjemmebesøgerne i, at denne målgruppe ofte ikke tager imod besøgene, men de der så gør, og derved ønsker tilbuddet, bliver ved en lovændring frataget muligheden.

SFH anerkender at lovforslaget åbner op for, at det er en mulighed, at undtage de borgere, der modtager både personlig og praktisk hjælp, tilbud om forebyggende hjemmebesøg, og håber på, at de kommuner hvor ordningen er velfungerende under de nuværende regler ikke ser muligheden som en mulighed for en besparelse! SFH henstiller til, at en evt. lovændring følges centralt i forhold til hvilke kommuner, der har benyttet sig af muligheden, og hvordan resurserne er blevet brugt mere målrettet på den gruppe, der menes at have størst gavn af ordningen!

SFH henstiller ligeledes til at begrebet *personlig hjælp* defineres, da det kan spænde fra øjendrypning, medicindosering, hjælp til påtagning af støttestrømpe til et ugentlig bad. Det bør være gruppen af ældre som i forvejen modtager megen hjælp, og som har daglig kontakt med ældreplejen, der kunne blive en mulighed at undtage tilbuddet om forebyggende hjemmebesøg.



30 SEP, 2004

3. Kt. J.nr. 20-926

20-889

Der er ingen tvivl om, at *der er store gevinster at hente ved at hjælpe de ældre til at opretholde funktionsevnen* (bemærkninger afsnit 2) gennem ordningen om de forebyggende hjemmebesøg. En netop offentliggjort videnskabelig afhandling om effekten af de forebyggende hjemmebesøg understøtter endnu engang tidligere forsknings resultater: **at forebyggende hjemmebesøg har effekt!** Effekten er størst hos funktionsduelige ældre kvinder, til gengæld ses stort set ingen effekt af de forebyggende hjemmebesøg hos de ældre mænd! Hvordan mon et lovforslag, hvor en kønsdifferantiering undtager mænd tilbuddet, vil blive modtaget? Vil det anses som kønsdiskriminerende? I så fald er *dette* lovforslag diskriminerende overfor handicappede, svækkede og svage ældre, en gruppe som i forvejen oplever sig som "ældrebyrden".

Et af målene i loven om de forebyggende hjemmebesøg er at skabe **tryghed!** Der er erfaring blandt hjemmebesøgerne at netop den målgruppe som foreslås undtaget tilbuddet, har brug for særlig støtte til at skabe tryghed i en dagligdag præget af uforudsigelighed, manglende selvansvar, værditab, afmagt og isolering.

SFH anbefaler, at der i loven fastholdes og præciseres at **den ældre har ret til tilbud om forebyggende hjemmebesøg mindst 2 gange årligt, og at det skal være et konkret tilbud om besøg til den enkelte ved direkte henvendelse pr. brev eller telefon** som det påtales i Socialministeriets vejledning til loven (stk 32/33, kommunens forpligtelse). Det er veldokumenteret gennem den Sociale Ankestyrelses seneste undersøgelse af ordningen (2002), at henvendelsesformen afgør om tilbuddet tages imod eller ej. Der er op til 40 % forskel i besøgsprocent mellem kommuner, der tilbyder forebyggende hjemmebesøg 2 gange årligt via brev med foreslået dato for besøget, og øvrige kreative tilbudsformer.

I tidligere omtalte forskningsresultater dokumenteres yderligere, at det er **kontaktens hyppighed** der giver effekt, des hyppigere kontakt, des større effekt!

Netop lovens krav om, at tilbuddet skal gives 2 gange årligt, har forledt flere kommuner til at være lovbrydere i form af talrige kreative måder at tilbyde besøgene på, på grund af manglende ønske eller vilje til at prioritere ordningen. Det er nærliggende at tro, at det er de pågældende kommuner der ønsker loven ændret, så der er lovmæssig belæg for deres kreativitet.

Trods ordningens vedtagelse i 1995 er de forebyggende hjemmebesøg et forholdsvis ukendt tilbud. De fleste ældre bliver først bekendt med ordningen, når de tilbydes besøg 1.gang. Skal kommunerne kreditere af besøgenes effekt, må målet være, at så mange som muligt tager imod tilbuddet, og det opnås **kun** ved at tilbyde besøget mindst 2 gange årligt gennem personlig henvendelse!

I bemærkninger til lovforslaget, afsnit 5, er ikke præciseret, at undtagelsen gælder borgere, der modtager **både personlig og praktisk hjælp**. SFH formoder, det er en forglemmelse, som der rettes op på, da forsvindingsnummeret af ordet *både* vil friste til en tolkning af et *enten eller* !

I bemærkninger til lovforslaget, afsnit 2 omtales forebyggende hjemmebesøg som *et centralt redskab i ældreplejen!* SFH tillader sig at korrigere til: **ældreområdet!**

Vi ser i det *centrale redskab* en unik mulighed for ældreområdet, til at blive spejlet gennem de refleksioner som den ældre har i dialogen med den forebyggende hjemmebesøger. Samt en unik mulighed for kommunerne, til at bidrage til en værdig alderdom, hvor det, at støtte den svage ældre i sin livsafvikling vægtes lige så højt, som at opretholde funktionsevnen hos den stærke!

SFH vil gerne påpege det særegne ved det forebyggende hjemmebesøg, og hvorfor det er vigtigt, at det er en medarbejder med ekspertise i samtalemotodiske værktøjer i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse, der varetager de forebyggende hjemmebesøg. Forholdet mellem borger og hjemmebesøgseksperter skal forstås som en fjernelse fra den traditionelle opfattelse af forholdet mellem borger og ekspert! Besøget bygger på et møde *uden myndighedsfunktion* mellem den ældre og hjemmebesøgeren. Hvis man sammenligner besøget med visitationen, som er minutiøst forhåndsstruktureret – har sine begreber og beslutningsprocedurer lagt fast på forhånd – er hjemmebesøget konstrueret som en åben situationsbestemt dialog med fokus på den ældres resurser. Det er tydeligt at de to typer besøg har vidt forskellige funktioner for ældreområdet. Visitationen er en beslutningssituation, hjemmebesøget et refleksionsrum, et rum for mulighedstænkning.

Nina Baun  
Formand SFH

Landsforeningen af ansatte i Sundhedsfremmende, Forebyggende Hjemmebesøg er en tværfaglig interesseorganisation for medarbejdere, der i det daglige arbejder med sundhedsfremmende og forebyggende hjemmebesøg hos ældre.

Foreningens formål er:

- at øge kvaliteten i det forebyggende, sundhedsfremmende, opsøgende arbejde overfor ældre med udgangspunkt i de forebyggende hjemmebesøg.
- at bidrage til, at fremme og synliggøre den forebyggende og sundhedsfremmende indsats.
- søge at styrke og udvikle et fagligt fællesskab for besøgs personer på tværs af forskellige faggrupper, mhp. formidling af viden og udveksling af erfaringer.
- synliggøre den faglige indsats og de samfundsmæssige muligheder i relation til de forebyggende hjemmebesøg

Socialministeriet  
Departementet  
Christina Bonde Pedersen  
Holmens Kanal 22  
1060 København K

3. oktober 2004  
04/001/01817-10.61.01  
lgan/kas  
CBP/j.nr. 20-889

**Høring over udkast til Forslag om ændring af lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre m.v. (Indførelse af større fleksibilitet).**

Forbundet af Offentligt Ansatte takker for muligheden for at afgive høringssvar til udkast til Forslag om ændring af lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre m.v.

I Forbundet af Offentligt Ansatte er vi enige i, at den nævnte ændring giver den kommunale myndighed mulighed for at anvende ressourcerne, hvor effekten af forebyggende hjemmebesøg er størst.

Det er også med tilfredshed, vi bemærker, at lovændringen kan foregå uden at ældre med behov for praktisk og personlig bistand stilles ringere, samt at leverandøren af bistanden er forpligtet til både at være opmærksom på ændringer i behovet, samt forpligtet til at kontakte den kommunale myndighed ved sådanne ændringer.

Vi har ikke yderligere bemærkninger til ændringen i lovforslaget.

Med venlig hilsen

Karen Stæhr

Sektorformand

Forbundet af Offentligt Ansatte



Vedrørende:

24.09.04

**Forslag om ændring af lov om forebyggende hjemmebesøg  
(indførelse af større fleksibilitet)  
giver ulighed i servicetilbud til ældre borgere over 75 år!!**

Hverken loven om de forebyggende hjemmebesøg eller udøverne af de forebyggende hjemmebesøg er ufleksible!

Københavns Kommune har udmærket sig ved at håndtere tilbuddet om forebyggende hjemmebesøg særdeles fleksibelt, så besøgene tilbydes ved personlig henvendelse 2 gange årligt eller pr. telefon hvis borgeren ønsker dette. I det hele taget bliver besøgene tilrettelagt efter et individuelt skøn af hjemmebesøgeren som selvfølgelig er den, der er den bedste til det, da hun ofte er kommet hos borgeren gennem flere år. Hvis forslaget bliver gjort til lov, vil det skade den positive, fleksible udvikling, som er sat i gang i forbindelse med de forebyggende, sundhedsfremmende besøg.

Den sundhedsfaglige medarbejder, som foretager de forebyggende hjemmebesøg, kender borgeren fra før tab af funktionsevner, hvilket visitatoren oftest ikke gør, og kan derved skabe motivation hos borgeren til aktivt at gå ind i forebyggende og sundhedsfremmede tiltag.

Der er ingen tvivl om, at ordningen har opfyldt målene ved at skabe tryghed og trivsel, at borgerne har fået råd og vejledning om kommunens tilbud og at der er givet mange oplysninger om tilbuddene i lokalsamfundet. Der er igennem disse besøg skabt mange forebyggende og sundhedsfremmede tiltag som borgere både uden og med praktisk og personlig hjælp har krediteret af og været meget glade for.

Efter loven kom i 1996, har dette tilbud haft en svær start, og mange kommuner har valgt ikke at prioritere området på trods af, at der var afsat resurser specielt til ordningen. Det er måske netop den "række kommuner" der henvises til i *bemærkninger til lovforslaget?* Hvor er det trist at manglen på formåen i at gennemføre ordningen skal ramme så bredt over landet! Og især ramme alle de ældre som ikke mere skal være målgruppe for et unikt tilbud om et sundhedsfremmende, forebyggende besøg!

Besøget giver så meget mere end blot at forebygge funktionstab! Det giver borgeren mulighed for igennem refleksion at forholde sig til egne muligheder og begrænsninger, som ofte ikke ligger i borgerens funktionsevner men i personen selv, kulturelt, socialt og psykologisk!

Derfor har borgere med både personlig og praktisk hjælp glæde af forebyggende hjemmebesøg.

Sundhedsfremme handler om liv, forebyggelse om krop!! Uadskillelige størrelser, men fremover skal målgruppen for besøgene som har begrænsninger på kroppens funktioner åbenbart ikke have mulighed for sundhedsfremme i livet?

Vi foreslår, at forslaget præciserer sig til *borgere der modtager daglig personlig og praktisk hjælp* *behøver ikke længere at være en fast del af målgruppen for de forebyggende hjemmebesøg.*

Så længe medicindosering (10-20 min. hver 14- 21. dag), øjendrypning, ugentlig bad og daglig hjælp til påtagning af støttestrømpe er defineret som *personlig hjælp* mistes gennem forslaget en målgruppe, som har et begyndende eller mindre funktionstab, netop den gruppe, som er mest motiveret til en forebyggende og sundhedsfremmende indsats!

Et udvalg af Forebyggende hjemmebesøgere  
Københavns Kommune

Socialministeriet  
Departementet  
Att.: Christina Bonde Pedersen  
Holmens Kanal 22  
1060 København K.

København, den 6. oktober 2004.  
SJ/

Ældre Sagen fremsender hermed hørings svar og kommentarer til Forslag til lov om ændring af lov om de forebyggende hjemmebesøg

**Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser.**

Ældre Sagen kan forstå af lovforslagets bemærkninger, at ministeriet ønsker sprogligt at præcisere kommunalbestyrelsens forpligtelse til at tilbyde hjemmebesøgene 2 gange årligt til alle over 75 år. Ældre Sagen foreslår derfor, at selve lovteksten ændres, så der ikke kan sås tvivl om intentionerne med loven. Ældre Sagen er tilfreds med, at lovteksten indeholder borgernes rettigheder, men samtidig bekymret over, at Kommunalbestyrelsens forpligter ikke understreges.

Teksten i § 1 stk. 2 foreslås ændret til følgende:

*"Kommunalbestyrelsen tilrettelægger besøgene efter behov, dog skal borgeren tilbydes mindst 2 årlige forebyggende hjemmebesøg."*

De forebyggende hjemmebesøg har signifikant virkning på mange ældre – selv ældre som modtager et enkelt ugentligt besøg af hjemmeplejen - jvf. artiklen *"Structured home visits to older people. Are they only of benefit for women? A randomised controlled trial"*. som bygger på en undersøgelse af Vass et al. 2004. Ældre Sagen frygter, at en gruppe ældre ikke vil blive tilbudt besøgene, endda en gruppe ældre, hvor det er påvist, at hjemmebesøgene har en virkning. Dette kunne eksempelvis være ældre, som kun modtager hjælp til et ugentligt bad samt hjælp til rengøring hver 3. uge. Denne gruppe vil iflg. forslaget ikke længere være omfattet af loven om forbyggende hjemmebesøg.

En ændring af forslaget bør derfor højst udelukke ældre, der får omfattende hjælp.

Derfor foreslås teksten i § 1 stk. 3 ændret til følgende:

*"Kommunalbestyrelsen kan vælge at undtage de borgere fra ordningen, som modtager omfattende personlig og praktisk hjælp efter § 71 i lov om social service."*

  
Socialministeriet  
- 7 OKT. 2004  
3. Kt. J.nr. 20-889

### **Målretning af de overskydende midler**

Ældre Sagen ønsker på ingen måde, at der skal slækkes på kommunens forebyggelse forpligtelse, men såfremt der ændres i den nuværende lovgivning, vil der blive frigjort økonomiske midler. Mere end 72.000 af hjemmehjælpsmodtagerne over 75 år modtager såvel praktisk hjælp som personlig pleje. Det er højt sandsynligt, at kommunerne ikke fremover vil tilbyde denne gruppe hjemmehjælpsmodtagere de forebyggende hjemmebesøg.

Ældre Sagen undrer sig over, at dette ikke fremgår under de økonomiske konsekvenser i bemærkningerne til lovforslaget under *Lovforslagets konsekvenser i hovedtræk*. Kommunerne modtager ca. 100 mio. kr. til besøgene. Det er beregnet på en social- og sundhedsassistent og dækker ikke kommunernes udgifter helt, men kommunerne vil alt andet lige få frigjort midler i forhold til de nuværende udgifter. Ældre Sagen foreslår derfor en udmøntning af de overskydende midler til en **bred tværfaglig uddannelse**

Det er nødvendigt, at de personer som skal foretage de forebyggende hjemmebesøg har en højt kvalificeret uddannelse. Et godt stykke forebyggelsesarbejde kan kun foretages af personale, som har et bredt kendskab til fysiske, psykiske og sociale problemer og tilbud. Vass et al 2004 har påvist, at den bedste individuelle effekt af besøgene, fremkom efter tværfaglig uddannelse og opfølgning mellem de forebyggende medarbejdere, praktiserende læger, sygehuspersonale, hjemmeplejen og socialforvaltningen. Ældre Sagen anbefaler derfor, at en del af de frigjorte midler anvendes til tværfaglig uddannelse og opfølgning, for at forbedre indholdet i de forebyggende hjemmebesøg.

### **Et besøg er ikke en telefonopringning**

Afsluttende mener Ældre Sagen ikke, at et besøg kan erstattes af en telefonopringning. Hvis man ønsker at forebygge kræver det tid, omhu, og en mulighed for at se modtagerne i de omgivelser, hvor de skal leve og overleve, hvilket ikke kan gøres gennem en telefonopringning.

Med venlig hilsen  
Ældre Sagen

Bjarne Hastrup  
Direktør





Ældremobiliseringens sekretariat Suomisvej 3, 1927 Frederiksberg C  
Tlf. 35 35 26 99 - Fax: 35 35 26 44  
www.aeldremobiliseringen.dk

5. oktober 2004

Socialministeriet  
Departementet  
Holmens Kanal 22  
1060 København K

**Vedr. Høring om udkast til Forslag til lov om ændring af lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre m.v. (Indførelse af større fleksibilitet). J. nr. 20-889**

Socialministeriet har ved brev af 17. september 2004 fremsendt ovennævnte lovforslag til høring med frist den 6. oktober 2004.

Ældremobiliseringen vender sig stærkt mod denne forskelsbehandling af vores ældre medborgere.

Det forebyggende hjemmebesøg er en mulighed, der efter Ældremobiliseringens opfattelse bør komme alle over 75 år til gode. Vi skal ikke undlade at pointere at den svageste gruppe, som man i forslaget nu lægger op til, kan unddrages tilbudet om de forebyggende besøg, måske er den gruppe, der har mest behov for at der igangsættes forebyggende aktiviteter. At kommunen qua visitationen til hjælp efter § 71 er i kontakt med borgeren, og at der løbende skal ske en vurdering af om hjælpen er korrekt, kan ikke erstatte det forebyggende besøg, idet dette besøg vedrører fremtiden, mens visitationsvurderingen vedrører de nugældende behov for hjælp.

Vi er bekendt med, at ikke alle kommuner gennemfører de opsøgende hjemmebesøg lige godt, blandt andet af ressourcemæssige årsager, der fx giver sig udslag i, på hvilken måde tilbudene om besøg tilbydes. Blandt andet oplever vi problemer med, at de svage ældre har svært ved at forholde sig til tilbuddet, der alene fremsendes i et brev, da de ikke selv aktivt formår at kontakte kommunen og aftale et besøg, men i stedet forholder sig passive og derfor ikke modtager besøg. Vi finder således ikke, at kommunernes ressourceproblemer bør løses ved, at den svageste gruppe af de ældre ikke længere får krav på at modtager de forebyggende hjemmebesøg.

Med venlig hilsen

Knud Kingo Christensen  
Formand



- 6 OKT. 2004

3. Kt. J.nr. 20-889

CVR 26 13 90 31 Bank 53 01-09 12 356 Giro 16 89 14 36

Ældremobiliseringen består af: Sammenslutningen af Pensionistforeninger i Danmark - Den fynsk/jyske Sammenslutning af Pensionistforeninger - Omsorgsorganisationernes Samråd - LO Faglige Seniorer og Pensionisternes Samvirke

5. oktober 2004

14

## Høringssvar til Forslag til lov om ændring af lov om forebyggende hjemmebesøg m.v. (indførelse af større fleksibilitet)

**Sammenslutningen af Ældreråd i Danmark** takker for muligheden for at afgive et høringssvar til ovennævnte lovændring.

Sammenslutningen er enig i, at den forebyggende og sundhedsfremmende indsats bør fastholdes og at den er en central del af ældreplejen. Vi mener tillige, at det er væsentligt, at det er borgerens ret at modtage to forebyggende hjemmebesøg – og at frasige sig disse.

Sammenslutningen støtter forslaget om at præcisere overfor kommunerne, at deres forpligtelse til at tilbyde 2 hjemmebesøg årligt indskræpes.

Sammenslutningen er dog ikke enig i den del af forslaget, der giver kommunalbestyrelsen mulighed for at vælge at undtage de borgere fra ordningen, som modtager både personlig og praktisk hjælp efter paragraf 71 i lov om social service.

Vor begrundelse for at fastholde de forebyggende besøg som en ret for alle borgere over 75 er, at målet og indholdet i de forebyggende besøg er et andet end målet og indholdet i en visitation og i den personlige og praktiske hjælp.

Sammenslutningen forstår kommunernes ønsker om at kunne prioritere ressourcerne, der hvor den dokumenterede effekt at indsatsen er størst – men mener ikke det bør være afgørende i dette tilfælde.

Sammenslutningen af Ældreråd i Danmark finder det hensigtsmæssigt, at mennesker der har varig psykisk nedsat funktion som f.eks. diagnosticerede demente kan undtages fra den generelle ordning. Vi ser det som mere hensigtsmæssigt for den enkelte demenslidende (og besparende for kommunen), at de demensdiagnosticerede ikke får besøg af såvel visitator, demenskoordinator og forebygger – men at flest funktioner der ligger hos de forskellige fagpersoner kan samles hos én person (demenskoordinatoren). Vi henviser til høringssvar fra DemensKoordinatorer i Danmark (DKDK).

Med venlig hilsen  
Sammenslutningen af Ældreråd i Danmark

Ove Christiansen  
formand



- 7 OKT. 2004

3. Kt. J.nr. 20-889

Alzheimerforeningen, Sankt Lukasvej 6, 2900 Hellerup.

Hellerup den 5. oktober 2004

Socialministeriet  
Departementet  
att. Christina Bonde Pedersen  
Holmens kanal 22  
1060 København K.

**Høringssvar til lovforslag om ændring af lov om forebyggende hjemmebesøg.**

Alzheimerforeningen ser naturligvis på lovforslaget med tanke for demente, som den særlig svage målgruppe, vi er fortalere for. Om forslaget vil blive til gavn for demensramte familier eller det modsatte. Om retssikkerheden svarer til lovens intentioner. Om netop demente/ægtefæller kan blive tilsidesat, for at der kan blive råd til at nå dem "som ikke er svækkede i nævneværdig grad".

De opsøgende hjemmebesøg opleves af demensramte familier, som tilbud om at få taget hele deres situation i øjesyn, at fagpersonerne reelt er til stede og taler med dem om deres livssituation i bredere perspektiv end det helhedssyn, der bliver lagt til grund ved visitation til sociale ydelse. Det kræver nærvær og tid af bredt fagligt trænede medarbejdere, der skal indkredse særlige behov for vejledning og støtte.

"Kommunalbestyrelsen skal tilrettelægge besøgene efter behov":

I begyndelsen af et demensforløb.

Vi ved, at demente og deres evt. ægtefæller typisk har meget svært ved både selv at erkende og dernæst få fortalt, hvad for tanker, bekymringer, praktiske og følelsesmæssige problemer, de står med. De giver sig ikke til kende alene på baggrund af et brev eller en opringning. Samtidig ser vi det i Alzheimerforeningen, som en meget vigtig forebyggende indsats at opfange begyndende demens, både af behandlings- og omsorgsmæssige grunde. Og til omsorgen hører i denne tidlige fase ikke mindst følelsesmæssig omsorg, herunder hjælp til erkendelse som grundlag for handling i hverdagen og planlægning af fremtiden. Ved mistanke om demens, er der behov for opfordring til at modtage besøg og tilbud om kontakt opfølgning, så der ikke blot er en formel "ret til tilbud", men en reel ret til besøg. De pårørende, som vi kender fra støttegrupper, efterlyser støtte og vejledning fra kommunen i den tidlige fase, hvor der endnu ikke er behov for personlig og praktisk hjælp.

  
- 7 OKT. 2004  
3. Kt. J.nr. 20-889

I den senere fase af et demensforløb.

Stadigvæk beskriver mange pårørende, at de selv må skaffe oplysninger om rettigheder og muligheder for sociale ydelser og selv må være koordinerende, også når demente er visiterede til personlig og praktisk hjælp. Det synes betænkeligt om hjemmeboende demente/ægtefæller, der modtager personlig og praktisk hjælp kan fratages muligheden for forebyggende hjemmebesøg med det bredere perspektiv på deres livssituation end den basale og ofte knappe tildeling af sociale foranstaltninger.

Lovforslaget kan få social slagside, hvis de svageste borgere skal nøjes med det forebyggelsesarbejde, som hjemmeplejen kan byde på, mens de stærkere borgere får den mere konstruktive forebyggelsesindsats, som forebyggelsesmedarbejderne er trænet i.

Forebyggelsesbesøgene skal jo netop ikke bruges til at se på behovet for visitationsydelser, men til at drøfte, hvordan den ældre klarer hverdagen i det hele taget.

Ved en lovændring som foreslået bør det sikres, at visitationsvurderingen inddrager et bredere syn på forebyggelsesemner, såsom sociale netværk, motion, indretning af tilværelsen og dagligdagen i overensstemmelse med den pågældendes livssituation.

Med venlig hilsen

Ellen Thuesen  
formand for Alzheimerforeningens retsudvalg

Socialministeriet  
Departementet  
Holmens Kanal 22  
1060 København K

Vanløse 06-10-04

**Høringssvar vedrørende lovforslag til ændring af lov om forebyggende hjemmebesøg fra Omsorgsorganisationernes Samråd (OS).**

OS takker for muligheden for at kommentere det foreliggende lovforslag.

Det er med undren, vi modtager lovforslaget, fordi vi anser det for at være unødvendigt og fordi det indebærer en væsentlig risiko for at forringe tilbudet til de svageste ældre, nemlig dem, der modtager hjemmehjælp.

Det helt unikke og fundamentalt vigtige i det forebyggende hjemmebesøg, som det har fungeret indtil nu, er, at den fagperson, der aflægger besøget ikke samtidig har en bevilgende funktion i forhold til den enkelte ældre.

Denne mulighed for, at tale med en uafhængig person kan den store gruppe af ældre, der er hjemmehjælpsmodtagere, med det foreliggende lovforslag komme til at miste fremover. Og det er meget beklageligt.

Forebyggelse og sundhedsfremme er nøgleord i debatten om ældres livskvalitet og trivsel.

Det forebyggende hjemmebesøg er et centralt redskab i dette arbejde. Det viser undersøgelser.

I OS er vi opmærksomme på, at kommunerne ønsker lovændringen for at opnå fleksibilitet og udfra, at de ældre der modtager hjemmehjælp i forvejen kan dækkes ind af hjemmehjælpsvisitatorerne.

Vi skal gøre opmærksom på, at det langt fra er alle ældre hjemmehjælpsmodtagere, der modtager besøg af en hjemmehjælpsvisitator 2 gange om året. Uden at forklejne visitatorenes faglige kunnen mener vi, at der vil blive tale om en uheldig sammenblanding af en bevilgende og en forebyggende funktion.

Hvordan vil man sikre, at det nuværende tilbud om 2 besøg om året fra den forebyggende hjemmebesøgsmedarbejder afløses af et lige så kvalificeret tilbud?

Vi skal i øvrigt henvise til høringssvaret fra Landsforeningen af ansatte i Sundhedsfremmende, Forebyggende Hjemmebesøg, som vi finder indeholder væsentlige begrundelser for ikke at ændre den nuværende lov.

Med venlig hilsen

Knud Kingo Christensen formand

Kristian Riis generalsekretær



- 7 OKT. 2004

3. Kf. J.nr. 20-889



Socialministeriet  
Holmens Kanal 22  
1060 København K

**Høringssvar vedr. Forslag til lov om ændring af lov om forebyggende hjemmebesøg (større fleksibilitet)**

Den 5. oktober 2004

Jnr 09.00.00 P22  
Sagsid 000140350

KL har modtaget Socialministeriets forslag til lovændring vedr. de forebyggende hjemmebesøg til ældre.

Ref LLJ  
llj@kl.dk  
Dir 3370 3394

Overordnet er KL helt enig i selve lovændringen, og den bagvedliggende intention om målretning af den samlede forebyggelsesindsats.

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

KL kan dog anbefale en præcisering af lovforslaget § 1, stk. 3. Flere kommuner har gjort KL opmærksom på, at der i et ikke ubetydeligt antal tilfælde alene ydes personlig hjælp. Det drejer sig især om hjem hvor en rask ægtefælle m.fl. påtager sig den praktiske hjælp, mens kommunen yder (ofte massiv) personlig hjælp til en syg ægtefælle m.fl. Denne målgruppe er efter KL's opfattelse omfattet af lovens intention om en ændring for de borgere, der i forvejen er i tæt kontakt med det social- og sundhedsfaglige personale i kommunen.

Tlf 3370 3370  
Fax 3370 3371

www.kl.dk

1/1

KL foreslår derfor, at bisætningen i § 1, stk. 3 ændres til "...som modtager personlig hjælp efter § 71 i lov om social service..."

Herudover har KL ikke bemærkninger til lovforslaget.

Med venlig hilsen  
  
Ralf Klitgaard Jensen

Socialministeriet  
- 7 OKT. 2004  
S. Kt. J.nr. 20-889



Socialministeriet  
Holmens Kanal 22  
1060 København K

Den 5. oktober 2004  
Ref.: bhl  
Sagsnr.: 0409-0178

**Høring over udkast til Forslag til lov om ændring af lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre m.v. (Indførelse af større fleksibilitet)**

**DANSK SYGEPLEJERÅD**  
The Danish Nurses'  
Organization

Vimmelskaftet 38  
Postboks 1084  
DK-1008 København K

Tak for brev af 17. september 2004 om udkast til lovændring af lov om forebyggende hjemmebesøg.

Ekspedition:  
Mandag-torsdag 10.00-16.00  
fredag 10.00-15.00

Dansk Sygeplejeråd kan tilslutte sig, at kommunerne fremover kan vælge, om de vil undtage borgere fra ordningen, som i forvejen modtager personlig og praktisk hjælp.

Tlf. +45 33 15 15 55  
Fax +45 33 15 24 55

dsr@dsr.dk  
www.dsr.dk

Af bemærkninger til loven bør det til gengæld fremgå, at kommunerne skal sikre, at forebyggelses- og sundhedsfremmearbejdet fortsat kommer til at foregå.

Sundhedsfremme og forebyggelse skal være en del af den daglige praksis og af ydelseskataloget, så den gruppe borgere, som får personlig pleje og praktisk bistand, ikke risikerer at blive overset i forhold til sundhedsfremme- og forebyggelsesaspektet.

Derudover vil vi fra Dansk Sygeplejeråds side gøre opmærksom på, at det ikke er ligegyldigt, hvem der foretager de forebyggende hjemmebesøg.

Et højt uddannelsesniveau, målrettet uddannelse inden for forebyggelsesområdet og udviklingsmuligheder for medarbejdere, som foretager forebyggende hjemmebesøg optimerer beviseligt resultaterne hos de borgere, som får forebyggende hjemmebesøg.



- 7 OKT. 2004

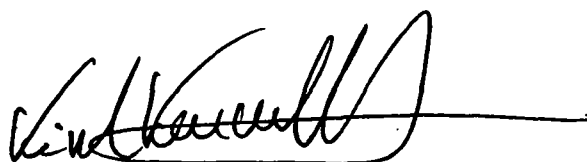
3. Kt. J.nr. 20-889

Derudover mener Dansk Sygeplejeråd, at vi i Danmark har brug for en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse, som opstiller konkrete mål og afsætter øremærkede midler. Det danske velfærdssamfund kan ikke behandle og pleje sig ud af sundhedsproblemerne med bl.a. fedme, diabetes og andre livsstilsrelaterede sygdomme, som vi står over for i de kommende år. Det kræver en samlet fokuseret indsats også fra Socialministeriets side - med målrettet sundhedsfremme og forebyggelse.

Med venlig hilsen



Connie Kruckow  
formand



Kirsten Kenneth Larsen  
direktør





Socialministeriet  
Departementet  
Holmens Kanal 22  
1060 København K

**Høring vedrørende forslag til lov om ændring af lov om forebyggende hjemmebesøg**

Socialdirektoratet har i mail af 22. september d.å. modtaget Socialministeriets høring over udkast til Forslag til lov om ændring af lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre m.v. (Indførelse af større fleksibilitet).

Direktoratet ser en fordel i, at besøgene med lovændringen kan tilrettelægges mere fleksibelt og har ikke bemærkninger til lovforslaget. Direktoratet har på grund af den korte tidsfrist ikke haft mulighed for at forelægge lovforslaget til politisk behandling, hvorfor der tages forbehold i.f.t. en politisk behandling den 18. oktober.

Venlig hilsen

Jesper Zwisler

6. oktober 2004  
Sagsbeh: JZ  
Journalnr:

**Socialdirektoratet**  
Socialdirektøren  
Rådhuset  
2000 Frederiksberg  
[www.frederiksberg.dk](http://www.frederiksberg.dk)

Telefon 38 21 30 00  
Telefax 38 21 30 49  
[socialdirektøren@frederiksberg.dk](mailto:socialdirektøren@frederiksberg.dk)



- 7 OKT. 2004

3. Kt. J.nr. 20-889

Den 6. oktober 2004

J. nr.:

## Notat

### Høringssvar

Socialministeren har i september 2004 fremsat forslag til lov om ændring af lov om forebyggende hjemmebesøg (indførelse af større fleksibilitet) med høringsfrist 6. oktober 2004.

Ifølge bemærkningerne til lovforslagets enkelte bestemmelser er den væsentligste begrundelse for ændringsforslaget et ønske om at forbedre kommunernes mulighed for at målrette indsatsen mod de borgere, der har størst gavn af ordningen.

### Baggrund

Københavns Kommune har i vinteren 2003/2004 deltaget i Finansministeriets arbejdsgruppe vedrørende forenkling af hjemmehjælps- og hjemmeplejeområdet, som også omhandlede de forebyggende hjemmebesøg. Københavns Kommune er desuden repræsenteret i Socialministeriets følgegruppe for de forebyggende hjemmebesøg.

Københavns Kommune har i ovenstående arbejde bakket op om den eksisterende lovgivning, som vi har fundet både relevant og fleksibel.

### Københavns Kommunes bemærkninger til lovforslaget

København Kommunes Sundhedsforvaltning kan tilslutte sig en ordning, der giver mulighed for yderligere fleksibilitet ved at differentiere tilbudene i forhold til den enkelte borgers konkrete behov og motivation i lighed med det forebyggende tilbud til småbørnsfamilierne (sundhedsplejen), der er behovsbestemt for så vidt angår tilbudets omfang.

Lovforslaget giver kommunerne mulighed for at udmønte den mere målrettede indsats ved frem over at kunne undtage de borgere fra ordningen, der allerede modtager personlig og praktisk hjælp efter § 71 i lov om social service.

I Københavns Kommune er det almindelig praksis at afslutte besøgene hos de ældre, hvor det efter en konkret individuel vurdering ikke mere tjener noget formål. Det kan være borgere med fremskreden demens eller borgere med begrænset livs-udsigt. Det er ikke karakteren eller omfanget af den bevilgede hjælp, der er udslagsgivende, men borgerens samlede situation - her under som nævnt karakteren af borgerens sundhedsproblemer.

I Københavns Kommune vil vi fortsat foretage en konkret individuel vurdering i tråd med den øvrige praksis på ældreområdet, hvor vi har fjernet os fra generelle og upræcise grupperinger af de ældre borgere.

  
Socialministeriet

- 7 OKT. 2004

3. kt. J.nr. 20-889

I Københavns Kommune er det erfaringen, at en stor del af de borgere, der modtager både personlig og praktisk hjælp profiterer af den forebyggende samtale i lighed med de borgere, der ikke modtager denne hjælp. Den erfaring er vi aktuelt i færd med at konkretisere og dokumentere via case-beskrivelser fra besøgsarbejdet.

Som et supplerende tilbud har vi valgt at kvalificere telefondialogen og at anerkende den som et supplement eller et alternativt tilbud, hvor det i dialog med borgeren skønnes relevant.

Effekten af de forebyggende besøg kan vise sig på en lang række felter. Det seneste forskningsprojekt<sup>1</sup> har sat fokus på anvendelse af et struktureret indhold i besøgene med fokus på funktionsevne, hvilket både er et meget relevant indsatsområde og et indsatsområde, der kan dokumenteres. Andre relevante temaer venter på at blive udforsket.

Da vi ikke har fundet fagligt belæg for at afskære den store gruppe borgere, der modtager personlig og praktisk hjælp, fra tilbudet om forebyggende hjemmebesøg, ser vi frem til yderligere forskning på feltet. Københavns Kommune bidrager gerne, hvis der kommer centrale initiativer.

Vi vil desuden anbefale, at vejledningen til lovforslaget uddyber og nuancerer den udvidede mulighed for at målrette indsatsen til borgere, der især har gavn af tilbudet, således at det er borgerens samlede situation, der bliver udgangspunkt for, hvilken karakter og hvilket omfang, den forebyggende og sundhedsfremmende indsats skal have.

En af intensionerne med loven har været, at man kunne bruge den generelle viden, der opsamles via de forebyggende hjemmebesøg aktivt i kommunernes kontakt til sygehuse og praktiserende læger og som input til den generelle sundhedsplanlægning.

Denne mulighed har Københavns Kommune netop sat fokus på. Vi er godt tilfredse med, at også de borgere i Københavns Kommune, der modtager personlig og praktisk hjælp, er en del af den population, der bidrager med data og anden information. Vi tilslutter os fortsat regeringens politik med at fremme forebyggelsesarbejdet og folkesundheden generelt.

Lars Bo Bülow

/Lene Kragh Pedersen

---

<sup>1</sup> Fremlagt af Carsten Hendriksen, Afdeling for Social Medicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet og Mikkel Vass, Afdeling for Almen Medicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet ved en hørings arrangeret af Arbejdsgruppen til forankling af hjemmehjælps – og hjemmeplejeområdet den 21. nov. 2003.

Socialministeriet  
Departementet  
Christina Bonde Pedersen  
Holmens Kanal 22  
1060 København K

3. oktober 2004  
04/001/01817-10.61.01  
lgan/kas  
CBP/j.nr. 20-889

**Høring over udkast til Forslag om ændring af lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre m.v. (Indførelse af større fleksibilitet)**

Forbundet af Offentligt Ansatte takker for muligheden for at afgive høringssvar til udkast til Forslag om ændring af lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre m.v.

I Forbundet af Offentligt Ansatte er vi enige i, at den nævnte ændring giver den kommunale myndighed mulighed for at anvende ressourcerne, hvor effekten af forebyggende hjemmebesøg er størst.

Det er også med tilfredshed, vi bemærker, at lovændringen kan foregå uden at ældre med behov for praktisk og personlig bistand stilles ringere, samt at leverandøren af bistanden er forpligtet til både at være opmærksom på ændringer i behovet, samt forpligtet til at kontakte den kommunale myndighed ved sådanne ændringer.

Vi har ikke yderligere bemærkninger til ændringen i lovforslaget.

Med venlig hilsen

Karen Stæhr  
Sektorformand  
Forbundet af Offentligt Ansatte



25 OKT. 2004

3. Kt. J.nr: 20-889

FOA  
Stauings Plads 1-3  
1790 København V

Telefon 46 97 26 26  
Telefax 46 97 23 00

E-post adresse, Forbund: foa@foa.dk  
E-post adresse, A-kassen: oaa@foa.dk

Giro 8 01 47 95  
Medlem af LO



SOCIALMINISTERIET

Folketingets Socialudvalg

Departementet  
Holmens Kanal 22  
1060 København K

Tlf. 3392 9300  
Fax. 3393 2518  
E-mail sm@sm.dk

Dato: 8 DEC. 2004

/CBP J.nr. 20-889

Under henvisning til Folketingets Socialudvalgs brev af 8. december 2004 følger hermed – i 5 eksemplarer – socialministerens svar på L 55 - Spørgsmål 13 (SOU).

---

**Spørgsmål 13 - til L 55:**

”Ministeren bedes i forlængelse af svaret på spørgsmål 11, oplyse om, hvilke lande de nævnte udenlandske undersøgelser omfatter, hvornår undersøgelserne er fra, samt hvad der specifikt er undersøgt”

**Svar:**

De udenlandske undersøgelser, som jeg har henvist til i mine besvarelser, indgår alle i en såkaldt meta-analyse, som er offentliggjort i 2002. Artiklen er vedlagt til orientering. (Mine Stuck, A.; Hammer, A.: Minder, C & Beck, J. (2002): *Home visits to Prevent Nursing Home Admission and Functional Decline in Elderly People*. The Journal of the American medical association, vol 287, no. 8, s. 1026-1027.)

Artiklen indeholder en analyse af en række undersøgelser af forebyggende hjemmebesøg i nogle af de lande, vi normalt sammenligner os med (foruden Danmark indgår Canada, USA, England og Holland m.fl.). Analysen tager udgangspunkt i et litteraturstudie af de pågældende landes undersøgelser, som strækker sig over årene 1984-2001.


I artiklen analyseres forebyggende hjemmebesøg til ældre over 70 år, og der fokuseres bl.a. på hjemmebesøgenes effekter i forhold til funktionsniveau, dødelighed og behov for plejehjemsophold.

Artiklen konkluderer bl.a., at ældre svækkede mennesker tilsyneladende ikke har samme gavn af forebyggende hjemmebesøg som de ikke svækkede. Svækkede ældre mennesker har snarere brug for et tværfaglig kvalificeret behandlings-, rehabiliterings- og plejetilbud.

Der er ikke noget som tyder på, at dette skulle være anderledes i Danmark, jvf. KL's udsagn om, at en række kommuner netop har erfaringer med dette. Konklusionerne bekræftes desuden af danske forskere på området. I den forbindelse kan jeg henvise til Carsten Hendriksen og Mikkel Vass fra Afdeling for social medicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, som leder et større evalueringsprojekt om forebyggende hjemmebesøg, der er delvist finansieret af Socialministeriet med i alt 2.250.673 kr.



Eva Kjer Hansen



/Charlotte Markussen

REVIEW

# Home Visits to Prevent Nursing Home Admission and Functional Decline in Elderly People

## Systematic Review and Meta-regression Analysis

Andreas E. Stuck, MD  
 Matthias Egger, MD  
 Andreas Hammer  
 Christoph E. Minder, PhD  
 John C. Beck, MD

**P**REVENTIVE HOME VISITATION programs in elderly people are part of national policy in several countries, including the United Kingdom, Denmark, and Australia.<sup>1</sup> The rationale is to delay or prevent functional impairment and subsequent nursing home admissions by primary prevention (eg, immunization and exercise), secondary prevention (eg, detection of untreated problems), and tertiary prevention (eg, improvement of medication use).<sup>2</sup> However, the value of home visitation programs is controversial. Although individual trials and meta-analyses<sup>3,4</sup> suggest that some programs are effective, there is uncertainty regarding whether they can prevent functional status decline, which program components are effective, and which populations are most likely to benefit.<sup>3,6</sup>

In an earlier analysis of hospital-based comprehensive geriatric assessment programs, we found that programs including extended ambulatory follow-up were more effective than other schemes.<sup>3</sup> A subgroup analysis of a trial of a home visitation program suggested that older people with relatively good functional status at baseline were more likely to benefit.<sup>7,8</sup> We confirmed this hypothesis in a planned analysis of a subsequent trial, which showed favorable effects among individuals at low risk but not among those at high risk for nursing home admission.<sup>9</sup> Finally, evalua-

**Context** The effects of home visitation programs to prevent functional decline in elderly persons have been inconsistent, and the value of these programs is controversial.

**Objective** To evaluate the effect of preventive home visits on functional status, nursing home admission, and mortality.

**Data Sources** Studies published in English, French, German, Italian, or Spanish reporting randomized trials of the effects of preventive in-home visits in older people (mean age >70 years) living in the community were identified through searches of MEDLINE, PSYCHINFO, and EMBASE (January 1985–November 2001). We also searched the Cochrane Controlled Trials Register, checked reference lists of earlier reviews and book chapters, searched conference proceedings and specialty journals, and contacted experts.

**Study Selection** We screened 1349 abstracts and excluded those that did not test in-home interventions or in which the mean age of the study population was younger than 70 years. After further exclusions, 17 articles describing 18 trials were analyzed.

**Data Extraction** Two reviewers independently screened abstracts. Discrepancies were resolved by consensus with a third reviewer. For each included trial, we extracted data on the study population and the characteristics of the intervention. Two of us extracted information on 3 end points: nursing home admissions, mortality, and functional status. One of us assessed trial quality, including an examination of the method of randomization, blinding of caregivers and research staff ascertaining outcomes, and proportion of patients included in analyses of the 3 end points.

**Data Synthesis** The 18 trials included 13 447 individuals aged 65 years and older. The effect on nursing home admissions depended on the number of visits performed during follow-up. The pooled relative risk (RR) was 0.66 (95% confidence interval [CI], 0.48–0.92) for trials in the upper tertile (>9 visits) but was 1.05 (95% CI, 0.85–1.30) in the lower tertile (0–4 visits). Functional decline was reduced in trials that used multidimensional assessment with follow-up (RR, 0.76; 95% CI, 0.64–0.91) but not in other trials (RR, 1.01; 95% CI, 0.92–1.11). Functional decline was reduced (RR, 0.78; 95% CI, 0.64–0.95) in trials with a control group mortality rate in the lower tertile (3.4%–5.8%) but not (RR, 0.98; 95% CI, 0.84–1.13) in those with a control-group mortality rate in the upper tertile (8.3%–10.7%). A beneficial effect on mortality was evident in younger study populations (RR, 0.76; 95% CI, 0.65–0.88 for ages 72.7–77.5 years) but not in older study populations (RR, 1.09; 95% CI, 0.92–1.28 for ages 80.2–81.6 years).

**Conclusion** Preventive home visitation programs appear to be effective, provided the interventions are based on multidimensional geriatric assessment and include multiple follow-up home visits and target persons at lower risk for death. Benefits on survival were seen in young-old rather than old-old populations.

JAMA. 2002;287:1022-1028

www.jama.com

sequent trial, which showed favorable effects among individuals at low risk but not among those at high risk for nursing home admission.<sup>9</sup> Finally, evalua-

Author Affiliations are listed at the end of this article. Corresponding Author: Andreas E. Stuck, MD, Zentrum Geriatric-Rehabilitation, Spital Bern Ziegler, Mottikonstrasse 75, CH-3001, Bern, Switzerland (e-mail: andreas.stuck@spital.bern.ch). Reprints not available from the authors.

HOME VISITS TO PREVENT NURSING HOME ADMISSION

tion in the home setting results in a high yield of undetected problems.<sup>10</sup> Therefore, it seems likely that successful programs should include multidimensional geriatric assessment as a basis for in-home prevention.

We performed an updated meta-analysis to evaluate the effect of preventive home visits on functional status, nursing home admission, and mortality and to test the hypotheses that they are beneficial if they are based on multidimensional geriatric assessment and frequent follow-up visits and conducted in individuals at low risk of functional decline at baseline.

**METHODS**

**Literature Search and Eligibility Criteria**

We aimed to identify all randomized trials of the effects of preventive in-home visits in older people (mean age >70 years) living in the community. Published studies were identified through searches of MEDLINE, PSYCHINFO, and EMBASE (January 1985 to November 2001; key words: aged, home or in-home, prevention, and geriatric assessment). We also searched the Cochrane Controlled Trials Register, checked reference lists of earlier reviews and book chapters, searched conference proceedings and specialty journals, and contacted experts. Articles published in English, French, German, Italian, or Spanish were considered. Two reviewers screened abstracts. Discrepancies were resolved by consensus with a third reviewer.

**Data Extraction and Outcome Definition**

For each trial, we extracted data on the study population and the characteristics of the intervention. Programs were classified as being based on multidimensional geriatric assessment for identification of risk factors with follow-up if they included a systematic evaluation in medical, functional, psychosocial, and environmental domains and a follow-up for the implementation of the intervention plan.<sup>21</sup> The average number of preventive home visits performed and

the total duration of the intervention were also recorded.

For each study, 2 of us extracted information on 3 end points: nursing home admissions, mortality, and functional status. We recorded the number of participants admitted to nursing homes (excluding short-term and residential or board and care-unit admissions) and the number of persons for whom information about nursing home admissions was available. For mortality, the number of deaths from all causes and participants with known vital status were recorded for intervention and control groups. We abstracted the number of persons with functional status decline. The definition of functional status was based on activities of daily living or lower or upper extremity function. If several outcome measures were reported, we used the measure for which the prevalence of impairment at follow-up was closest to 20%, corresponding to the disability rate of 19.7% in the elderly US population.<sup>12</sup> Four trials used continuous rather than discrete outcomes and provided their means and SDs.<sup>13-16</sup> These results were converted to an estimate of the risk ratio.<sup>17</sup>

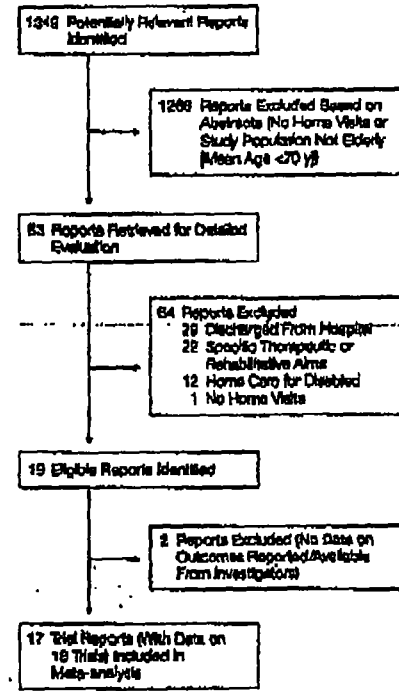
Original investigators were contacted if published data on study populations and interventions were incomplete or if reporting of at least 1 of the 3 types of outcome data (functional status, nursing home admissions, and mortality) was missing or incomplete. Additional unpublished information was obtained from 9 studies.<sup>13-15,18-23</sup>

**Assessment of Methodological Quality and Statistical Analysis**

One of us assessed trial quality by examining the method of randomization, blinding of caregivers and research staff ascertaining outcomes, and the proportion of patients included in the analyses of the 3 end points.<sup>24</sup>

We combined results on the risk ratio scale by using fixed and random effects models.<sup>25</sup> The degree of intertrial heterogeneity ( $\tau^2$ ) was estimated with an iterative restricted maximum likelihood method.<sup>26</sup> A statistical test of funnel plot asymmetry, which may indi-

Figure 1. Identification of 18 Eligible Randomized Controlled Trials



cate the presence of publication bias, was performed.<sup>27</sup> Standard tests of homogeneity of risk ratios were also calculated.<sup>26</sup> The extent to which 1 or more study-level variables explained heterogeneity in the treatment effects was then explored by fitting meta-regression models.<sup>28</sup> The following variables were considered: mean age of the study population and mortality rate (per year) in control groups (indicators of baseline risk), duration of the intervention, number of home visits, and whether the intervention was based on multidimensional geriatric assessment with follow-up. Variables relating to the quality of trials, the geographic location of the study, and groups of authors were also considered. Fixed effects meta-analysis stratified by the factors that explained part of the intertrial heterogeneity was then performed. A random effects model was used to calculate a typical risk difference, which was converted to the number needed to visit to prevent 1 adverse outcome. In a sensitivity analysis



HOME VISITS TO PREVENT NURSING HOME ADMISSION

insurance registers (TABLE 1). Ten trials included all individuals older than a certain threshold (between 65 and 75 years). Eight studies had additional selection criteria (eg, individuals living alone) or excluded some individuals (eg, those receiving home care). Mean age of study participants at baseline ranged from 72.7 years to 81.6 years. The yearly mortality rates in control groups ranged from 3.4% to 10.7%. Twelve of the 18 trials were classified as not based on multidimensional geriatric assessment and follow-up because they did not include a medical, functional, and psychosocial assessment<sup>16,18,20,21,29-31</sup> or because these assessments were not combined with a follow-up intervention.<sup>13,14,41</sup> Reported outcome data of the individual trials are provided in online Table 1 (<http://jama.ama-assn.org/issues/v287n8/jma10044>).

Methodological Quality of Trials

Measures of allocation concealment were described for 5 trials.<sup>7,9,13-15</sup> Randomization was stratified in several trials, but block sizes were reported only in 2 reports.<sup>9,32</sup> For 7 trials,<sup>7,9,13,16,20,21,30</sup> some measures of blinding were described. The proportion of trials analyzed using intent to treat without missing outcome data was 72.2% (13/18) for mortality, 69.2% (9/13) for nursing home admission, and 0% (0/16) for functional status. Results of a detailed quality assessment are available in online Table 2 (<http://jama.ama-assn.org/Issues/v287n8/jma10044>). In meta-regression analyses, there was little evidence ( $P > .10$ ) that these aspects of methodological quality influenced results. There was also little evidence of funnel plot asymmetry ( $P > .10$ ). Finally, results did not differ significantly according to geographical region or groups of investigators ( $P > .10$ ).

Effects on Nursing Home Admission

The analysis was based on 13 trials. Four studies did not report on nursing home admissions, and in 1 study, no admissions occurred. Overall, the reduction in the risk of admission was modest and

Table 2. Risk Ratios for Mortality, Nursing Home Admission, and Functional Status Decline in 18 Trials of In-Home Preventive Programs in Community-Dwelling Elderly People

Study	Risk Ratio (95% Confidence Intervals)		
	Nursing Home Admission	Functional Status Decline	Mortality
Gunner-Svensson et al <sup>28</sup>	0.82 (0.67-1.01)	Not assessed	1.02 (0.91-1.15)
Handriksen et al <sup>19</sup>	0.69 (0.40-1.20)	Not assessed	0.79 (0.58-1.06)
Vetter et al <sup>20</sup> (Gwent)	Not reported	1.19 (0.95-1.49)	0.59 (0.40-0.86)
Vetter et al <sup>20</sup> (Powys)	Not reported	0.78 (0.60-1.01)	0.97 (0.66-1.41)
Sorensen et al <sup>18</sup>	1.02 (0.81-1.28)	0.98 (0.67-1.37)	0.98 (0.83-1.11)
Carpenter and Demopoulos <sup>29</sup>	0.88 (0.80-1.56)	1.01 (0.78-1.30)	1.20 (0.87-1.65)
McEwan et al <sup>21</sup>	Not reported	0.94 (0.54-1.65)	0.67 (0.37-1.21)
Clerke et al <sup>22</sup>	Not reported	1.74 (1.04-2.90)	1.14 (0.82-1.61)
Pathy et al <sup>20</sup>	0.69 (0.40-1.20)	1.19 (0.80-1.77)	0.75 (0.57-0.99)
Vetter et al <sup>21</sup>	1.42 (0.69-3.44)	0.84 (0.70-1.11)	0.77 (0.61-0.98)
Van Rossum et al <sup>19</sup>	1.38 (0.44-4.80)	1.17 (0.78-1.72)	0.83 (0.57-1.21)
Fabacher et al <sup>16</sup>	No admissions	0.77 (0.42-1.42)	0.85 (0.24-3.70)
Thett et al <sup>23</sup>	0.48 (0.04-5.28)	0.51 (0.32-0.82)	1.35 (0.44-4.17)
Stuck et al <sup>24</sup> (USA)	0.42 (0.19-0.89)	0.54 (0.32-0.80)	0.85 (0.51-1.44)
Stuck et al <sup>24</sup> (Switzerland)	1.51 (0.99-2.30)	0.83 (0.60-1.15)	1.40 (0.99-1.97)
van Haastregt et al <sup>14</sup>	0.97 (0.06-15.3)	0.83 (0.50-1.40)	0.89 (0.32-1.61)
Hebert et al <sup>25</sup>	1.02 (0.30-3.47)	0.97 (0.68-1.38)	0.88 (0.33-1.38)
Newbury et al <sup>15</sup>	1.60 (0.26-8.60)	0.74 (0.30-1.82)	0.20 (0.02-1.65)
Combined risk ratio (fixed effects)	0.80 (0.80-1.02)	0.95 (0.87-1.03)	0.84 (0.88-1.00)
Combined risk ratio (random effects)	0.91 (0.76-1.06)	0.94 (0.83-1.08)	0.91 (0.81-1.01)
<i>P</i> value, test of heterogeneity	.19	.03	.04

nonsignificant (TABLE 2). In meta-regression analysis, there was evidence of an association of treatment effect with the number of follow-up visits ( $P = .05$ ), which explained a large proportion of inter-trial heterogeneity ( $\tau^2$  was reduced from 0.034 to 0.012). Meta-analysis of trials stratified by tertiles of the number of follow-up visits is shown in FIGURE 2: the reduction in admissions is evident only for programs with at least 5 follow-up visits. The estimated reduction in the risk of admission for trials in the upper tertile ( $>9$  follow-up visits) was 34% (RR, 0.66; 95% CI, 0.48-0.92) and the typical risk difference was 2.3%, for a number needed to visit of 43.

Effects on Functional Status

Data were available for 16 trials. Overall, preventive home visits appeared to have little effect on functional status, but results were heterogeneous (Table 2). In meta-regression analysis, beneficial effects were associated with multidimensional geriatric assessment with follow-up ( $P = .01$ ) and inversely correlated

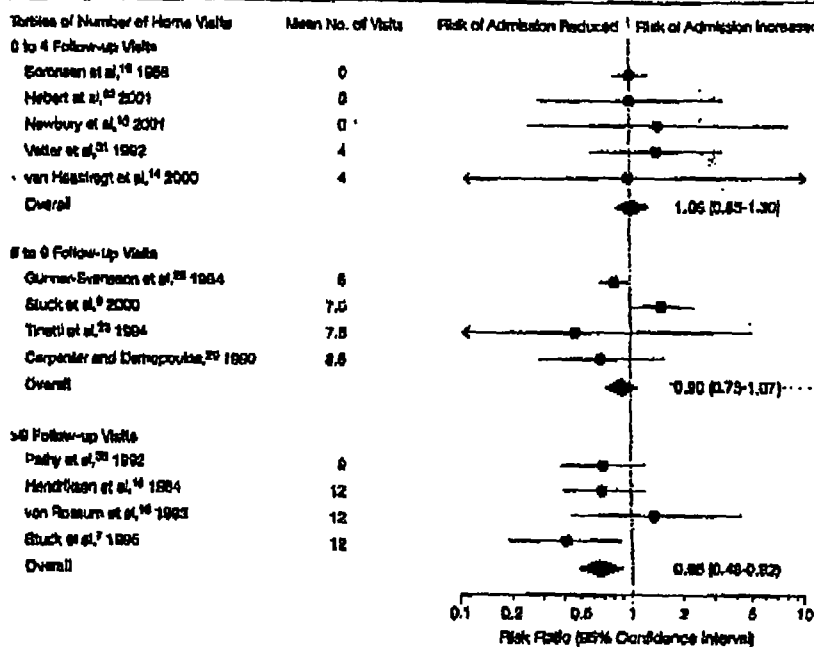
with control-group mortality ( $P = .04$ ). In multivariable analysis, the type of intervention was the more important factor and explained about half of inter-trial heterogeneity ( $\tau^2$  was reduced from 0.021 to 0.010). Combining trials according to multidimensional assessment and follow-up resulted in a 24% reduction in the risk of functional decline (RR, 0.76; 95% CI, 0.64-0.91) (FIGURE 3). The typical absolute reduction in risk was 6.7%, for a number needed to visit of 15. When trials were analyzed by tertiles of control group mortality, a beneficial effect on function was evident for the first tertile (5 trials with annual mortality from 3.4%-5.8%), with an RR of 0.78 (95% CI, 0.64-0.95). The combined RR for the middle tertile (6 trials with mortality rates from 6.1%-8.2%) was 1.00 (95% CI, 0.89-1.13); for the third tertile, 0.98 (95% CI, 0.84-1.13; 5 trials with mortality from 8.3%-10.7%).

Effects on Mortality

This analysis was based on 18 trials. Preventive home visits appeared to reduce

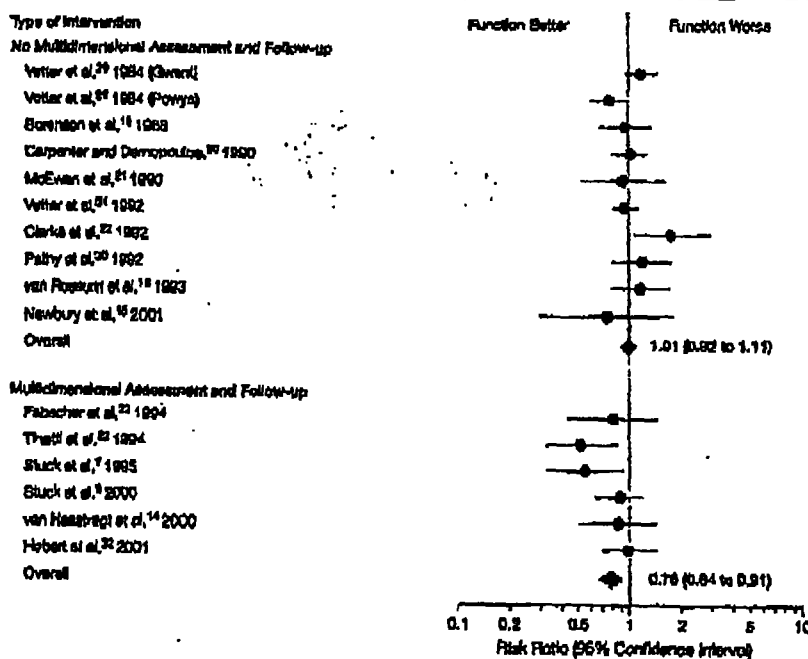
HOME VISITS TO PREVENT NURSING HOME ADMISSION

Figure 2. Effect of Preventive Home Visits on the Risk of Nursing Home Admission



Trials stratified by tertiles of the mean number of follow-up home visits.

Figure 3. Effect of Preventive Home Visits on Functional Impairment



Trials stratified by whether the intervention was based on multidimensional assessment with follow-up.

mortality, but results were again heterogeneous (Table 2). In meta-regression analysis, there was strong evidence ( $P=.004$ ) that the mean age of study participants was negatively associated with effects on mortality. Inter-trial variance was reduced from 0.021 to 0.003 when age was included in the model. Meta-analysis of trials stratified by tertiles of age is shown in FIGURE 4: the reduction of mortality diminishes as mean age approaches 80 years. The estimated reduction in mortality in the lowest tertile (mean age, 72.7-77.5 years) was 24% (RR, 0.76; 95% CI, 0.65-0.88) and the typical risk difference 4.1%, for a number needed to visit of 24.

Sensitivity Analysis

Results were not materially changed after the trial<sup>9</sup> whose results had influenced the formulation of study hypotheses was excluded. There was still evidence supporting the importance of the number of follow-up visits for the prevention of nursing home admissions ( $P=.02$ ), of multidimensional geriatric assessment with follow-up for the prevention of functional decline ( $P=.01$ ), and of age as an effect modifier for all-cause mortality ( $P=.03$ ). The RRs of nursing home admission (95% CIs) from meta-analysis of trials stratified by tertiles of the number of follow-up visits were 1.05 (0.85-1.30, lower tertile), 0.81 (0.66-0.99, middle tertile) and 0.66 (0.48-0.92, upper tertile). The RRs for functional status decline was 0.77 (0.62-0.95) if programs included multidimensional geriatric assessment with follow-up and 1.01 (0.92-1.11) if they did not. Finally, RRs for mortality from meta-analysis of trials stratified by tertiles of mean age were 0.76 (0.65-0.88, lower tertile), 0.97 (0.89-1.05, middle tertile), and 1.00 (0.83-1.21, upper tertile).

COMMENT

We hypothesized that preventive home visitation programs are effective if based on multidimensional geriatric assessment with extended follow-up and if offered to older persons with relatively good function at baseline. Based on a

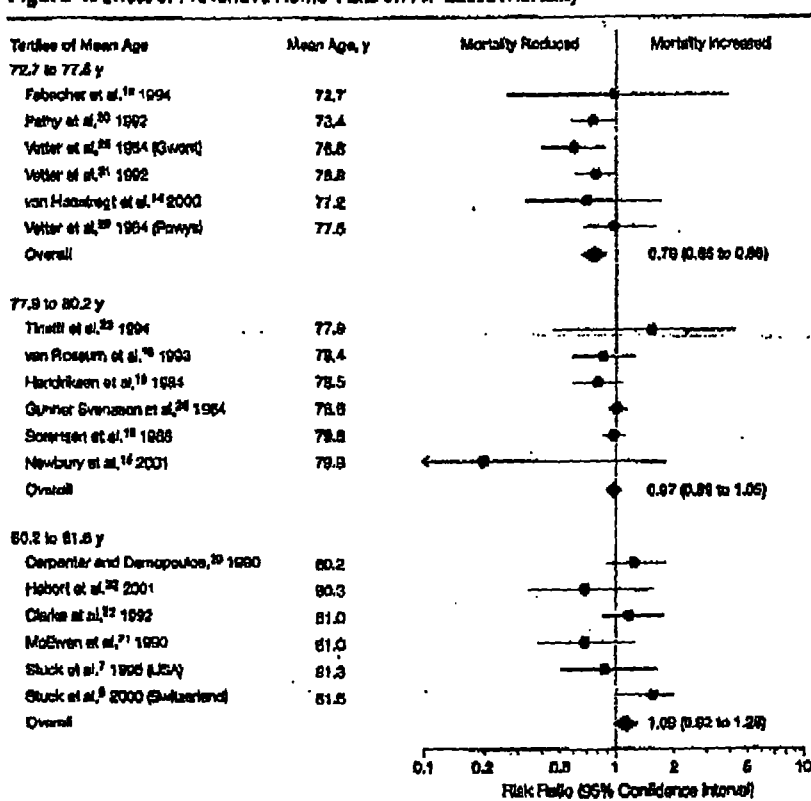
HOME VISITS TO PREVENT NURSING HOME ADMISSION

large number of trials, the findings from our meta-analysis support these hypotheses and indicate that preventive home visitation programs are effective only if interventions are based on multidimensional geriatric assessment, include multiple follow-up home visits, and target persons at lower risk for death and those who are relatively young.

Our results contrast with those of the recent review by Elkan et al.<sup>6</sup> Those authors reported favorable effects on mortality and nursing home admissions when combining all types of home-based programs but found no improvement in functional status, which is inconsistent with the rationale for home visits. The discrepant results may be explained by differences in the number and type of studies included. Elkan and colleagues' analysis combined trials of in-home preventive programs with trials of home-based care coordination programs for patients discharged from the hospital, whereas our analysis was restricted to trials of preventive home visitation programs. Furthermore, the authors did not include 4 recently published randomized trials<sup>9,14,15,32</sup> and included quasi-randomized studies. Finally, Elkan et al did not obtain additional information from the investigators,<sup>6</sup> which meant, for example, that their pooled analysis of functional status was based on 4 studies only, rather than the 16 trials included in our analysis, and that the power of detecting program effects and explaining heterogeneity was limited.

In our study, the use of multidimensional geriatric assessment and follow-up was the most important determinant of program effects on functional status outcomes. This finding is compatible with the concept that functional status decline can be delayed or prevented by periodic multidimensional evaluation for detection of modifiable risk factors and subsequent long-term intervention to modify these risk factors as well as to identify new risks. The result that a higher number of follow-up home visits was associated with a greater reduction of nursing home admissions is consistent with this concept.

Figure 4. Effect of Preventive Home Visits on All-Cause Mortality



Trials stratified by tertiles of mean age of the study population.

Favorable intervention effects on functional status were also related to a low underlying mortality rate of the study population, which is compatible with the hypothesis of better reversibility in the earlier stages of decline. Preventive programs reduced mortality in the younger study populations (mean age <80 years) but not in older populations, indicating that mortality risk was modifiable in the former group but not the latter. Further studies are required to determine whether, in very old populations, in-home prevention might affect disability-free survival without prolonging overall survival. It is noteworthy that the factors associated with effects on mortality differed from those predicting effects on functional status and nursing home admissions, which supports the notion that different processes of care are important in mortality and functional status outcomes.<sup>33</sup>

These results can be used to approximate the cost implications of preventive home visits. The lifetime costs for a person admitted to long-term care in a UK nursing home has been estimated as \$65 000 (£42 250).<sup>34</sup> We found that the number needed to visit to prevent 1 admission in programs with frequent follow-up visits is about 40. Therefore, programs with expenditures of less than \$1500 (£1000) per participant should reduce costs. Furthermore, costs are approximate and probably not linear over time. We found that preventive home visits required an initial investment of \$433 per person the first year to produce net savings of \$1403 per person annually in the third year.<sup>9</sup>

Our study has limitations because it was based on randomized controlled trials; the comparisons made in meta-regression analyses are observational. Meta-analytic subgroup analyses, like

## HOME VISITS TO PREVENT NURSING HOME ADMISSION

subgroup analyses within trials, are prone to bias and confounding and therefore need to be interpreted with caution.<sup>37,38</sup> Particular caution is required when the data inspire hypotheses. However, this problem is unlikely to have introduced bias in this study. Both hypotheses were defined a priori. The hypothesis regarding program characteristics was generated in a previous meta-analysis of a different set of trials of hospital-based interventions.<sup>3</sup> The other hypothesis was based on a planned subgroup analysis of a trial that was also included in the present study<sup>4</sup>; however, results were robust after the exclusion of this trial. Nevertheless, prospective validation of these results is warranted.

Our results have important policy implications. In countries with existing national programs of preventive home visits, the process and organization of these visits should be reconsidered according to the criteria identified in this meta-analysis. In the United States, a system for functional impairment risk identification and appropriate intervention to prevent or delay functional impairment should be considered. A variety of health maintenance organization programs specifically address the care needs of elderly patients.<sup>40</sup> In addition, an increasing number of chronic-disease management programs have been introduced.<sup>41-43</sup> Grafting the key concepts of home-based preventive care programs into these programs should be feasible as they continue to evolve and should be cost-effective. Identifying risks and dealing with them as an essential component of the care of older persons is central to reducing the emerging burden of disability and improving the quality of life in elderly people.

**Author Affiliations:** Department of Geriatrics and Rehabilitation, Spital Bern Ziegler, Bern, Switzerland (Dr Stuck and Mr Hammer); MRC Health Services Research Collaboration, Department of Social Medicine, University of Bristol, Bristol, England (Dr Egger); Department of Social and Preventive Medicine, University of Bern, Switzerland (Dr Minder); and University of California, Los Angeles School of Medicine (Dr Beck).

**Author Contributions:** Study concept and design: Stuck, Egger, Minder, Beck.  
Acquisition of data: Stuck, Hammer.

1028 JAMA, February 27, 2002—Vol 287, No. 8

**Analysis and Interpretation of data:** Stuck, Egger, Hammer, Minder, Beck.  
**Drafting of the manuscript:** Stuck, Egger, Beck.  
**Critical revision of the manuscript for important intellectual content:** Stuck, Egger, Hammer, Minder, Beck.  
**Statistical expertise:** Egger, Minder.  
**Obtained funding:** Stuck.  
**Administrative, technical, or material support:** Hammer, Beck.  
**Study supervision:** Stuck.  
**Funding/Support:** This project was supported by grants from the Swiss National Science Foundation (32-52804.97), the Swiss Federal Office for Education and Research (88W990311.1 and CLK6-CT-1999-02205), and the Swiss Foundation for Health Promotion (398).  
**Acknowledgment:** We would like to thank the authors who provided additional data and Gerhard Gilman, Eva Gerber, MD, Daniel Weyeremann, MD, and Jutta Walther, MD, for help with the literature search.

## REFERENCES

- Byles JE. A thorough going over evidence for health assessments for older persons. *Aust N Z J Public Health*. 2000;24:117-123.
- Verbrugge LM, Jette AM. The disablement process. *Soc Sci Med*. 1994;38:1-14.
- Stuck AE, Su AL, Wickard OD, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment. *Lancet*. 1993;342:1032-1036.
- Bian R, Kendrick D, Dewey M, et al. Effectiveness of home-based support for older people. *BMJ*. 2001;323:719-724.
- Egger M. Commentaries: when, where, and why do preventive home visits work? *BMJ*. 2001;323:724-725.
- van Haastregt JCM, Diederiks JPM, van Rossum E, de Witte LP, Crebolder HFJM. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *BMJ*. 2000;320:754-758.
- Stuck AE, Aronow HU, Steiner A, et al. A trial of annual comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community. *N Engl J Med*. 1999;339:1184-1189.
- Sula CJ, Berod AC, Stuck AE, et al. Effectiveness of preventive in-home geriatric assessment in well-functioning community-dwelling older people. *J Am Geriatr Soc*. 1999;47:389-395.
- Stuck AE, Minder CE, Peter-Wuest J, et al. A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and at high risk for nursing home admission. *Arch Intern Med*. 2000;160:977-986.
- Alessi CA, Stuck AE, Aronow HU, et al. The process of care in preventive in-home comprehensive geriatric assessment. *J Am Geriatr Soc*. 1997;45:1044-1050.
- Consensus Development Panel. National Institutes of Health Consensus Development Conference statement: geriatric assessment methods for clinical decision making. *J Am Geriatr Soc*. 1988;36:342-347.
- Manton KG, Gu X. Changes in the prevalence of chronic disability in the United States black and non-black population above age 65 from 1982 to 1999. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2001;98:6354-6359.
- Febachar D, Josephson K, Pkhruska F, et al. An in-home preventive assessment program for independent older adults. *J Am Geriatr Soc*. 1994;42:630-638.
- van Haastregt JCM, Diederiks JPM, van Rossum E, et al. Effects of a programme of multifactorial home visits on falls and mobility impairments in elderly people at risk. *BMJ*. 2000;321:994-998.
- Newbury JW, Masley JE, Beilby JJ. A randomized controlled trial of the outcome of health assessment of people aged 75 years and over. *Med J Aust*. 2001;175:104-107.
- van Rossum E, Frederiks CMA, Philipsen H, et al. Effects of preventive home visits to elderly people. *BMJ*. 1993;307:27-32.
- Hasselblad V, Hedges LV. Meta-analysis of diagnostic and screening tests. *Psychol Bull*. 1995;117:167-178.
- Hendrikse C, Lund E, Stromgard E. Consequences of assessment and intervention among elderly people. *BMJ*. 1984;289:1522-1524.
- Sorenson KH, Siversten J. Follow-up three years after intervention to relieve medical and social needs of old people. *Compr Gerontol*. 1988;2:85-91.
- Carpenter GI, Demopoulos GR. Screening the elderly in the community. *BMJ*. 1990;300:1253-1256.
- McEwan RT, Davison N, Forster DP, Pearson P, Strling E. Screening elderly people in primary care. *Br J Gen Pract*. 1990;40:94-97.
- Clarke M, Clarke SJ, Jagger C. Social intervention and the elderly. *Am J Epidemiol*. 1991;136:1517-1523.
- Timothy AE, Baker DL, McAvay G, et al. A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. *N Engl J Med*. 1994;331:821-827.
- Juni P, Altman DG, Egger M. Assessing the quality of controlled clinical trials. *BMJ*. 2001;323:42-46.
- Deeks JJ, Altman DG, Bradburn MJ. Statistical methods for examining heterogeneity and combining results from several studies in meta-analysis. In: Egger M, Smith DG, Altman DG, eds. *Systematic Reviews in Health Care: Meta-Analysis in Context*. London, England: BMJ Books; 2001:285-312.
- Thompson SG, Sharp SJ. Explaining heterogeneity in meta-analysis. *Stat Med*. 1999;18:2693-2708.
- Egger M, Davey Smith G, Schneider M, Minder CE. Bias in meta-analysis detected by a simple graphical test. *BMJ*. 1997;315:629-634.
- Gunnar-Svensson F, Ipsen J, Olsen J, Waldstrom B. Prevention of relocation of the aged in nursing homes. *Scand J Prim Health Care*. 1984;2:49-56.
- Vetter NJ, Jones DA, Victor CR. Effect of health visitors working with elderly patients in general practice. *BMJ*. 1984;289:369-372.
- Pathy MSJ, Bayer A, Harding K, Dibble A. Randomized trial of case finding and surveillance of elderly people at home. *Lancet*. 1992;340:890-893.
- Vetter NJ, Lewis PA, Ford D. Can health visitors prevent fractures in elderly people? *BMJ*. 1992;304:888-890.
- Habert R, Robichaud L, Roy PM, Bravo G, Voyer L. Efficacy of a nurse-led multidimensional preventive programme for older people at risk of functional decline. *Age Ageing*. 2001;30:147-153.
- Eriksson BG, Melstrom D, Svanborg A. Medical-social intervention in a 70-year-old Swedish population. *Compr Gerontol*. 1987;1:49-56.
- Ro O, Hjort P. Interventional research in primary health care for the elderly. *Scand J Prim Health Care*. 1985;3:133-135.
- Hannan EL, Magaziner JJ, Wang JJ, et al. Mortality and locomotion 6 months after hospitalization for hip fracture. *JAMA*. 2001;285:2736-2742.
- Dickinson E. Long term care of older people. *BMJ*. 1996;312:862-863.
- Assmann SF, Pocock SJ, Enos LE, Kasten LE. Subgroup analysis and other misuses of baseline data in clinical trials. *Lancet*. 2000;355:1064-1069.
- Thompson SG. Why sources of heterogeneity in meta-analysis should be investigated. *BMJ*. 1994;309:1251-1255.
- Lau J, Ioannidis JPA, Schmid CH. Summing up evidence. *Lancet*. 1998;351:123-127.
- Wagner EH. The promise and performance of HMOs in improving outcomes in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 1996;44:1251-1257.
- Wagner EH. Meeting the needs of chronically ill people. *BMJ*. 2001;323:945-946.
- Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, et al. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *N Coram J Qual Improv*. 2001;27:63-69.
- Leville SG, Wagner EH, Davis C, et al. Preventing disability and managing chronic illness in frail older adults. *J Am Geriatr Soc*. 1998;46:1191-1198.



Folketingets Socialudvalg

Departementet  
Holmens Kanal 22  
1060 København K

Tlf. 3392 9300  
Fax. 3393 2518  
E-mail sm@sm.dk

Dato: - 7 DEC. 2004

/CBP J.nr. 20-889

Under henvisning til Folketingets Socialudvalgs brev af 19. november følger hermed – i 5 eksemplarer – socialministerens svar på L 55 - Spørgsmål 12 (SOU).

---

**Spørgsmål 12 - til L 55:**

”Ministeren bedes kommentere henvendelsen af 30. november 2004 fra Landsforeningen for ansatte i sundhedsfremmende forebyggende hjemmebesøg. Jf. L 55 bilag 7”

**Svar:**

Indledningsvist vil jeg gerne slå fast, at formålet med lovforslaget ikke er at skære ned på kommunernes forebyggelsesindsats eller at fratage svage ældre ydelser, de kan have særlig gavn af. Tværtimod. Det jeg ønsker med lovforslaget er, at give kommunerne mulighed for at målrette og tilpasse den lokale forebyggelsesindsats, således at den gavner både de forholdsvist friske ældre og de mere svækkede ældre. Det forudsætter, at kommunerne får mulighed for at prioritere den individuelle indsats på en måde, som passer bedst med kommunens øvrige indsats på området.

Baggrunden for forslaget er, at kommunerne i de seneste år har efterspurgt større mulighed for at prioritere de forebyggende hjemmebesøg overfor de ældre, hvor forebyggelseeffekten erfaringsmæssigt er størst. Som tidligere nævnt i mine svar til L 55 har de svageste ældre ikke samme udbytte af et forebyggende hjemmebesøg, som andre ældre. Desuden siger langt størstedelen af denne gruppe nej tak til tilbudet, fordi de allerede er i tæt kontakt med kommunen. Dette fremgår af høringssvar fra KL og fra Landsforeningen af ansatte for sundhedsfremmende og forebyggende hjemmebesøg.

Mange kommuner overvejer derfor, hvordan de ressourcer, der bruges på administration af ordningen overfor ældre, som ikke ønsker, eller ikke har gavn af ordningen, kan omlægges til andre og mere målrettede forebyggende aktiviteter. Det må derfor forventes, at de kommuner, som overvejer at ændre i lovens målgruppe, også fastlægger en strategi for, hvordan de bedre kan målrette indsatsen overfor de ældre, som undtages fra ordningen.

I sammenhæng med ovenstående, fremstår henvendelsen fra Landsforeningen af ansatte for sundhedsfremmende og forebyggende hjemmebesøg (SFH) netop som et eksempel på, hvordan de forebyggende hjemmebesøg *ikke i tilstrækkelig grad* lever op til formålet om at forebygge tab af funktionsevnen m.v. SFH beskriver en række eksempler på, hvordan det forebyggende hjemmebesøg kan gives til ældre, som modtager personlig og praktisk hjælp. Eksemplerne illustrerer alle tilfælde, hvor det forebyggende hjemmebesøg fører til en revisitation af den ældre med henblik på at afhjælpe dennes nedsatte funktionsevne. De enkelte cases fremstår således som eksempler på, hvordan det forebyggende personale primært fokuserer på problemer, som også burde kunne opfanges via den nødvendige revisitation af den enkelte borger. Det skyldes, at personalet i SFH's eksempler primært fokuserer på at *afhjælpe nuværende funktionstab*, via tildeling af ydelser, som fx kost- eller træningstilbud. Det er imidlertid vanskeligt at vurdere, i hvor høj grad denne type hjemmebesøg fører til en decideret *forebyggelse af yderligere funktionstab*. Det er dermed også vanskeligt at vurdere, i hvor høj grad de pågældende eksempler illustrerer, hvad der ideelt set bør være hensigten med et forebyggende hjemmebesøg.

Et centralt formål med de forebyggende hjemmebesøg er at hjælpe den enkelte borger til at benytte sine egne ressourcer til at forebygge kommende funktionsnedsættelser og deraf følgende behov for personlig og praktisk hjælp m.v. Forskningen viser i den forbindelse, at forebyggende hjemmebesøg har en signifikant effekt på mindre svækkede ældre, fordi disse ældre endnu selv har ressourcer, som de kan anvende/aktivere med henblik på at forebygge/udsætte kommende funktionstab.

De ældre, som allerede har fået personlig og praktisk hjælp, har imidlertid ikke så høj gavn af de forebyggende hjemmebesøg. Det skyldes som nævnt, at de forebyggende hjemmebesøg især kan bruges til at fokusere på de ældres egne ressourcer i samspil med mere langsigtede forebyggelsesstrategier. Endvidere foretages der ikke så tæt opfølgning via hjemmebesøgene, som der erfaringsmæssigt er brug for overfor svækkede ældre. Svækkede ældre har derfor i langt højere grad brug for et tværfaglig kvalificeret behandlings-, rehabiliterings- og plejetilbud, hvor man i højere grad tager udgangspunkt i de behov for hjælp, den ældre har som følge af aktuelle funktionstab. Dette kan så medføre tildeling af en række forebyggelses- og behandlingsydelser i stil med de ydelser, der beskrives i eksemplerne fra SFH. Her kan kommunerne vælge at kombinere ydelserne med eksempelvis tæt månedsvis opfølg-

ning for at sikre, at den ældre stadig har gavn af hjælpemidlet og ikke har glemte de aftaler, der fx er indgået om kostplaner, træning i hjemmet osv.

I den forbindelse er det centralt, at visitationspersonalet såvel som plejepersonalet oftere er i kontakt med ældre, som modtager personlig og praktisk hjælp, end det personale, som udfører forebyggende hjemmebesøg. Svækkede ældre får således besøg af plejepersonalet flere gange om ugen, og hvis der sker løbende ændringer i de ældres behov, får de besøg af visitatoren 2-4 gange årligt. Personalet i hjemmeplejen har således som udgangspunkt langt bedre forudsætninger for at kende den ældre og for at opbygge et personligt tillidsforhold til den ældre, end det personale, som 1-2 gange årligt udfører forebyggende hjemmebesøg.

Jeg kan i den forbindelse henvise til Greve Kommune, som deltager i socialministeriets *Følgegruppe til lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre m.v.* Greve Kommune har oplyst, at de netop tilrettelægger plejen af de ældre i overensstemmelse med ovenstående eksempler på visitationspraksis m.v. Desuden er Greve Kommune en af de kommuner som arbejder med, hvordan man bedst kan indarbejde forebyggende og sundhedsfremmende tiltag i den daglige indsats overfor de svage ældre.

Afslutningsvis vil jeg gerne kommentere case nr. 1, der omhandler besøget hos Fru Hawabsky. Jeg vil gerne understrege, at der med lovforslaget er tale om en præcisering af, at kommunen skal sikre, at den ældre bliver bekendt med, at tilbudet eksisterer, og at borgeren forstår, hvad det indebærer, herunder hvordan man skal forholde sig for at få konkret besøg. Da Socialministeriet i 2002 undersøgte kommunernes formidling af ordningen til ældre, viste undersøgelsen (Ankestyrelsen december 2002), at i alt 267 kommuner kontaktede de ældre med et brev, som oplyste om indhold og formål med de forebyggende hjemmebesøg. Derudover supplerede over halvdelen af kommunerne med andre former for kontakt og information, fx via personlig kontakt til den ældre om ordningen. Det fremgik også, at hovedparten af kommunerne på daværende tidspunkt sendte breve ud, hvori kommunen selv foreslog dato og tidspunkt for hjemmebesøget.

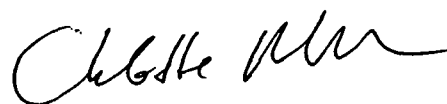
Det skal i den forbindelse tilføjes, at de tilfælde, hvor kommunerne valgte at gøre besøget afhængigt af, om de ældre selv reagerede på brevets tilbud, oftest var dér, hvor den ældre i en længere periode havde sagt tak nej til det forebyggende hjemmebesøg. Det er vigtigt at være opmærksom på, at det ikke er alle borgere, som ønsker at modtage de forebyggende hjemmebesøg. Det er derfor vigtigt, at disse borgere ikke får en oplevelse af, at kommunen påtvinger dem et hjemmebesøg ved konsekvent at fastlægge dato og tidspunkt, inden borgeren har sagt ja til tilbudet.

Endelig kan jeg oplyse, at Socialministeriet har igangsat et projekt i samarbejde med KL, som skal styrke kommunernes forebyggende indsats overfor

ældre med anden etnisk baggrund end dansk. Projektet, der er et led i regeringens indsats for bedre integration, fokuserer bl.a. på, hvordan de forebyggende hjemmebesøg kan styrke indsatsen overfor etniske ældre, der erfaringsmæssigt oplever betydelige funktionstab langt tidligere end andre borgere. I den forbindelse skal 5 kommuner afprøve en model, hvor ældre etniske minoriteter får forebyggende hjemmebesøg allerede fra de er 65 år. Projektet er et eksempel på, hvordan kommunerne kan vælge at anvende de forebyggende hjemmebesøg fleksibelt i forhold til, hvilken målgruppe indsatsen retter sig mod. Det centrale i denne sammenhæng er, at indsatsen tilrettelægges individuelt med udgangspunkt i de behov, som er karakteristiske for de enkelte målgrupper.



Eva Kjer Hansen



/Charlotte Markussen



Socialudvalget  
L 55 – svar på spm. 11  
Offentlig

MODTAGE

- 6 DEC. 2004  
/S.46

Den Centrale Indlevering



SOCIALMINISTERIET

Folketingets Socialudvalg

Departementet  
Holmens Kanal 22  
1060 København K

Dato: - 6 DEC. 2004

Tlf. 3392 9300  
Fax. 3393 2518  
E-mail sm@sm.dk

/CBP J.nr. 20-889

Under henvisning til Folketingets Socialudvalgs brev af 19. november følger hermed – i 5 eksemplarer – socialministerens svar på L 55 - Spørgsmål 11 (SOU).

#### Spørgsmål 11 - til L 55:

”Ministeren bedes kommentere henvendelsen af 30. november 2004 fra Landsforeningen for ansatte i sundhedsfremmende forebyggende hjemmebesøg. Jf. L 55 bilag 5?”

#### Svar:

Landsforeningen af ansatte for sundhedsfremmende og forebyggende hjemmebesøg (SFH) fremfører i sin henvendelse til socialudvalget 3 synspunkter, som jeg i det følgende vil kommentere.

Indledningsvist påpeger SFH, at de skrøbeligste ældre med lovforslaget ikke længere får mulighed for at få forebyggende hjemmebesøg. Foreningen ønsker i den forbindelse at præsentere en række konkrete praksis eksempler på dette. Eksemplerne er dog endnu ikke fremsendt, og jeg kan derfor ikke kommentere disse. Jeg vil imidlertid gerne gentage mit budskab om, at formålet med lovforslaget først og fremmest er at give kommunerne en bedre mulighed for at målrette indsatsen mod de borgere, der har størst gavn af ordningen. Mange udenlandske undersøgelser tyder således på, at ældre svækkede mennesker ikke har samme gavn af forebyggende hjemmebesøg, som de ældre, der er forholdsvist friske. Der er ikke noget som tyder på, at dette skulle være anderledes i Danmark, jvf. igangværende dansk forskning på området. Konklusionerne peger således på, at svækkede ældre mennesker i langt højere grad har brug for et tværfaglig kvalificeret behandlings-, rehabiliterings- og plejetilbud, end de har brug for forebyggende hjemmebesøg.

Det er også vigtigt at gentage, at selvom kommunalbestyrelsen har valgt at undtage denne gruppe fra de generelle tilbud om forebyggende hjemmebesøg, kan myndigheden fortsat vælge at tilbyde et forebyggende hjemmebesøg til en borger, som er undtaget fra besøgsordningen. Dette kan fx ske,

hvis det ved (re)visiteringen af den personlige og praktiske hjælp viser sig, at det vil være relevant for den pågældende borger at få et tilbud om et forebyggende hjemmebesøg.

Desuden har kommunalbestyrelsen fortsat en række forpligtelser - også af forebyggelsesmæssig karakter - overfor borgere, som ikke har ret til forebyggende hjemmebesøg. Jeg skal i den forbindelse henvise til mine svar på spørgsmål 1-4 og 7-9 til L 55.

Som det fremgår af mit svar på spørgsmål 9, har KL oplyst, at ca. 1/3 af kommunerne i dag overvejer, hvordan der alternativt kan sættes fokus på aktivering og vedligeholdelse af funktionsniveauer hos de svageste borgere. Det vil sige, at kommunerne overvejer, hvordan de aktuelle ressourcer kan omlægges til andre forebyggende aktiviteter på ældreområdet. Disse overvejelser vil formentlig blive styrket i lyset af, at den kommende kommunalreform netop vil øge kommunernes økonomiske incitament og ansvar for forebyggelsesindsatsen generelt. Hvis nærværende lovforslag vedtages, vil jeg som nævnt i mit svar på spørgsmål 2 til L 55 iværksætte en undersøgelse af kommunernes forebyggelsesindsats på ældreområdet. I den forbindelse forventer jeg, at kommunernes overvejelser og strategier vedr. forebyggelsesindsatsen overfor de svageste ældre vil fremgå af undersøgelsen.

SFH skriver endvidere, at lovforslaget gør det muligt for kommunerne selv at bestemme, hvordan de vil informere de ældre om de forebyggende hjemmebesøg. I den forbindelse vil jeg gerne understrege, at der med lovforslaget ikke er tale om indførelse af nye regler om informationspligten, men at der alene er tale om en præcisering af gældende ret. Som det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, skal ældre borgere have stillet tilbudet om 2 årlige hjemmebesøg til rådighed. Det er kommunerne selv, som skal tage stilling til, hvor ofte borgeren skal kontaktes, og hvilken kontaktform kommunen vil benytte sig af. Det præciseres dog samtidig, at det ikke er tilstrækkeligt blot at oplyse generelt om tilbudet. Det er også vigtigt, at kommunen sikrer, at den ældre bliver bekendt med, at tilbudet eksisterer, og at borgeren forstår, hvad det indebærer, herunder hvordan man skal forholde sig for at få konkret besøg.

Endelig påpeger SFH, at der er behov for løbende at uddanne det personale, som udfører det forebyggende hjemmebesøg. Dette er jeg meget enig i. Som det fremgår af mit svar på spørgsmål 6 til L55, er det vigtigt, at forebyggende hjemmebesøg varetages af personer, som har kendskab til sociale og sundhedsmæssige forhold i bred forstand. Det er bl.a. væsentligt, at personalet er godt orienteret om bl.a. kommunens sociale tilbud og om andre aktivitets- og samværsmuligheder m.v. Jeg skal i den forbindelse henvise til, at SFH jo netop udbyder efteruddannelseskurser til det personale, der foretager forebyggende hjemmebesøg. Endvidere har jeg kendskab til en række andre kommuner, som sørger for løbende at undervise sit forebyggende personale i forskellige aspekter af den forebyggende indsats. Endelig er Socialministeri-

et netop ved at iværksætte et efteruddannelsesstilbud, som omfatter ca. 600 pladser til det personale, som tilbyder forebyggende hjemmebesøg. Efteruddannelse skal medvirke til at give et kompetenceløft i forhold til personalets møde med mennesker med demens og deres pårørende. Kurset skal bl.a. give vejledning i, hvordan man kan håndtere aflastnings- og adfærdsproblemer blandt demente og deres familier.



Eva Kjer Hansen



/Charlotte Markussen

Socialudvalget  
L 55 - svar på spm. 10  
Offentlig



SOCIALMINISTERIET

Folketingets Socialudvalg

MODTAGET  
- 6 DEC. 2004  
15.40  
Den Centrale Indlevering

Departementet  
Holmens Kanal 22  
1060 København K

Tlf. 3392 9300  
Fax. 3393 2518  
E-mail sm@sm.dk

KAH/CBP J.nr. 20-889

Dato: - 6 DEC. 2004

Under henvisning til Folketingets Socialudvalgs brev af 19. november følger hermed - i 5 eksemplarer - socialministerens svar på L 55 - Spørgsmål 10 (SOU).

#### Spørgsmål 10 - til L 55:

Ministeren bedes oplyse, hvor mange penge Hvidovre Kommune, siden vedtagelsen af lov nr. 1117 af 20. december 1995, er blevet bevilliget til forebyggende hjemmebesøg samt hvor stor en del af disse midler, der reelt er blevet brugt til forebyggende hjemmebesøg."

#### Svar:

I 2004 blev landets kommuner over det kommunale bloktilskud bevilliget 115 mio. kr. som følge af lov nr. 1117 af 20. december 1995.

Hvidovre Kommunes andel af det samlede beskatningsgrundlag udgør knap 1 pct. Hvidovre Kommune skønnes derfor at have fået 1,1 mio. kr. i 2004 som følge af loven.

I nedenstående tabel er det antaget, at Hvidovre Kommunes andel af beskatningsgrundlaget ikke har ændret sig i perioden.

Tabel 1. Udviklingen i bloktilskud til og registrerede udgifter for forebyggende hjemmebesøg for Hvidovre kommune i perioden 1996 til 2003

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Hvidovres andel af bloktilskuddet	0,3	0,6	0,8	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
Regnskabstal for Hvidovre Kommune konto 5.32.05				1,1	1,1	1,2	1,2	3,0

Udover Hvidovre Kommunes andel af bloktilskuddet, viser tabellen regnskabstallet for gruppering 5.32.05 forebyggende hjemmebesøg. Kommunerne har ikke registreret udgifter på denne gruppering før 1999. Det ses dog af tabellen, at Hvidovre Kommune har registreret en stabil udvikling i udgifterne frem til 2003, hvor udgifterne er steget voldsomt.

Hvidovre Kommune har oplyst Socialministeriet, at kommunen anvender ca. 1,2 mio. kr. om året på forebyggende hjemmebesøg. Årsagen til at man i 2003 har angivet et forbrug på 3 mio. kr. er, at kontoen nu også omfatter andre udgifter til udgående teams på ældreområdet, fx indsatser på bolig-, hjemmesygepleje- og hjælpemiddelområdet.

Hvidovre Kommune har endvidere oplyst, at de to lovpligtige besøg til ældre over 75 år i dag suppleres med tilbud om et ekstra forebyggende besøg i tilfælde af tab af ægtefælle eller barn mv. Endvidere overvejer kommunen fremover at arrangere særlige temadage om forebyggelse, som retter sig mod alle ældre. Temadagene skal fx fokusere på emner som faldulykker og diabetes mv. Desuden er visitationsenheden i kommunen blevet pålagt at være opmærksomme på ekstra behov for forebyggende hjemmebesøg i den generelle behovsvurdering af borgeren.

  
Eva Kjer Hansen

  
/Birgitte Olesen



MODTAGET

30 NOV 2004

11/5

Den Centrale Indlevering

Folketingets Socialudvalg

Departementet  
Holmens Kanal 22  
1060 København K

Dato: **29 NOV. 2004**

Tlf. 3392 9300  
Fax. 3393 2518  
E-mail sm@sm.dk

CHS/CBP J.nr. 20-889

Under henvisning til Folketingets Socialudvalgs brev af 19. november følger hermed – i 5 eksemplarer – socialministerens svar på L 55 - Spørgsmål 9 (SOU).

---

**Spørgsmål 9 - til L 55:**

”Hvordan vil ministeren sikre, at de ældre i forbindelse med ændringen af loven får den forebyggende samtale, og at der stilles spørgsmål, som den eksisterende lov sikrer i dag?”

**Svar:**

Formålet med lovforslaget er som tidligere nævnt at give kommunerne en bedre mulighed for fleksibel tilrettelæggelse af ordningen med de forebyggende hjemmebesøg, således at kommunerne i større omfang kan målrette indsatsen mod de borgere, der har størst gavn af ordningen.

Derfor giver lovforslaget mulighed for, at kommunalbestyrelsen kan undtage den gruppe af borgere over 75 år, som i forvejen modtager personlig og praktisk hjælp efter servicelovens § 71, og som derfor er i hyppig kontakt med den kommunale ældrepleje.

Da formålet netop er at give kommunalbestyrelsen mulighed for at differentiere målgruppen, giver det ingen mening, hvis der fra centralt hold samtidig stilles krav om, at alle ældre sikres en forebyggende samtale i den form, som den nuværende ordning indebærer.

Det er vigtigt at understrege, at det er frivilligt for kommunalbestyrelsen, om den vil vælge at undtage modtagere af personlig og praktisk hjælp fra besøgsordningen. Og selvom kommunalbestyrelsen har valgt at undtage denne gruppe, kan myndigheden fortsat vælge at tilbyde et forebyggende hjemmebesøg til en borger, som er undtaget fra besøgsordningen. Dette kan fx ske, hvis det ved (re)visiteringen af den personlige og praktiske hjælp viser sig, at det vil være relevant for den pågældende borger at få et tilbud om et forebyggende hjemmebesøg.

Hvis en kommunalbestyrelse vælger at undtage modtagere af personlig og praktisk hjælp fra besøgsordningen, har de imidlertid også mulighed for at afvise individuelle forespørgsler om forebyggende hjemmebesøg, hvis den pågældende borger tilhører den persongruppe, som kommunen har valgt at undtage fra ordningen.

Det er imidlertid vigtigt at understrege, at kommunalbestyrelsen fortsat har en række forpligtelser - også af forebyggelsesmæssig karakter - overfor borgere, som ikke har ret til forebyggende hjemmebesøg. Det følger af bl.a. bestemmelserne i servicelovens § 3, hvoraf det fremgår, at kommunalbestyrelsen skal tilbyde gratis rådgivning til de borgere, som har behov herfor. Formålet med rådgivningen er bl.a. at forebygge sociale problemer og på længere sigt at sætte borgeren i stand til at løse opståede problemer ved egen hjælp.

Endvidere er kommunen ifølge § 113 forpligtet til at følge op på de enkelte sager for at sikre sig, at hjælpen fortsat opfylder sit mål. Kommunen skal herunder være opmærksom på, om der er behov for at yde andre former for hjælp. Opfølgningen skal, i lighed med præmisserne for de forebyggende hjemmebesøg, ske ud fra modtagerens forudsætninger og så vidt muligt i samarbejde med denne. Ved (re)visitationen af den personlige og praktiske hjælp vil kommunen således også skulle være opmærksom på, om der kan være behov for eksempelvis genoptræning eller vedligeholdelsestræning, som fx kan være med til at forebygge faldulykker.

Visitatoren kan også vurdere, om der i kommunen er tilbud efter § 65 om aktiverende eller forebyggende tilbud, som kan imødekomme borgerens eventuelle behov for at deltage i fritidsaktiviteter eller danne nye sociale netværk m.v. I den forbindelse vil det i øvrigt også være naturligt at henvise til de aktiviteter, som der kan være tilgængelige via frivillige organisationer i den pågældende kommune. Dette kan fx være tilbud om ældreidræt eller om samtalegrupper for pårørende til demente eller ældre, som har mistet en ægtefælle m.v.

Der henvises også til mine svar på spørgsmål 1-4 og 7-8.

  
Eva Kjer Hansen

  
/Charlotte Markussen



SOCIALMINISTERIET

MODTAGET

30 NOV 2004

11.13  
Den Centrale Indlevering

Folketingets Socialudvalg

Departementet  
Holmens Kanal 22  
1060 København K

Tlf. 3392 9300  
Fax. 3393 2518  
E-mail sm@sm.dk

CBP/ J.nr. 20-889

Dato: **29 NOV. 2004**

Under henvisning til Folketingets Socialudvalgs brev af 19. november følger hermed – i 5 eksemplarer – socialministerens svar på L 55 - Spørgsmål 8 (SOU).

**L 55 - Spørgsmål 8:**

”Vil ministeren sikre, at plejepersonalet, der kommer i de ældres hjem, får pligt til at oplyse om, at der findes et tilbud om forebyggende hjemmebesøg, som den ældre kan vælge at modtage?”

**Svar:**

Kommunalbestyrelsen er som nævnt forpligtet til ud fra en samlet helheds-vurdering at tildele borgeren de ydelser, der er behov for. Dette forudsætter også, at kommunalbestyrelsen sørger for, at det udførende plejepersonale er i stand til at varetage sin forpligtelse til at kontakte den kommunale myndighed, hvis der opstår ændringer i den ældres behov for hjælp. Myndigheden vil således, via plejepersonalets/leverandørens tilbagemeldinger, få et grundlag for at vurdere, om der er behov for at yde andre former for hjælp, herunder tilbud om et særligt forebyggende tiltag eller evt. et forebyggende hjemmebesøg.

Der henvises også til mine svar på spørgsmål 1 – 4, 7 og 9.

  
Eva Kjer Hansen

  
/Charlotte Markussen



MODTAGE

30 NOV. 2004

11/15

Den Centrale Indlevering

Socialudvalget  
SOU L 55 – svar på spm.

Offentlig



SOCIALMINISTERIET

Folketingets Socialudvalg

Departementet  
Holmens Kanal 22  
1060 København K

Dato: **29 NOV. 2004**

Tlf. 3392 9300  
Fax. 3393 2518  
E-mail sm@sm.dk

CBP/ J.nr. 20-889

Under henvisning til Folketingets Socialudvalgs brev af 19. november følger hermed – i 5 eksemplarer – socialministerens svar på L 55 - Spørgsmål 7 (SOU).

---

**L 55 - Spørgsmål 7:**

”Hvordan vil ministeren sikre, at personale ansat i hjemmeplejen bliver opmærksomme på, at de har mulighed for at hidkalde personale, der er uddannet specifikt til at lave forebyggende hjemmebesøg, således at ældre over 75 år, der i forvejen modtager hjælp, kan få tilbud om forebyggende hjemmebesøg?”

**Svar:**

Som jeg tidligere har understreget, ændrer lovforslaget ikke på kommunalbestyrelsens forpligtelse til ud fra en samlet helhedsvurdering at tildele borgeren de ydelser, der er behov for, herunder også bestemte forebyggende tiltag.

Der gøres i den forbindelse opmærksom på, at det er den kommunale myndighed og ikke plejepersonalet, der har kompetence til at visitere den enkelte ældre til konkrete ydelser. Plejepersonalet har en forpligtelse til at være opmærksom på ændringer i modtagerens behov, og til at kontakte den kommunale myndighed, hvis der opstår sådanne ændringer. Myndigheden vil således, via plejepersonalets tilbagemeldinger, få et grundlag for at vurdere, om der er behov for at yde andre former for hjælp, herunder tilbud om særlige forebyggende tiltag.

Dette forudsætter, at kommunalbestyrelsen sørger for, at det udførende plejepersonale er i stand til at varetage sin forpligtelse til at kontakte den kommunale myndighed, hvis der opstår ændringer i den ældres behov for hjælp.

Der henvises også til mine svar på spørgsmål 1-4 samt 8-9.

  
Eva Kjer Hansen

  
/Charlotte Markussen



MODTAGET

30 NOV. 2004

1115  
Den Centrale Indlevering

Folketingets Socialudvalg

Departementet  
Holmens Kanal 22  
1060 København K

Tlf. 3392 9300  
Fax. 3393 2518  
E-mail sm@sm.dk

CBP/ J.nr. 20-889

Dato: **29 NOV. 2004**

Under henvisning til Folketingets Socialudvalgs brev af 19. november følger hermed – i 5 eksemplarer – socialministerens svar på L 55 - Spørgsmål 6 (SOU).

---

**L 55 - Spørgsmål 6:**

”Kan ministeren bekræfte, at samtaler i forbindelse med forebyggende hjemmebesøg skal varetages af veluddannet personale jf. bemærkningerne til § 1 i lov om forebyggende hjemmebesøg nr. 1117 af 20. december 1995, og er ministeren enig i, at det også skal være tilfældet i den nye lov? Vil ministeren endvidere sikre, at dette præciseres i forbindelse med lovforslaget?”

**Svar:**

Det fremgår af de bemærkninger, som spørgeren henviser til i tilknytning til § 1 i lov om forebyggende hjemmebesøg nr. 1117 af 20. december 1995, at ”samtalerne ved de forebyggende hjemmebesøg bør varetages af en person, som har grundigt kendskab til såvel sociale som sundhedsmæssige forhold i bred forstand”.

Af Vejledning om sociale tilbud til ældre m.fl. (1998) fremgår hvorfor, dette er vigtigt. De forebyggende hjemmebesøg skal indeholde en helhedsorienteret samtale, hvor den ældres forhold i al almindelighed gennemgås og eventuelle spørgsmål drøftes. Samtalerne kan fx omhandle dagligdag, trivsel, socialt netværk, bolig, økonomi, sundhedstilstand m.v. På baggrund af samtalen skal der henvises til forskellige forebyggende og aktiverende tilbud, som findes i kommunen, og er tilrettelagt af frivillige organisationer m.v. eller af kommunen selv. Efter behov kan der endvidere vejledes om andre relevante sociale eller sundhedstilbud, boligtilbud mv.

For at opfylde formålet med besøgene er det derfor vigtigt, at de varetages af personer, som har kendskab til sociale og sundhedsmæssige forhold i bred forstand. Det er væsentligt, at personalet er godt orienteret om bl.a. kommunens sociale tilbud og om andre aktivitets- og samværsmuligheder m.v.

Ovenstående understreges af, at det netop er blevet dokumenteret, at uddannelse af det personale, der foretager besøgene, har en signifikant betydning for effekten af hjemmebesøgene. Undersøgelsen er foretaget af Institut for Folkesundhedsvidenskab og er et delresultat fra et større evalueringsprojekt om de forebyggende hjemmebesøg, som Socialministeriet har finansieret.

Når præciseringen af personalets uddannelse ikke er medtaget i det foreliggende lovforslags bemærkninger skyldes det, at bemærkningerne til Lov om forebyggende hjemmebesøg nr. 1117 af 20. december 1995, stadig er gældende for fortolkning af loven, for så vidt angår § 1 stk. 1 og til dels også for stk. 2. De specielle bemærkninger til det foreliggende lovforslag retter sig således udelukkende mod de ændringer, som foretages med det nye lovforslag. Lovforslaget omfatter som bekendt ikke indholdet i og tilrettelæggelsen af de forebyggende hjemmebesøg, men udelukkende forhold omkring information om loven samt bestemmelse af lovens målgruppe.

Derfor er der også med det nye lovforslag en forventning om, at det forebyggende arbejde skal varetages af en person, som har grundigt kendskab til såvel sociale som sundhedsmæssige forhold i bred forstand.

  
Eva Kjer Hansen

  
/Charlotte Markussen



MODTAGET

30 NOV 2004

Den Centrale Indlevering SOCIALMINISTERIET

Folketingets Socialudvalg

Departementet  
Holmens Kanal 22  
1060 København KTlf. 3392 9300  
Fax. 3393 2518  
E-mail sm@sm.dk

CBP/ J.nr. 20-889

Dato: **29 NOV. 2004**

Under henvisning til Folketingets Socialudvalgs brev af 19. november følger hermed – i 5 eksemplarer – socialministerens svar på L 55 - Spørgsmål 5 (SOU).

---

**L 55 – Spørgsmål 5:**

”Ministeren bedes oplyse, hvad det vil medføre af merudgifter, hvis ordningen udvides til også at omfatte folkepensionister, der mister en ægtefælle eller samlever. Det drejer sig ikke om to forebyggende besøg årligt, men ét eller to forebyggende besøg hos den efterladte. Besøget kan være med til at hjælpe selvmordstruede videre efter en ægtefælles dødsfald”.

**Svar:**

Spørgsmålet omhandler personer mellem 65 og 74 år, hvis ægtefælle eller samlever dør. Ud fra de foreliggende statistiske oplysninger er det ikke muligt at beregne, hvor mange personer det drejer sig om året. Men hvis det anslås, at ca. 2 pct. af de 65-74-årige hvert år mister en ægtefælle, svarer dette til 8.500 personer.

Hvis en person skal tilbydes 1-2 årlige hjemmebesøg, vil gennemsnitsudgiften pr. person være ca. 600 kr. Den samlede udgift vil under disse forudsætninger være godt 5 mio. kr. om året. Det skal dog understreges, at der er betydelig usikkerhed forbundet med dette skøn, og at beløbet således kan vise sig at være dobbelt så stort, alt efter hvor mange ældre, der mister en ægtefælle.

Selvmod blandt ældre, såvel som blandt andre aldersgrupper, er en meget alvorlig og tragisk hændelse. Jeg tror, at den bedste måde at forebygge selvmord på er ved en bred og helhedsorienteret indsats. Forebyggelse er i høj grad et spørgsmål om at forbedre ældre menneskers livskvalitet som helhed. Et godt ældreliv handler ikke kun om at få hjemmehjælp og ordnet indkøb, men lige så meget om indhold, oplevelser og samvær med andre mennesker. Hvis vi kan medvirke til at skabe netværk blandt ældre og modvirke isolati-

on, tror jeg derfor vi vil være nået et langt stykke. Det gør vi blandt andet ved fortsat at udvikle de aktivitetstilbud der er i dag til ældre, både i kommunerne og blandt de frivillige organisationer.

Der er endvidere igangsat en lang række tiltag både i og udenfor Socialministeriets regi med henblik på forebyggelse af selvmord. For eksempel vil Center for Selvmordsforskning fremover stå for en årlig konference om forebyggelsesindsatsen, ligesom Sundhedsstyrelsen netop har udsendt en vejledning til ansatte i sundhedssektoren om vurdering og visitation af selvmordstruede. På forskningsområdet er der sket en styrkelse og koordinering af aktiviteterne. Endvidere skal forskning i årsagerne til selvmord og hvordan vi bedst forebygger selvmord fortsat være et prioriteret område.

Jeg er meget opmærksom på, at ældre er en af de grupper af selvmordstruede, hvor der er behov for en særlig indsats. I aftalen om satspuljen for 2005 blev der derfor afsat i alt 40 mio. kr. til en fortsat social indsats mod selvmord i særligt udsatte grupper, herunder bl.a. ældre mænd. Midlerne kan bl.a. benyttes til efteruddannelse af relevant personale, fx af plejepersonalet eller af det personale, som foretager forebyggende hjemmebesøg.

  
Eva Kjer Hansen

  
/Charlotte Markussen



**SOCIALMINISTERIET**

Folketingets Socialudvalg

MODTAGET

30 NOV. 2004  
11.15  
Den Centrale Indlevering

Departementet  
Holmens Kanal 22  
1060 København K

Dato: **29 NOV. 2004**

Tlf. 3392 9300  
Fax. 3393 2518  
E-mail sm@sm.dk

CBP/ J.nr. 20-889

Under henvisning til Folketingets Socialudvalgs brev af 19. november følger hermed – i 5 eksemplarer – socialministerens svar på L 55 - Spørgsmål 4 (SOU).

---

#### L 55 - Spørgsmål 4:

”Ministeren bedes kommentere henvendelsen af 14. september 2004 fra Ingeborg Byskov, jf. L 55 – bilag 3”.

#### Svar:

Ingeborg Byskov foreslår i sit brev til socialudvalget, at lovtæksten i forslag til lov om forebyggende hjemmebesøg ændres, således at det kun er borgere, der modtager varig personlig og praktisk hjælp flere gange i døgnet, der kan undtages fra ordningen.

Baggrunden for lovforslaget er, at en række kommuner har givet udtryk for, at den nuværende ordning om forebyggende hjemmebesøg er ufleksibel. Bl.a. tyder både kommunale erfaringer og forskningsresultater på, at der kun er meget ringe effekt ved forebyggende hjemmebesøg til svage ældre. Dette skriver Inge Byskov også i sit brev. Det vurderes således, at ældre som ikke er svækkede i nævneværdig grad, er de ældre, som har størst gavn af et forebyggende hjemmebesøg. Kommunerne har derfor efterlyst bedre muligheder for at målrette de forebyggende hjemmebesøg til de borgere, hvor effekten erfaringsmæssigt er størst.

Desuden har flere kommuner i de senere år registreret konkrete klager over de forebyggende hjemmebesøg, fra borgere som modtager både personlig og praktisk hjælp. Det skyldes bl.a., at borgerne ikke har ønsket at modtage en ny og fremmed person i hjemmet, bl.a. fordi de i forvejen modtager ugentlige besøg af deres faste hjælpere.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at ændringen i lovens målgruppe ikke fratager ældre, som får personlig og praktisk hjælp, muligheden for at få tilbud om forebyggende tiltag. Lovforslaget ændrer nemlig ikke på kommunalbestyrelsens forpligtelse til ud fra en samlet helhedsvurdering at tildele borgeren de ydelser, der er behov for. Vurderingen af den ældres behov for hjælp skal ske på grundlag af en samlet helhedsorienteret vurdering af den ældres funktionsniveau og øvrige trivsel m.v. Vurderingen skal ske i samråd med den ældre selv.

Ældre som flere gange i døgnet modtager personlig og praktisk hjælp, udgør kun en forholdsvis lille del af den samlede del af ældre, som modtager personlig og praktisk hjælp, og som generelt set har en væsentligt nedsat funktionsevne. Det vil derfor ikke give mening at afgrænse undtagelsesbestemmelsen til kun at gælde de ældre, som modtager omfattende hjælp flere gange dagligt.

Jeg skal også understrege, at det er frivilligt, om kommunerne vil undtage målgruppen fra lovforslaget. Hvis en kommune vurderer, at der er mange ældre, der modtager både personlig og praktisk hjælp, som kan have gavn af de forebyggende hjemmebesøg, kan de sagtens vælge fortsat at tilbyde de ældre besøgene.

Lovforslaget forhindrer heller ikke kommunerne i at tilbyde de forebyggende hjemmebesøg på grundlag af et individuelt skøn. Fx kan man ved det første forebyggende hjemmebesøg i samråd med borgeren vurdere, om der er behov for fortsat at udføre hjemmebesøgene hos den pågældende borger.

Der henvises i øvrigt til min besvarelse på spørgsmål 1,3 samt 7-9.

  
Eva Kjer Hansen

  
/Charlotte Markussen





**SOCIALMINISTERIET**

Folketingets Socialudvalg

MODTAGE

30 NOV. 2004  
1115  
Den Centrale Indlevering

Departementet  
Holmens Kanal 22  
1060 København K

Tlf. 3392 9300  
Fax. 3393 2518  
E-mail sm@sm.dk

CBP/ J.nr. 20-889

Dato: **29 NOV. 2004**

Under henvisning til Folketingets Socialudvalgs brev af 19. november følger hermed – i 5 eksemplarer – socialministerens svar på L 55 - Spørgsmål 3 (SOU).

---

**L 55 - Spørgsmål 3:**

"Finder ministeren, at der i nuværende situation er tid til, at personalet skal løse nye opgaver og i benægtende fald, hvad agter ministeren at gøre?"

**Svar:**

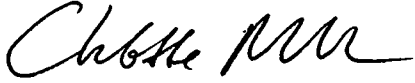
Som nævnt i mit svar til spørgsmål 1 medfører lovforslaget ikke nye arbejdsopgaver for personalet i ældreplejen.

I forbindelse med visitation og revisitation er kommunen jævnligt i kontakt med borgere, som modtager personlig og praktisk hjælp, og personalet skal som hidtil vurdere borgerens samlede situation og dermed også vurdere, om der er behov for særlige forebyggende tiltag. Kommunerne har en klar forpligtelse i serviceloven til at yde tilstrækkelig og forsvarlig hjælp til den enkelte borger. Hjælpen skal baseres på en konkret og individuel behovsvurdering, og nærværende lovforslag ændrer ikke ved disse forpligtelser.

Afslutningsvis vil jeg gerne bemærke, at manglende ressourcer (og dermed tid) aldrig kan legitimere, at ældre borgere ikke får den hjælp, de har behov for. Dette gælder også i forhold til behov for forebyggende tiltag. Lovforslaget undtager således ikke kommunalbestyrelsens forpligtelse til ud fra en samlet helhedsvurdering at tildele borgeren de ydelser, der er behov for.

Der henvises i øvrigt til min besvarelse på spørgsmål 1-2, 4 samt 7-9.

  
Eva Kjer Hansen

  
/Charlotte Markussen



MODTAGET

30 NOV 2004  
11.15  
Den Centrale Indlævering

Folketingets Socialudvalg

Departementet  
Holmens Kanal 22  
1060 København K

Tlf. 3392 9300  
Fax. 3393 2518  
E-mail sm@sm.dk

CBP/arm J.nr. 20-889

Dato: **29 NOV. 2004**

Under henvisning til Folketingets Socialudvalgs brev af 19. november følger hermed – i 5 eksemplarer – socialministerens svar på L 55 - Spørgsmål 2 (SOU).

---

#### L 55 - Spørgsmål 2:

”Hvordan vil ministeren garantere, at de penge kommunerne sparer, går til de svageste ældre?”

#### Svar:

Det er op til hver enkelt kommunalbestyrelse at træffe beslutning om, hvorvidt der ikke længere skal gives forebyggende hjemmebesøg til personer, der modtager både personlig og praktisk hjælp. Et eventuelt råderum som følge heraf skal kommunalbestyrelsen i henhold til kommuneaftalen for 2005 anvende til forbedringer for ældre med større plejebehov. At dette gennemføres i den enkelte kommune i overensstemmelse med kommuneaftalen, er kommunalbestyrelsens ansvar.

På baggrund af den løbende kontakt med kommunerne vurderer KL med forbehold følgende udsigter i kommunerne ved en begrænsning i målgruppen for forebyggende hjemmebesøg:

- 1/3-1/2 af kommunerne vil på kort sigt ikke ændre praksis. Disse kommuner vil fortsat tilbyde besøg til borgere, der modtager udstrakt hjemmehjælp.
- Yderligere ca. 1/3 af kommunerne overvejer, hvordan der alternativt kan sættes fokus på aktivering og vedligeholdelse af funktionsniveauer hos de svageste borgere. Det vil sige en omlægning af de aktuelle ressourcer til andre forebyggende aktiviteter, der samtænkes med den øvrige indsats på ældreområdet.
- Den resterende ca. 1/3 af kommunerne må antages at drosle besøgene ned. Blandt disse kommuner har flere angivet, at ressourcerne

skal omplaceres fra de forebyggende hjemmebesøg til hjemmehjælp/træning.

Kommunernes Landsforening skønner på grundlag af alderssammensætningen blandt hjemmehjælpsmodtagerne, at den samlede besøgsaktivitet maksimalt kan reduceres med 13-20 pct. Det vil sige, at der maksimalt kan frigives ressourcer svarende til 15-23 mio. kr. årligt i kommunerne. Tages der højde for forventningen til kommunernes implementering, jf. oplysningerne ovenfor, indsnævres den reelle reduktion til 5-12 mio. kr.

I de kommunale regnskaber er der en særlig gruppering til forebyggende hjemmebesøg, som på regnskab 2003 udgør 83,7 mio. kr. Dette faktiske forbrug vedrører imidlertid kun de medarbejdere, der som eneste opgave varetager forebyggende hjemmebesøg. I de kommuner, hvor funktionen kombineres med andre myndighedsopgaver, undervisnings- udviklingsaktiviteter, fremgår midlerne ikke af den autoriserede gruppering til forebyggende hjemmebesøg. I stedet vil de være konteret generelt på ældreområdet eller som en fællesudgift på forvaltningsniveau.

Det vil således ikke være muligt via de kommunale regnskaber at få et retvisende billede af udviklingen i de samlede udgifter til forebyggende hjemmebesøg. Ligeledes vil eventuelt frigivne midler i det omfang de anvendes på øvrige områder på ældreområdet ikke kunne identificeres, da de ikke kan øremærkes i regnskabet som sparede midler på forebyggende hjemmebesøg.

Jeg vil gerne understrege, at regeringen prioriterer den forebyggende og sundhedsfremmende indsats i ældreplejen højt, og jeg betragter lov om forebyggende hjemmebesøg som et centralt redskab i denne sammenhæng. Det er derfor vigtigt for mig at pointere, at der med lovforslaget ikke er lagt op til en besparelse på forebyggelsesområdet. Formålet er, som jeg også tidligere har nævnt, at give kommunerne større frihed til at tilrettelægge de forebyggende hjemmebesøg, så indsatsen målrettes de grupper, som vi ved har mest mulig gavn af den. Jeg tror også det er i alles interesse, at kommunerne bruger ressourcerne der, hvor de har den største effekt.

Jeg vil imidlertid gerne være lydhør overfor de bekymringer, som ligger bag de spørgsmål, der har været rejst om kommunernes prioritering og tilrettelæggelse af forebyggelsesindsatsen overfor de ældre, der modtager personlig og praktisk hjælp. Jeg har derfor valgt at indarbejde en revisionsbestemmelse i lovforslaget, der betyder, at lovforslaget skal revideres to år efter lovens vedtagelse.

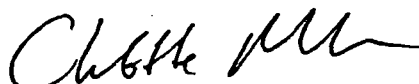
Revisionen af lovforslaget vil blive foretaget på baggrund af en undersøgelse af kommunernes praksis ved forebyggende hjemmebesøg for ældre. Som bekendt blev kommunernes administration af reglerne om forebyggende

hjemmebesøg undersøgt i 2002, og jeg vil nu bede Ankestyrelsen følge op på den daværende undersøgelse.

Undersøgelsen skal bl.a. afdække i hvilket omfang, kommunerne benytter sig af muligheden for at begrænse målgruppen. Endvidere skal undersøgelsen afdække kommunernes generelle forebyggelsesindsats over for ældre, herunder hvordan de pågældende kommuner evt. har valgt at omprioritere indsatsen på ældreområdet. Kommunerne vil også blive bedt om at redegøre for, hvordan de sikrer, at ældre som modtager personlig og praktisk hjælp, får tilbud om forebyggende tiltag, hvis de har et behov for dette.

Der henvises i øvrigt til min besvarelse på spørgsmål 1,3-4 samt 7-9.

  
Eva Kjer Hansen

  
/Charlotte Markussen





Folketingets Socialudvalg

MODTAGET

30 NOV. 2004  
11/15  
Den Centrale Indlevering

Departementet  
Holmens Kanal 22  
1060 København K

Tlf. 3392 9300  
Fax. 3393 2518  
E-mail sm@sm.dk

Dato: **29 NOV. 2004**

CHS/ J.nr. 20-889

Under henvisning til Folketingets Socialudvalgs brev af 19. november følger hermed – i 5 eksemplarer – socialministerens svar på L 55 - Spørgsmål 1 (SOU).

---

**L 55 - Spørgsmål 1:**

”Hvordan vil ministeren sikre, at personalet er uddannet til at løse de nye opgaver omkring den forebyggende indsats?”

**Svar:**

Forslag til ændring af lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre m.v. giver kommunerne mulighed for at undtage modtagere af personlig og praktisk hjælp fra tilbudet om forebyggende hjemmebesøg. Forslaget imødekommer et ønske fra kommunerne om i større omfang at kunne målrette den forebyggende indsats til de borgere, hvor effekten af indsatsen erfaringsmæssigt er størst.

Lovforslaget medfører ikke nye arbejdsopgaver til personalet i ældreplejen, fordi kommunen hele tiden ifølge serviceloven har været forpligtiget til at varetage borgerens behov for hjælp, herunder også behov for forebyggende tiltag. Det kan fx være tilbud om vedligeholdelsestræning efter servicelovens § 73a eller tilbud om at deltage i de sociale aktiviteter, der er i den pågældende kommune (efter § 65). Kommunen er også ifølge § 3 forpligtet til at tilbyde den enkelte særlig rådgivning om fx forebyggelse af sociale problemer, hvis der er et behov herfor.

Der er derfor ikke krav om, at den kommunale visitation skal omfatte et traditionelt forebyggende hjemmebesøg. En borger, der modtager både personlig og praktisk hjælp, må således forventes at være så meget i kontakt med plejepersonale og visitator, at man hurtigt vil kunne observere evt. behov for forebyggende tiltag.

Det følger således af den almindelige forpligtelse til løbende opfølgning på den tildelte hjælp, at kommunen skal vurdere, om borgerens situation har ændret sig, og om der er behov for at ændre i hjælpen.

Det personale, der udfører den personlige og praktiske hjælp, og som jævnligt kommer i borgerens hjem, har altså fortsat pligt til løbende at være opmærksomme på ændringer i modtagerens behov, og til at kontakte den kommunale myndighed, hvis der er tegn på sådanne ændringer.

På baggrund af disse tilbagemeldinger får myndigheden et grundlag for fx at vurdere behovet for en særlig forebyggende indsats overfor de borgere, der er undtaget fra hjemmebesøgsordningen.

Der henvises i øvrigt til min besvarelse på spørgsmål 2-4 samt 7-9.

  
Eva Kjer Hansen

  
/Charlotte Markussen