

Ældre & forebyggende hjemme- besøg



ÆldreForum er et uafhængigt råd, oprettet under Socialministeriet, som skal følge og vurdere ældres vilkår i samfundet på alle ældrelivets områder. Rådet skal desuden bidrage til at synliggøre ældres ressourcer og til at nuancere billedet af ældre og det at blive ældre.

ÆldreForum udsender løbende en række publikationer med information, inspiration og debatskabende stof om ældretilværelsen, initierer forskning og arrangerer konferencer m.m.

Rådet inddrager forskere, administratorer, fagpersoner og organisationer samt kommuner og ældreråd m.fl. i rådsarbejdet.

Rådets medlemmer deltager i konferencer og møder i hele landet, hvor ældres forhold debatteres eller overvejes.

Bagest i denne publikation findes en oversigt over ÆldreForums udgivelser, der kan rekvireres vederlagsfrit.

Udgivet af ÆldreForum, December 2005

Design: DanChristensenDesign MDD · Forsidefoto: Christoffer Askman, Scanpix · Tryk: Tryk Team Svendborg A/S

ISBN: 87-90651-45-6

Gengivelse af artikler med forfatternavn, eller længere uddrag heraf i blade, tidsskrifter, bøger o.lign. kræver tilladelse fra både forfatter og ÆldreForum. Øvrige artikler, herunder artikler skrevet af ÆldreForum, kan frit gengives i sin helhed med kildeangivelse.

Ældre & forebyggende hjemmebesøg

Publikationen er udarbejdet af
speciallæge i almen medicin Mikkel Vass,
ergoterapeut, ph.d., dr. med. Kirsten Avlund,
overlæge, dr. med. Carsten Hendriksen
og ÆldreForum.

Indhold

3	Socialminister Eva Kjer Hansen
4	Forord
	<i>Povl Riis, formand for ÆldreForum</i>
5	Indledning
5	Forebyggende hjemmebesøg – flere perspektiver
10	Lov om forebyggende hjemmebesøg – intentioner, målgrupper og kommunernes tilrettelæggelse m.m.
13	De forebyggende hjemmebesøgs historie
16	Forebyggende hjemmebesøg – funktionsevne, aldring og svækkelse
16	Forebyggelse og sundhedsfremme
19	Vellykket aldring
22	Svækkelse og funktionsevne
26	Etik og forebyggende hjemmebesøg
31	Dokumentation af effekten af forebyggende hjemmebesøg
31	Videnskabelig international dokumentation
32	34 kommuners projektet i Danmark
39	Anbefalinger
39	Indholdet i de forebyggende hjemmebesøg
43	Hvordan organiseres forebyggende hjemmebesøg bedst muligt?
46	Videnskabelig perspektivering
48	Informationer, litteratur m.m.

Kommunerne vil i de kommende år få et stort ansvar for den samlede sociale og sundhedsmæssige indsats. Her vil forebyggelse og sundhedsfremme være i fokus. Ikke mindst fordi forskningen har vist, at forebyggelse kan hjælpe ældre med at bevare deres fysiske og psykiske funktionsevne. Det gør livet bedre for den ældre, og samtidig udskydes den ældres behov for at få hjælp udefra.

Forebyggelse handler først og fremmest om velfærd. Glæden ved at kunne klare sig selv er for mange ældre mennesker ensbetydende med større livskvalitet. Ikke kun i form af bedre fysisk trivsel. Men også i form af mere selvtillid og bedre muligheder for at fortsætte det liv, man hidtil har levet.

Det er vigtigt, at et samfund evner at give alle mennesker muligheder. Med de rette forebyggende tiltag kan vi styrke ældres muligheder for at klare sig selv. Og dermed også styrke muligheden for at indgå i og bidrage til de enkelte fællesskaber. Forebyggelse bliver dermed en samfundsmæssig gevinst. Ikke kun fordi det kan være

med til at øge den enkeltes livskvalitet. Men også fordi det medvirker til at frigøre ressourcer, som kan bruges til at styrke indsatsen andre steder.

Lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre er et godt redskab i den lokale forebyggelsesindsats, og det er vigtigt, at hjemmebesøgene bliver brugt på den rigtige måde. I den forbindelse kan det være godt at formulere de målsætninger, man gerne

vil opnå. På den måde bliver det nemmere at vurdere det endelige resultat. Og gøre sig klart, om man har opnået det, man ville.

Et af formålene med Ældreforums publikation er at videregive en række anbefalinger til, hvordan de forebyggen-

de hjemmebesøg kan tilrettelægges. Jeg håber, at publikationen vil kunne inspirere arbejdet med at tilrettelægge de forebyggende hjemmebesøg og på den måde medvirke til, at indsatsen først og fremmest kommer de ældre, men også kommunerne, til gavn.



A handwritten signature in green ink, which appears to read 'Eva Kjer Hansen'.

Socialminister Eva Kjer Hansen

Forord

Ideen om at etablere en national forebyggende indsats, i form af hjemmebesøg til ældre mennesker, baseret på lovgivning og placeret i danske, kommunale administrationer, er dansk.

Med baggrund i ordningens placering i en landsdækkende forebyggende indsats for ældre har ÆldreForum løbende haft kontakt med de danske forskere på området og med hjemmebesøgenes faglige organisation, og desuden løbende gengivet vigtige sider af den danske og internationale forskning.

Ideen blev lovfæstet i 1996, og har dermed været omsat i praksis i godt 8 år, hvilket giver mulighed for en status: Hvor langt er danske kommuner kommet i deres omsætning af loven i praksis, og hvilke perspektiver tegner der sig for en ønsket fremtidig udvikling?

Publikationen, der bl.a. indeholder en sådan status, er blevet til i et samarbejde mellem ÆldreForum og tre danske pionerer og forskere på området, overlæge, dr. med. Carsten Hen-

driksen, speciallæge i almen medicin Mikkel Vass og ergoterapeut, ph.d., dr. med. Kirsten Avlund. Stud. scient. pol. Rasmus Holmberg og stud.scient. pol. Henrik Fiil Nielsen har bidraget med beskrivelsen af organisation og proces, og Landsforeningen for ansatte i sundhedsfremmende, forebyggende hjemmebesøg har inspireret til publikationens udarbejdelse.

Det er håbet, at de nuværende og kommende sociale forvaltninger, kommunal- og landspolitikere, forebyggende hjemmebesøgere, sundhedsmedarbejdere, ældreråd og -organisationer, samt ledere og uddannelsessøgende inden for socialektoren kan finde inspiration til det fortsatte arbejde med denne vigtige del af indsatsen for den danske ældrebefolkning.



*Povl Riis,
formand for ÆldreForum
December 2005*

Indledning

Forebyggende hjemmebesøg – flere perspektiver

Forebyggelsesaspektet har opnået stor opmærksomhed i de senere år blandt alle aldersgrupper. Ny viden om de alvorlige konsekvenser, som livsuvaner kan resultere i, har nået den brede befolkning, og mange handler derefter. Der motioneres, spises sundt og tobakken lægges på hylden som aldrig før.

Ældrebefolkningen er ingen undtagelse. Her sættes ligeledes ind på mange fronter, bl.a. fordi ny forskning har vist, at ældre mennesker kan trænes og genoptrænes i et omfang, som man for blot få år siden ikke troede muligt.

De forebyggende hjemmebesøg for personer over 75 år er et vigtigt led i forebyggelsesindsatsen for den ældre del af befolkningen. Omfattende både dansk og international forskning viser således, at forebyggende hjemmebesøg har en gavnlig effekt. Ny dansk forskning har bl.a. vist, at især mere ressourcestærke ældre har udbytte af den form for indsats, og det understreger vigtigheden af, at forebyggelsesindsat-

sen nøje afstemmes efter de eksisterende behov.

Med den seneste ændring af lov om forebyggende hjemmebesøg har kommunerne netop fået større muligheder for at nuancere indsatsen ved at undlade at aflægge hjemmebesøg hos ældre, der modtager både personlig og praktisk hjælp. Men hjemmehjælp erstatter ikke forebyggende besøg i hjemmet. Virkningen af lovændringen bliver derfor forhåbentlig ikke, at kommunerne nedtoner forebyggelsesindsatsen for denne gruppe. I lyset af den efterhånden omfattende viden om betydningen af forebyggelse – både på det personlige plan og på samfundsplan – må kommuner, der eventuelt vælger at begrænse ordningen, derfor kraftigt opfordres til nøje at overveje, hvordan behovene i stedet bedst dækkes hos de personer, som ikke længere omfattes af de lovpligtige besøg i hjemmet.

Forebyggelse skal ikke kun rettes mod helbredet, men mod helheden. Bl.a. den personlige fysiske form, fx kondition og muskelstyrke, har stor betydning for, hvordan den enkelte har det og klarer sig. Forebyggelse skal

således omfatte personens hele velbefindende, dvs. funktionsevne, trivsel, livsindhold, boligforhold og mulighed for selvbestemmelse m.m. Derfor er det håbet, at alle ældre over 75 år fortsat modtager forebyggende tilbud, der er afpasset den enkeltes behov.

Lov om forebyggende hjemmebesøg skal senest revideres i folketingssamlingen 2007-2008, og i den mellemliggende periode er det hensigten at følge kommunernes dispositioner. Bl.a. vil det blive kortlagt, i hvilket omfang kommunerne benytter sig af muligheden for at begrænse målgruppen, og samtidig vil kommunernes forebyggelsesindsats over for ældre, der undtages fra hjemmebesøg, blive undersøgt. Hvordan indsatsen i givet fald omprioriteres, og hvordan eventuelt frigjorte midler i stedet anvendes på ældreområdet vil også blive fulgt.

Med den ændrede struktur- og opgavefordeling, der træder i kraft den 1. januar 2007, overlades forebyggelsesindsatsen til kommunerne. Indvundne erfaringer fra de forebyggende hjemmebesøg vil i høj grad kunne anvendes i de nye kommuner – ikke alene til at udvikle denne ordning, men også til at opbygge de mange nye initiativer, som kommunerne skal forestå.

Netop forebyggelse ved besøg i hjemmet med individuelle tilbud har mange perspektiver.

Ældre mennesker, der modtager besøg af en forebyggelsesmedarbejder, opnår, udover eventuelle konkrete tilbud om

hjælp og støtte, fortrolighed med 'systemets' muligheder for at træde til, hvis behovet senere skulle opstå – og dermed en vis tryghed i dagligdagen. Hvis de lever alene, og samtidig har et beskedent eller manglende familie- og vennenetværk, modtager de desuden en medmenneskelig understregning af ikke at være 'glemt'. Den direkte henvendelse til hver enkelt borger giver endvidere kommunerne mulighed for at skabe kontakt til mennesker, som de ikke ellers ville have kontakt med.

Men ordningen har også perspektiver for andre end den umiddelbare målgruppe.

Familie- og vennenetværket til ældre mennesker kan via denne ordning udvikle et vigtigt supplerende led: en 'folkelig sundheds- og socialtjeneste'. Netværket kan ud fra deres iagttagelser af ældre familiemedlemmer og venner bl.a. tilskynde til at tage imod besøgstilbudet, og til at særlige spørgsmål bringes på bane – måske som en første brobygning til egen læge, til kommunens sociale forvaltning eller til andre former for hjælp. Det nære personlige kendskab har også særlige muligheder for at registrere eventuelle behov for ad hoc-besøg – fx ved alvorlige, sociale hændelser som ægtefællens pludselige død, der skaber en helt ny livssituation for den efterladte, og som bl.a. inkluderer forebyggende muligheder for ældre mænds høje selvmordsforekomst.

I de seneste årtier har ældrebefolk-

ningens levealder og helbredstilstand undergået store ændringer, som ser ud til at fortsætte. Om ti år forventes 75-årige således at klare sig endnu bedre end 75-årige gør i dag. Disse kendsgerninger vil medføre store udfordringer for hele forebyggelsesindsatsen, som der naturligvis bør tages højde for i både lovgivning og ved tilrettelæggelse af de forebyggende hjemmebesøg.

For *fagpersonalet* på hele ældreområdet rummer dette store udfordringer. Og for de personalegrupper, der er involveret i de forebyggende hjemmebesøg, består der herudover en særlig udfordring. En mangeårig kulturel og administrativ uenighed om, hvad der er det væsentligste for, at ældre opnår størst mulig selvbestemmelse og handlefrihed, har medført tilsvarende mangeårige og næsten fastgroede konflikter. Da begge 'leje' besidder væsentlige kompetencer til løsning af problemstillingerne, rummer netop den forebyggende hjemmebesøgsordning gode muligheder som forbillede for, hvordan den forebyggende og den sundhedsfremmende indsats kan forenes til både at magte det risikoopsporende og det ressourceopmærksomme. Denne særlige udfordring kan, hvis den lykkes, i stedet vise sig at være en håndsækning til nye frugtbare samarbejdsformer, som også andre områder kan drage nytte af.

Kommunale socialpolitikere og -forvaltninger får som nævnt ved kom-

munalreformen et meget stort ansvar for forebyggelse. Hjemmebesøgsordningen giver en sjælden mulighed for indsigt i ældre medborgeres liv, og dermed samtidig en enestående mulighed for løbende at kunne afpasse initiativer og indsatser efter lokale behov. Og netop afsættet i og sammenhæng med lokalområdets øvrige tilbud er en vigtig forudsætning for, at ældreomsorgen kan leve op til kravene om kvalitet i ydelserne. En undersøgelse foretaget af Ankestyrelsen i 2002 viste, at kun godt halvdelen af kommunerne systematisk indsamler oplysninger i forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg, og at materialet primært anvendes som information til kommunalbestyrelsen og i forbindelse med nye kommunale initiativer på ældreområdet.

Samme muligheder som en del politikere og administratorer allerede nu har på kommunalområdet, har *landspolitikere og ressortministerier på ældreområdet*. Den herigennem skabte indsigt i ældregruppens behov for hjælp og støtte vil bl.a. kunne bidrage til at modvirke mediebarne enkeltsagers pres ved at placere disse sager i en større sammenhæng.

Videnskabelig perspektivering omfatter en helt ny, men meget væsentlig side af fremtidens forebyggende hjemmebesøg, nemlig besøgenes funktion som kilder til systematisk indhentning af ny viden om ældre. Dette aspekt ud-

dybes i afsnittet *Videnskabelig perspektivering*.

*Ny dansk undersøgelse
om forebyggende
hjemmebesøg*

Det danske initiativ til forebyggende besøg i hjemmet og metodens videnskabelige afprøvning har mødt stor interesse i udlandet, og har både dér og her i landet været genstand for opfølgende undersøgelser af besøgenes form og resultater. Et nyt projekt fra danske ældreforskere er netop afsluttet og offentliggjort i Det Amerikanske Geriatrike Selskabs Tidsskrift ¹. Forskerne satte sig for at undersøge, om et uddannelsesprogram for forebyggende hjemmebesøgere og praktiserende læger i lokalområdet påvirkede de deltagende ældres funktionsniveau, overflytning til plejehjem og antallet af dødsfald. Undersøgelsen og dens resultater gennemgås i hovedtræk i denne publikation.

Forfatternes konklusion er, at den anvendte pædagogiske indsats påvirker resultatet af den forebyggende indsats meget positivt. Det er endog muligt, at flere positive resultater senere ville have vist sig, hvis projektet var forlænget udover den afsatte treårs periode. Dette bestyrkes af, at antallet af plejehjemsoverflytninger blandt deltagerne i interventionsgrup-

pen faldt efter fem år. Det er også tænkeligt, at en øjenåbnende og pædagogisk indsats over for hjemmebesøgere og praktiserende læger har haft en afsmittende effekt på hele rækken af social- og sundhedspersonale, der omgav de ældre i begge forsøgsgrupper.

Undersøgelsen understreger kraftigt det princip, som ÆldreForum vedholdende plæderer for, nemlig at det allerede ved introduktion af nye, omfattende initiativer i social- og sundhedssektorerne planlægges, på hvilken måde en effekt – eller mangel på effekt – skal kunne måles videnskabeligt. Derved undgås det, at efterfølgende vurderinger af initiativet alene baseres på retrospektive rapporter eller lignende.

Desuden viser undersøgelsen vigtigheden af, at der ved større interventioner løbende arbejdes videnskabeligt med at indkredse de målgrupper, der har størst udbytte af interventionen. Også de professionelle og ældrebefolkningens store motivation for, at der kan kobles videnskabelige undersøgelser til besøgsordningen illustreres.

Endelig giver undersøgelsen anledning til at overveje, om forebyggende hjemmebesøg i større omfang bør tilbydes som en ekstrainsats i risikosituationer som alvorlig sygdom, udskrivelse fra hospital eller tab af æg-

1 Vass M, Avlund K, Lauridsen J, Hendriksen C. Feasible model for prevention of functional decline in older people: municipality-randomized, controlled trial. J Am Geriatr Soc 2005; 563-68.

tefælle. Det kan desuden overvejes, om indsatsen i sådanne situationer kunne suppleres med en indsats af andre professionelle, fx med en præst fra sognet.

Som overordnede hovedkonklusioner af det danske projekt om forebyggende hjemmebesøg kan fremhæves:

- ◆ Undervisning i indholdet af det forebyggende besøg gør en forskel
- ◆ Besøgenes antal og regelmæssighed har betydning
- ◆ Kvinder har mere gavn af besøgene end mænd
- ◆ 80-årige har mere gavn af forebyggende hjemmebesøg end 75-årige
- ◆ Samme forebyggende medarbejder samt god kontakt mellem medarbejderen og besøgsmodtageren har betydning
- ◆ Samarbejde med praktiserende læger har betydning
- ◆ Indsatsen er omkostningsneutral

Publikationens indhold

Publikationen indeholder hovedkonklusioner fra den omtalte danske undersøgelse, 34 kommuners projektet. Også projektets anbefalinger om hjemmebesøgenes indhold, tilrettelæggelse og organisering af besøgene og personalets kompetencer gennemgås.

Publikationen indeholder desuden et afsnit om funktionsevne, aldring og svækkelse med særligt udgangspunkt i de iagttagelser og overvejelser, som forebyggende besøg i hjemmet bør give anledning til. Der er desuden forslag til etiske overvejelser, som arbejde med ældre mennesker ligeledes løbende bør give anledning til, og de yderligere hensyn der gør sig gældende, når arbejdet foregår i ældres eget hjem. Herudover gennemgås lov om forebyggende hjemmebesøg, og de intentioner, der lå til grund for lovinitiativet, kort.

ÆldreForum
December 2005

Lov om forebyggende hjemmebesøg

– intentioner, målgrupper og kommunernes tilrettelæggelse m.m.

*Lovens formål*²

Formålet med lov om forebyggende hjemmebesøg, der trådte i kraft den 1. juli 1996, er at styrke den forebyggende og sundhedsfremmende indsats over for ældre mennesker. Ordningen har sit udspring i positive erfaringer fra flere forudgående forsøg, bl.a. det såkaldte Rødovreprojekt, der alle har vist, at op-søgende omsorgsindsats over for ældre mennesker giver positive resultater.³

Hensigten med besøgsordningen er at støtte ældre menneskers selvhjælpenhed og at hjælpe dem til at udnytte deres egne ressourcer bedst muligt. Ved besøg i hjemmet kan behov for hjælp og støtte opfanges og løses på et tidligt tidspunkt. Dermed kan behov for mere omfattende hjælp og støtte fra det offentlige enten mindskes eller eventuelt helt afværges. Råd og vejledning om aktiviteter og støttemuligheder, som

gives i tide, kan især bidrage til at bevare funktionsniveauet og til at fastholde sociale relationer.

*Målgruppe*⁴

Målgruppen er hjemmeboende ældre mennesker over 75 år. Kommunen kan dog undlade at aflægge hjemmebesøg hos ældre, der modtager *både personlig og praktisk hjælp* efter § 71 i lov om social service. Ældre, der alene modtager praktisk hjælp efter servicelovens § 71 er således omfattet af den lovpligtige besøgsordning,

Beboere i plejehjem efter servicelovens § 140 kan kommunen også beslutte at undtage fra ordningen. Begrundelsen herfor er, at plejehjemsbeboere er omfattet af en særlig ordning, der pålægger kommunen at udarbejde individuelle handleplaner for pleje- og omsorgsindsatsen.

2 Lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre m.v. er optrykt i afsnittet *Informationer, litteratur m.m.*

3 Se afsnittet *De forebyggende hjemmebesøgs historie* samt afsnittet *Videnskabelig international dokumentation*.

4 Ved lovens ikrafttræden var kun hjemmeboende personer over 80 år omfattet. Fra 1. juli 1998 blev ordningen udvidet til også at omfatte hjemmeboende over 75 år. Fra 1. maj 2005 er der åbnet mulighed for, at den enkelte kommune kan vælge at undlade at aflægge hjemmebesøg hos ældre, der modtager *både personlig og praktisk hjælp* efter § 71 i lov om social service.

Kommunerne administrerer loven og kan tilrettelægge de forebyggende hjemmebesøg efter lokale behov og i samspil med andre – lokale såvel som lovpligtige – forebyggende og sundhedsfremmende initiativer. Den enkelte kommune kan således både udvikle forebyggende tilbud til borgere med konkrete behov og samtidig målrette tilbud til grupper, der har særlig udbytte af konkrete tilbud.

Loven revideres senest i folketings-samlingen 2007-2008.

Tilrettelæggelse af besøgene

Kommunen skal tilbyde mindst to årlige hjemmebesøg, dvs. to besøg inden for en 12 måneders periode. Derimod stilles der *ikke* krav om, at der *informeres* om ordningen to gange årligt, blot det sikres, at hver enkelt ældre borger er klar over, at tilbudet omfatter to årlige besøg. Mange kommuner kontakter dog borgerne i forbindelse med hvert af de to årlige tilbud om besøg.

Den enkelte ældre borger skal have et konkret tilbud om besøg i hjemmet. Kommunerne afgør selv, hvordan tilbudet fremsættes. Det kan fx ske pr. brev eller telefonisk. Generel oplysning om ordningen, fx ved annoncering i dagspressen eller ved at udsende pjecer, opfylder ikke lovens krav om, at besøgene skal tilbydes individuelt. Derimod har en del kommuner udarbejdet informationsmateriale som supplement til det konkrete tilbud om hjemmebesøg.

Desuden har et stort antal kommuner særlige rutiner, der sikrer opfølgning af tilbudene om besøg. Dette sker fx ved at gentage tilbudet om hjemmebesøg, hvis det første tilbud afslås, eller ved at informere om ordningen igen efter en vis tid. Mange kommuner anvender desuden særlige procedurer ved det første tilbud om hjemmebesøg. Over for personer, der tidligere har frabedt sig besøg, og over for svækkede ældre benyttes der også særlige procedurer.

Kommunerne fastlægger selv det konkrete indhold af ordningen. Den enkelte kommune beslutter derfor fx selv om hjemmebesøg skal tilbydes i særlige risikosituationer, eksempelvis ved en ægtefælles eller samlevers dødsfald eller ved alvorlig sygdom – og om sådanne besøg træder i stedet for eller supplerer kommunens generelle tilbud om hjemmebesøg.

Hjemmebesøget

Forebyggende hjemmebesøg er et tilbud, som den enkelte kan vælge at tage imod eller afslå. Og den, der tager imod tilbudet, afgør selv, hvad han eller hun i givet fald vil oplyse og tale om under besøget. Samtalen forudsættes dog – helt på besøgsmodtagerens betingelser – at dreje sig om den ældres forhold i al almindelighed. Især spørgsmål om hvordan dagligdagen klares, trivsel, sociale kontakter, boligforhold, økonomi, funktionsevne og den øvrige sundhedstilstand er

således naturlige emner at drøfte. På baggrund af samtalen kan der informeres om og henvises til forebyggende og aktiverende tilbud. Efter behov kan der også vejledes om fx tilbud på det sociale område, boligtilbud eller tilbud på sundhedsområdet.

Hvis denne form for vejledning ikke umiddelbart kan løse eventuelle problemer, forudsættes kommunen at iværksætte nødvendige initiativer, fx ved at sørge for hjælpemidler der kan lette dagligdagen, personlig og praktisk hjælp efter serviceloven eller ved – med den ældres accept – at skabe kontakt til egen læge.

*Personalets tavshedspligt
samt regler om indhentelse og
videregivelse af oplysninger*

Personer, der modtager besøg i hjemmet, er beskyttet mod misbrug af oplysninger om personlige forhold i samme omfang som ved enhver anden form for kontakt med kommunen.

Forvaltningslovens regler om personalets tavshedspligt, om indhentelse og videregivelse af personlige oplysninger og om borgerens ret til aktindsigt i sin sag m.m. gælder således også i forbindelse med besøg i hjemmet. Det indebærer bl.a., at kun personlige oplysninger, der har betydning for kommunens håndtering af den pågældendes situation, må indhentes under besøget. Og oplysninger om private forhold som helbredsforhold, sociale problemer, misbrugsproblemer m.m.

må som hovedregel ikke videregives uden den pågældende persons skriftlige samtykke. Det skriftlige samtykke skal både angive til hvilke personer og til hvilke formål, oplysninger eventuelt må videregives.

Reglerne om tavshedspligt og indhentelse og videregivelse af oplysninger m.m. findes i forvaltningslovens §§ 27-32 (lov nr. 571 af 19. december 1985 med senere ændringer) og i lov om behandling af personoplysninger (lov nr. 429 af 31. maj 2000 med senere ændringer). Der henvises desuden til afsnittet *Videnskabelig perspektivering*, hvori de særlige regler, der finder anvendelse ved indsamling af ny viden om ældre i forbindelse med forebyggende hjemmebesøg, er omtalt.

For at skabe tryghed om besøgsordningen og den efterfølgende håndtering af de ofte meget personlige oplysninger, der kommer frem under besøget, er det hensigtsmæssigt at informere om disse regler under besøgene. Og det er samtidig vigtigt, at personalet indskærpes og overholder disse regler.

*Krav til personalet
i øvrigt*

Personale, der varetager forebyggende hjemmebesøg, bør være velorienteret om sociale og sundhedsmæssige forhold i bred forstand, og bør samtidig være i stand til på et vist kvalificeret niveau at vurdere den ældres almen-

tilstand, boligforhold, økonomi og sociale forhold m.m.

Forebyggende personale bør således have indblik i tilbud om hjælpemidler, der kan lette dagligdagen, fx kommunikationshjælpemidler, mulighederne for hjælp til ændringer af boligen (fx ændring af toilet- og badeforhold eller fjernelse af dørtrin), tilbud om personlig og praktisk hjælp, samt muligheder for personligt tillæg efter lov om social pension m.m. Forebyggelsesmedarbejdere bør desuden være velorienterede om aktivitets- og samværsmuligheder i både kommunalt og frivilligt regi. Herudover bør de have generel viden om aldring og forebyggelse og besidde kommunikative kompetencer til at formidle denne viden på en individualiseret måde.

De forebyggende hjemmebesøgs historie

- 1937** Sundhedsplejen indføres i Danmark
- 1950** Den Almindelige Danske Lægeforening diskuterer forebyggelse over for ældre
- 1960** Hjemmesygeplejersker 'banker på' i Brønshøj i København
- 1970** Rosengårdsprojektet i Odense
- 1980** Rødovreprojektet.
Ældrekommissionen foreslår at prioritere forebyggende omsorgsarbejde
- 1990** Undersøgelser fra Holland, Schweiz, Canada og USA, og England indfører '75+ health checks' i almen lægepraksis
- 1996** Lov om forebyggende hjemmebesøg til 80-årige ældre.
Fra 1998 til alle over 75 år i Danmark
- 1998** Australien indfører lovgivning om 'assessment of elderly people'
- 1999** 34 kommuners projekt
- 2004** England afskaffer ordningen
- 2005** Lovændring i Danmark, hjemmebesøg ikke obligatorisk til modtagere af både personlig og praktisk hjælp

Forebyggende hjemmebesøg er ikke noget nyt. Allerede i 1950-erne diskuterede man i Lægeforeningen, om det ikke var muligt at undgå funktionsevnetab og sygdom ved at 'komme ind' noget før. Hjemmesygeplejersker blev af daværende kredslæge i København, Inge Jespersen, allerede i begyndelsen af 1960 sendt ud hos ældre borgere i Brønshøj for at tilbyde hjælp. Opsøgende virksomhed blev senere indarbejdet i bekendtgørelsen til hjemmesygeplejerskernes funktionsbeskrivelse, og i 1970-erne blev Rosengårdsprojektet i Odense, hvor hjemmesygeplejen opsøgte hjemmeboende ældre over 75 år, gennemført. Resultaterne af dette projekt viste, at indsatsen reducerede plejehjemsindflytninger for kvinder over 80 år.

Med baggrund i Ældrekommissionens anbefalinger om forebyggende omsorgsarbejde gennemførtes senere Rødovreundersøgelsen, som fik stor betydning både i Danmark og udlandet. Den viste klare gavnlige effekter på forbruget af sygehuse og lægevagtydelser. Også dødeligheden blev nedsat af regelmæssige hjemmebesøg, udført af en læge og to sygeplejersker. Institutionsforbruget var markant mindre i interventionsgruppen, men også vigtigt var det, at forbruget af hjemmehjælp og hjælpemidler var let øget i den gruppe, som fik besøg. Funktionsevnen blev ikke vurderet i Rødovreundersøgelsen.

Op gennem 1990-erne arbejdede mange danske kommuner på eget

initiativ med forebyggende hjemmebesøg. Ordningerne var udformet på meget forskellige måder, foregik i meget forskelligt tempo og med meget forskelligt indhold. Lov om forebyggende hjemmebesøg fra 1996 gav de enkelte kommuner fuldt råderum til at organisere og udføre besøgene som de ville, hvilket har resulteret i meget forskellige måder at indbygge disse aktiviteter i det daglige arbejde på ældreområdet. De mange uafklarede spørgsmål om, hvordan besøgene bedst organiseres og udføres, skabte både i den videnskabelige verden og den praktiske hverdag behov for en grundig analyse, hvilket førte til igangsættelse af 34 kommuners projektet om de forebyggende hjemmebesøg.

Forebyggende hjemmebesøg i andre lande

I 1990 indførtes i England muligheder for årlige 'health assessments' til borgere på 75 år og derover. Aktiviteten blev forankret i almen lægepraksis uden helt klare retningslinier for, hvordan arbejdet skulle udføres eller organiseres. Ordningen kom skævt fra start, fordi en hel del engelske kommuner ikke kunne tilbyde konkret støtte eller hjælp til at afhjælpe de problemer, som besøgene afdækkede. Desuden fandt de engelske praktiserende læger ikke indsatsen umagen værd, da de i forvejen havde hyppige kontakter med ældrebefolkningen.

Mange praksis ansatte i stedet specialsygeplejersker til at tilbyde besøgene, og der er rapporteret forskelligt udbytte af denne ordning. Efter 14 år med loven og en national evaluering, som viste tvivlsom effekt af indsatsen, blev denne mulighed for forebyggende indsats taget ud af lægernes overenskomster fra 2004. Forebyggelse på ældreområdet er stadig prioriteret i engelske kommuner, men man forsøger nu at gå andre veje.

I Australien indførte man i 1998 forebyggende hjemmebesøg, der ligeledes medinddrog almen lægepraksis, og foreløbige rapporter tyder på, at man også her mangler specifikke retningslinier for, hvordan indsatsen skal organiseres og udføres. Der foreligger ingen evalueringer af denne lovgivning. Ud over Australien har ingen lande i verden en lovgivning som den danske, men i de øvrige skandinaviske lande, i Tyskland, USA og i Japan er der megen interesse for, hvordan dette initiativ fungerer i praksis. Og det er håbet, at Danmark inden for de kommende år vil kunne vise brugbare veje.

Forebyggende hjemmebesøg – funktionsevne, aldring og svækkelse

Forebyggelse og sundhedsfremme

At forebyggelse er bedre end behandling har altid været kendt viden. Forebyggelsesbegrebet har gennem mange år tilsigtet at forhindre sygdom i at opstå, og det er derfor ikke underligt, at forebyggelse har været tæt forbundet med medicinsk tankegang og forståelsesramme. Verdenssundhedsorganisationens (WHO) definition af sundhed var således oprindeligt baseret på fravær af sygdom, men har gennem de sidste årtier gennemgået store ændringer. I organisationens Ottawa charter fra 1998 blev begrebet *sundhedsfremme* fremherskende, og sundhed betragtes nu mere som grundlag for at kunne opnå et godt liv, end som livets formål. Sundhedsfremme kommer dermed til, udover personlige ønsker om at undgå alvorlig sygdom eller handicap, også at inddrage sociale, kulturelle, miljømæssige og andre ydre forhold. Det er derfor afgørende, at man ved brug af begrebet *forebyggelse* klart definerer, *hvad* man vil forebygge.

I praksis er det ofte svært at adskille sundhedsfremme og forebyggelse. Kort beskrevet handler forebyggelse om at undgå eller fjerne trusler mod det samlede helbred, mens sundhedsfremme herudover stræber mod at øge sundhed og trivsel, bl.a. ved at øge livsmod og glæde ved at kunne håndtere livets forskellige situationer. Iflg. sociologen Aaron Antonovsky er sundhed fx at føle sammenhæng, dvs. at opleve begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed i tilværelsen.

Forebyggelse og sundhedsfremme er således tæt forbundet, og i det følgende benyttes forebyggelse bredt, og inkluderer dermed sundhedsfremme. Det er derfor ikke nok kun at indtænke sundhedsfremme ved forebyggende hjemmebesøg. Hvis en risikosituation fx kan afværges ved en forebyggende indsats, skal risikoen naturligvis erkendes og de nødvendige tilbud gives. Men det vil være uprofessionelt ikke også at medinddrage borgerens fysiske og psykiske ressourcer ved udformningen af de tilbud, der gives. Og det er netop, hvad lovgivningen på området tydeligt lægger op til.

Traditionelt skelnes der mellem *primær*, *sekundær* og *tertiær* forebyggelse. *Primær* forebyggelse sigter mod at forhindre sygdomme i at opstå, *sekundær* forebyggelse består i at opspore og behandle sygdom i et tidligt stadium, og *tertiær* forebyggelse har som mål at forhindre tilbagefald eller forværring af opstået sygdom. I forbindelse med ældre mennesker er det ofte vanskeligt klart at skelne disse niveauer fra hinanden, idet fx sekundær og terciær forebyggelse af sygdom kan være primær forebyggelse af svækkelse.

I denne sammenhæng er det derfor mere hensigtsmæssigt at definere *primær forebyggelse* snævrere, nemlig som en indsats der tilstræber at undgå svækkelse. Tilsvarende er *sekundær forebyggelse* i denne sammenhæng at påvise tidlige tegn på svækkelse, og at gribe hurtigt og relevant ind for enten at forhindre svækkelsesprocessen i at udvikle sig eller genoprette funktionsevnen. *Tertiær forebyggelse* tilsigter at undgå yderligere svækkelse, hvis et funktionstab er uopretteligt.

Eksempler på **primær** forebyggelse blandt ældre mennesker:

- ◆ Information om aktivitetsmuligheder i lokalområdet.
- ◆ Råd og vejledning om individuel fysisk aktivitet for at styrke muskler, sener og balanceevne med henblik på at forebygge fald og eventuelle knoglebrud.

- ◆ Råd om daglig indtagelse af vitaminpille med D-vitamin og calcium for at reducere risiko for svækkede knogler og fejlnæring samt for at styrke musklerne.
- ◆ Vejledning om muligheder for forbedring eller tilpasning af boligen for at forebygge fald.
- ◆ Forslag om influenzavaccination én gang årligt om efteråret for at undgå infektioner.

Eksempler på **sekundær** forebyggelse af funktionsevnetab blandt ældre mennesker:

- ◆ Tilbud om og opfordring til motion for at forebygge smerter ved slidgigt (artrose) i knæ og hofter.
- ◆ Hurtig indsat behandling af ukompliceret urinvejsinfektion for at forebygge forvirringstilstand og eventuelle fald på grund af væskemangel (dehydrering).
- ◆ Forslag om fx kontakt med dagcenter, pensionistforening eller besøgsven til ufrivilligt socialt isolerede.
- ◆ Blodtrykskontrol hos mennesker med sukkersyge for at forebygge senkomplikationer som nedsat syn/blindhed og nedsat nyrefunktion.

Eksempler på **tertiær** forebyggelse af funktionsevnetab blandt ældre mennesker:

- ◆ Tilbud om genoptræning og vedli-

geholdelsestræning ved funktionsnedsættelse efter sygdom.

- ◆ Formidling af gode transportordninger og hjælp til socialt samvær for handicappede.

Målsætninger og strategier

Hvis man spørger gamle mennesker, hvordan de forestiller sig en god alderdom, får man mange svar. Men stort set alle håber at leve et langt liv og at kunne klare sig længst muligt uden hjælp. Og *god funktionsevne* gør det netop muligt at færdes frit og klare de daglige aktiviteter uden større problemer og uden at ligge nogen til last. Et funktionsevnetab har således alvorlige konsekvenser både for den enkelte og for samfundet. For den enkelte kan nedsat funktionsevne ikke blot være ensbetydende med et mere besværligt liv, men også med et liv med forringet trivsel og velfærd på mange områder, fx udelukkelse fra at deltage i fritidsaktiviteter og andre former for socialt liv, at gøre noget for andre og vanskeligheder med at passe sine tænder. I samfundssammenhæng kan det ligeledes have alvorlige konsekvenser, fordi funktionsevnetab er ensbetydende med større forbrug af social- og sundhedsydelse.

Hovedformålet med langt de fleste sociale indsatser er derfor at forbedre eller bevare funktionsevnen længst muligt. Dette gælder både medicinsk behandling, rehabilitering og forebyg-

gende arbejde blandt hjemmeboende gamle mennesker. I forbindelse med både private og offentlige indsatser er der dog et stort behov for at udvikle mere præcise strategier for netop forebyggelse af funktionsevnetab.

Samtidig er balancen mellem på den ene side sober information om faremomenter og på den anden side utidig indtrængen i privatsfæren hårfin og nødvendiggør derfor også nøje overvejelse om, *hvordan* individbaseret forebyggelse bør gennemføres ud fra et professionelt perspektiv. Der er som bekendt risiko forbundet med at leve og ved at glædes ved livet. Et jordnært eksempel er risikoen for fald og lårbensbrud ved løse tæpper i hjemmet, som skal holdes op mod glæden ved at se på det smukke tæppe, der har fulgt én gennem hele livet. Professionel håndtering af et sådant dilemma kræver stor takt.

Metoder og organisering af forebyggende indsatser kan være meget forskellige, afhængigt af om det fx drejer sig om at undgå sygdom, dårlig trivsel eller ufrivillig ensomhed. Og indsatsen er også forskellig alt efter, om den rettes mod grupper eller enkeltindivider. Ved organiseringen af forebyggende hjemmebesøg vil det fx være nærliggende at inddrage det allernærmeste netværk – typisk ægtefælle eller voksne børn.

Det er samtidig vigtigt at gøre sig indholdet klart. Ud over støtte til sundhedsfremme er det som nævnt vigtigt, at indsatsen sigter mod at

forebygge funktionstab, som er nært forbundet med trivsel, godt helbred, evnen til socialt samvær og til at klare sig uden hjælp. Omfattende undersøgelser tyder meget på, at forebyggende hjemmebesøg er hensigtsmæssige, fordi mange får udbytte af denne form for professionel indsats. Disse erfaringer udgør således en etisk begrundelse for, at det offentlige tilbyder at træde ind i den enkelte ældre borgers liv. Det er imidlertid vigtigt, at man holder sig for øje, hvad der gør en forskel i indsatsen, og især hvad der konkret gavner.

Vellykket aldring

Vi ældes forskelligt og på forskellige tidspunkter, afhængig af vore arvemæssige egenskaber, vores baggrund, vores livsform og vore levevilkår. Med årene bliver vi desuden mere sårbare over for påvirkninger, der kan føre til funktionsnedsættelse. Sårbarheden skyldes forandringer i alle kroppens organer – fra molekyleniveau i cellernes indre over celleniveau til organernes sammensatte funktioner. Disse biologiske aldersforandringer medfører større sårbarhed over for ydre sociale og psykiske påvirkninger – og dermed færre ressourcer. Alderdom er ikke en sygdom i sig selv, men med stigende alder øges risikoen for sygdomme. Hvordan man ældes, er ikke alene et spørgsmål om kroppens forandringer, men et tæt sammenvævet net af individuelle, familiære og

samfundsmæssige påvirkninger.

Den *biologiske aldring* rammer alle levende væsener og er karakteriseret ved aldersforandringer i kroppens celler og organer (slid). Men organernes funktion kan bevares, hvis de uden overbelastning bruges livet igennem. Manglende brug medfører derimod 'rust'. Der skal med andre ord balanceres mellem slid og rust for at opnå en vellykket aldring.

Visse processer opfattes som uundgåelige aldersforandringer, som fx aftagende nyrefunktion, øjets evne til at indstille sin linse på nær- eller afstandssyn og reaktionsevne. Hvis mennesket iagttages fra celleniveau til hele mennesket, er den uundgåelige aldring tættest knyttet til celleniveau, mens aldring af mere sammensatte funktioner kan kompenseres, som fx muskelfunktion, der kan vedligeholdes og forbedres ved styrketræning.

Sygdom og helbredsmæssige belastninger kan medvirke til *fremskyn-det aldring*, som er et udtryk for, at den samlede funktionsevne ikke svarer til den talmæssige alder.

På det *psykiske og sociale* plan er aldringsprocessen sammensat og formes her i et samspil mellem individet og dets omgivelser. Nogle af de vigtigste erkendelser inden for psykisk aldring kan sammenfattes således:

- ◆ Personlig udvikling har ingen aldersgrænser
- ◆ Store uønskede forandringer indebærer risiko

-
- ◆ Intellektuelle evner vedligeholdes ved brug
 - ◆ Reduktion i psykisk tempo kan kompenseres ved indsigt, overblik og erfaring
 - ◆ Mange formodede aldersfænomener er kulturfænomener
 - ◆ Kropsligt helbred og psykisk funktion hænger tæt sammen.

Evnen til at håndtere livet, ikke mindst hvis man rammes af modgang og sygdom, er central. Man taler om evnen til at *mestre*. Evnen til at håndtere svage og stærke sider i hvert individ udviser stor variation eller, som Piet Hein udtrykte det, er det ikke kun afgørende, hvordan man 'har det' fysisk, men i lige så høj grad, hvordan man 'ta'r det'.

At ældes øger risikoen for at miste ægtefælle, familie og venner. Stort set alle taber sociale roller ved at op-høre på arbejdsmarkedet. Risikoen for isolation og afhængighed af andre mennesker øges. Og dødens uundgåelighed kommer tættere på.

På den anden side får man tid til interesser, der ikke tidligere blev prioriteret højt, mere tid til børn og børnebørn, bedre mulighed for at rejse, og tid til haven. Aldring giver viden og erfaring med mulighed for fordybelse og glæde ved små oplevelser, mulighed for at værdsætte nogle af de sanseoplevelser, man som yngre måske skøjtede hen over. Og det er vigtigt også at registrere fordelene ved

at ældes. Det gør det lettere at acceptere den løsere, rynkede hud, læsebrillerne, morgenstivheden og den noget længere tid til indlæring.

Det er ikke muligt at opstille objektive mål for fordele og ulemper ved at blive gammel. Mange medier er tilbøjelige til at beskrive yderpunkterne i alderdommen – de meget raske og velfungerende og de helbredsmæssigt, fysisk og psykisk stærkt svækkede. Men virkeligheden er langt mere nuanceret.

Den enkeltes evne til at håndtere livet (mestring) med de problemer og påvirkninger, der opstår, har formentlig central betydning for, hvordan vi klarer os som gamle. Hvis man som gammel *oplever* sig selv som helbredsmæssigt velfungerende, føler sig accepteret og har muligheder for selv at beslutte og handle, går det en bedre. Det helbredsmæssige, sociale og psykiske er tæt sammenvævet. Og derfor findes der heller ingen enkle eller simple opskrifter på en vellykket alderdom.

I de senere år er den personlige styrkelse, såkaldt *empowerment*, blevet central. Begrebet tager udgangspunkt i, hvad der betyder mest og er muligt for den enkelte, og ikke hvad 'systemet' eventuelt kan tilbyde. Dette stiller nøje krav til klart formulerede beskrivelser af de forebyggende besøgs muligheder, og hvad der ligger uden for disse. Hvis det allervigtigste ønske for en borger fx er at kunne besøge et barnebarn i en anden landsdel, er

det ikke sikkert, at det ligger inden for rammerne af, hvad forebyggende hjemmebesøg kan og skal opfylde.

En del tyder på, at de forebyggende hjemmebesøg har særlig indvirkning på styrkelse af mestring og handlekompetence, og det stiller krav til de metoder og den pædagogik, der anvendes ved besøgene. Det er vigtigt at være opmærksom på de sociale og kulturelle forandringer, gamle mennesker har gennemlevet. Nogle har oplevet to verdenskrige og den spanske syge, mange har oplevet fattigdom i trediverne, den teknologiske revolution og ændringer i opfattelsen af den ældre generation. Boligforholdene er ændret markant og økonomien ligeså. Også familiestrukturen har ændret sig, og geografiske afstande gør det i nogle tilfælde sværere at yde hjælp og omsorg til gamle familiemedlemmer.

Ensomhed er et eksempel på, hvor individuelt mennesker påvirkes af og håndterer livet. Ensomhed er en subjektiv følelse, som andre kun kan vurdere ved nær kontakt med den pågældende person. Nogle er således meget alene uden at føle sig ensomme, mens andre føler ensomhed, selv om de udefra set er i kontakt med mange mennesker. At kunne vurdere ensomhed er således også et godt eksempel på, at indfølelse (empati) er en vigtig evne hos professionelle, der arbejder blandt ældre mennesker.

'... måske har det at være med i projektet gjort, at man er mere bevidst om, at der skal noget faglighed ind i besøget, noget kvalitet ... jeg kan bare ikke sige helt præcist, hvad det er.'

(Forebyggende medarbejder, 2000)

'Den gode sag' skal fokusere på og medvirke til, at den enkelte får de bedste muligheder for at bevare funktionsevnen eller udskyde funktions-tab. Udover at borgeren bl.a. gennem de forebyggende hjemmebesøg får indblik i egen sundhedstilstand og mulighed for at vedligeholde eller forbedre denne, kan den individuelle forebyggelse bidrage til, at den enkelte erkender, hvordan håndtering af livets uundgåelige forandringer kan ske på en hensigtsmæssig måde.

Vi ved, at aldrig ikke er en jævnt fremadskridende svækkelsesproces uden mulighed for forandringer. Forsknings- og udviklingsprojekter har dokumenteret, at funktionsevne kan øges selv i meget høj alder. Døden kan vi ikke forebygge, men vi kan måske udskyde tidspunktet, ikke kun for at føje år til livet, men med det mål samtidig at bevare god funktion og uafhængighed så længe som muligt. Det kræver viden hos ældre mennesker selv, hos de pårørende og hos behandlere og forebyggende personale. Det er bl.a. derfor de fore-

byggende hjemmebesøg kan udvikle sig til at blive et stort aktiv, primært for ældrebefolkningen, men også for samfundet, i lighed med sundhedsplejerskeordningen og de forebyggende børneundersøgelser, som blev iværksat for næsten 70 år siden.

Svækkelse og funktionsevne

Dødeligheden i Danmark er stadig 100 procent! Bag en sådan 'frisk bemærkning' ligger der holdninger og normer over for døden. I den rige del af verden er der gennem de sidste årtier opstået en stigende tiltro til den sundhedsfaglige ekspertise, der er nær ved at få os til at opleve os selv som udødelige.

På ældreområdet har den medicinske teknologi gjort enorme fremskridt. Tænk på de mange, der har fået et godt syn efter ambulant operation for grå stær, og på de mange med slidgigt, der med nye hofte- og knæled har fået en hel anden tilværelse uden smerter. Men at livet har en ende, er vi i vores kultur ikke meget for at beskæftige os med. For mange er døden og den svækkelse, som går forud, så ubehagelig at blive konfronteret med, at det i vekslende grader fortrænges. Det er imidlertid kun de færreste forundt at være raske og rørige, indtil de i en høj alder dør pludseligt, fx af en blodprop i hjertet. Man kan dø af alderdom, men de fleste må se frem til en kortere og for nogle (ca. 20 pct.) en længere

periode med svækkelse på grund af helbredsmæssige problemer, før de dør. En svækkelse der kun i nogen grad kan afhjælpes af pårørende, den kommunale hjemmepleje eller ved en mere hensigtsmæssig bolig.

Der er god dokumentation for, at ældre mennesker prioriterer et godt helbred højt, bl.a. fordi det gør det langt lettere at leve det liv, man ønsker sig, og fordi man undgår at blive en byrde for omgivelserne. Et overordnet mål er derfor som tidligere nævnt at medvirke til, at flest muligt kan klare sig selv, bevare handlekraft og håndtere deres liv, som de ønsker det.

'Man skal kunne en hel masse: God bred viden om ældre, almindelige sygdomme, hvornår gå til læge, medicin, vide hvornår man skal melde pas. Man skal ville noget, have et ønske om, at det skal føre til noget, kunne styre samtalen, holde koncentrationen. Man skal kende forholdene i kommunen, de frivillige, de private og de offentlige tilbud. Have viden om sociallovgivningen.'

(Forebyggende medarbejder, 2000)

Dette forudsætter, at den professionelle hjælper har evne og viden til at erkende svækkelse, at kunne sætte målrettet ind for at genoprette eller afbøde påvirkelige svækkelsestil-

stande, og samtidig at kunne tilbyde den fornødne støtte ved uoprettelige svækkelsestilstande. Men lige så vigtigt er det at erkende og forholde sig til svækkelse – både for det enkelte menneske, den professionelle og for de øvrige omgivelser.

Svækkelsesprocessen

Svækkelse defineres som nedsat funktionsevne, oplevet af den enkelte i forhold til tidligere kunnen, og kan enten skyldes uundgåelige aldersforandringer, der ikke er blevet kompenseret for, eller følger af sygdom.

Der er mange dimensioner og grader af svækkelse, og svækkelse opleves forskelligt fra person til person. For nogle opleves det som et stort problem ikke længere at kunne gå sin daglige tur med hunden, mens det for en inkarneret kortspiller opleves som et tilsvarende problem ikke længere at kunne skelne knægt fra konge.

Træthed, defineret som personens egen følelse af træthed, har vist sig at være et tidligt tegn på svækkelse og kan være en vigtig markør for et fremtidigt behov for hjælp.

Svækkelsestilstande er oftest genoprettelige i begyndelsesfasen, men trækker de tidsmæssigt ud, bliver de sværere og sværere at behandle. En hurtig indsats er derfor nødvendig for at opnå et godt resultat. At ligge i sengen i ét døgn medfører behov for flere dages genoptræning, hvis et gammelt menneske skal nå sit tidli-

gere funktionsniveau. Relativt banale sygdomstilstande eller social isolation kan således hurtigt udvikle sig til en alvorlig svækkelsestilstand og skal derfor håndteres omgående.

Små ændringer i livsomstændigheder kan medføre betydelig psykisk svækkelse. Kunsten som professionel er at kunne indkredse de faktorer, der hos det enkelte menneske kan medvirke til en sådan psykisk svækkelse, fx hvad der er reaktion på uundgåelige aldringsprocesser, og hvad der skyldes sociale eller sundhedsmæssige problemer.

Svækkelse opfattes forskelligt af social- og sundhedspersonale. Lidt forenklet udtrykt tales der i *sociale faggrupper* ikke så ofte om sygdom, mens *sundhedspersonale* er mere optaget af at vurdere og afhjælpe sygdom end i at inddrage psykologiske og sociale elementer. Opfattelsen og vurderingen af svækkelse farves således af de forskellige faggruppers holdninger og forudsætninger.

I forbindelse med forebyggende hjemmebesøg skal både helbreds-mæssige, sociale og psykiske faktorer imidlertid inddrages, idet der uden denne treenighed ikke opnås en optimal indsats over for svækkelsestilstande.

Skrøbelighed og funktionsevne

Det kan imidlertid bidrage til at øge forståelsen af svækkelsesprocessen,

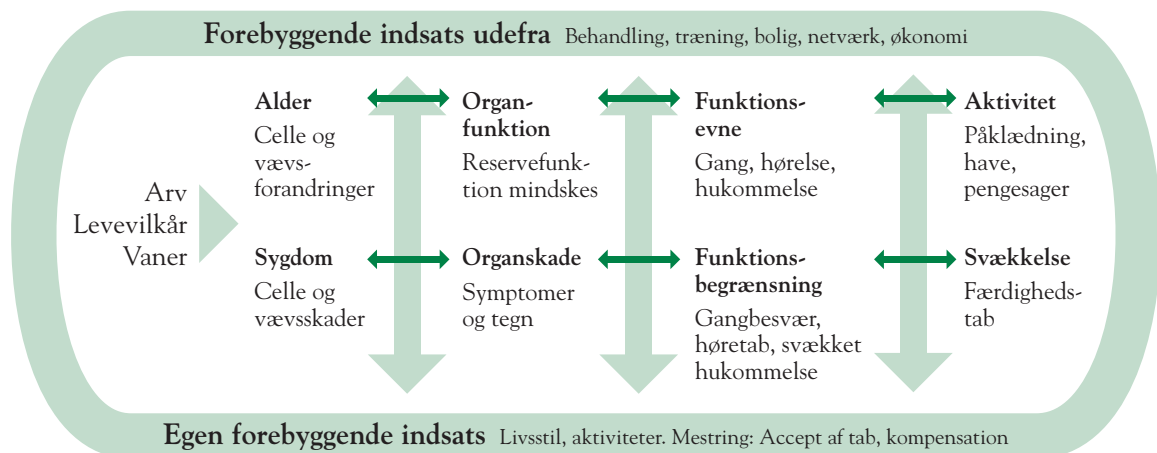
hvis der skelnes mellem skrøbelighed og funktionsevne.

Skrøbelighed kan defineres som nedsat reservekapacitet af kroppens systemer, der resulterer i øget sårbarhed over for forstyrrelser, hvad enten det drejer sig om ekstreme temperaturer i omgivelserne, forværring af kronisk sygdom, akut opstået sygdom eller en ulykke. Kropslige aldersændringer ses inden for mange legemlige systemer: fx nedsat muskelmasse og muskelstyrke, nedsat kalk i knoglerne, dårligere regulering af immunsystemer og mindre variation i hjerterytmen. Skrøbelighed er et samlet udtryk for risiko, der skyldes alders- eller sygdomsrelateret ophobning af fysiologisk forværring inden for flere systemer. De tidlige faser af denne proces kan være diagnostisk uerkendt, og skrøbeligheden kan dermed først vise sig, når det

samlede tab af reserver når en grænse, der fører til alvorlig sårbarhed. Det er imidlertid muligt at opfange denne skrøbelighed tidligt i forløbet ved at anvende tidlige kropslige, sundhedsmæssige eller funktionsevнемæssige markører.

For at kunne se mere nuanceret på svækkelse er det nødvendigt at inddrage overbegrebet funktionsevne, fordi det er her, det enkelte menneske mærker svækkelsen i sin dagligdag.

Funktionsevne defineres som evnen til at udføre almindelige, daglige aktiviteter. I dette indgår både det fysiske, det psykiske og det sociale område. Der findes mange forskellige skalaer og mål til at vurdere disse forhold, men en detaljeret beskrivelse ligger uden for rammerne af denne publikation. For at kunne se mere dynamisk på måling af funktionsevne, er det



Kilde: Verbrugge LM and Jette AM *The disablement process*. Soc Sci Med. 1994 Jan; 38(1):1-14 samt *Et slag for aldermen*, København, Forskningsministeriet, 1999.

nødvendigt at skelne mellem at være *begrænset i at kunne udføre* daglige aktiviteter, og slet *ikke at kunne udføre* dem, dvs. et fuldt færdighedstab.

Vurdering af funktionsbegrænsninger og færdighedstab kan enten ske ved at iagttage, hvordan personen fungerer, eventuelt suppleret med en funktionstest, eller ved at spørge den pågældende, om der er vanskeligheder med at udføre dagligdagens gøremål. Aktiviteterne kan vurderes bredt, fx fra det at spise til at udføre en hobby, eller specielle aktiviteter kan vælges som mål.

Det kan være nyttigt at tage udgangspunkt i forebyggelsesmodellen side 24, der også viser svækkelsesprocessen, som fx bygger på fire kritiske ændringer i alderdommen, med indbyrdes sammenhæng.

Ud fra denne model defineres *sygdom* som erkendte biokemiske (dvs. knyttet til cellernes stofskifte) og cellefunktionsabnormiteter, der kan beskrives med en medicinsk diagnose (fx slidgigt i hånden). *Organsvækkelse* defineres som målbare, svækkede funktioner i organer og organsystemer, der fører til specifikke symptomer og/eller laboratoriefund (fx affladning af ledbrusken ved slidgigt). *Funktionsbegrænsninger* er indskrænkninger i et individs grundlæggende fysiske og psykiske handlingsmønstre, som er nødvendige for at opretholde det daglige liv (fx bevægelighed i fingrene, herunder fine bevægelser som pincetgreb). Et *færdighedstab* afspejler kon-

sekvenserne af fysisk og/eller psykisk funktionsbegrænsning og kan udmønte sig i problemer med at udføre aktiviteter inden for alle livets områder. Færdighedstabet sammenholdes med forventninger, der afhænger af individets køn, alder og sociale situation (fx problemer med at spille klaver, eller skrive på computer).

Almindelig Daglig Levevis (ADL) er et samlet udtryk for helt basale færdigheder, der er nødvendige for at overleve, fx at spise, gå på toilet og udføre personlig hygiejne. *Instrumentel Almindelig Daglig Levevis* (IADL) er færdigheder, der er nødvendige for at fungere i et samfund, fx at kunne købe ind, gøre rent, vaske op.

Funktionsbegrænsninger opstår hyppigere med stigende alder og kan medføre manglende evne til at klare almindelige daglige færdigheder. Uundgåelige aldringsforandringer og sygdom påvirker funktionsevnen forskelligt fra individ til individ. Vurderingen må derfor foretages individuelt.

Funktionsbegrænsning er ofte det første – og i visse tilfælde det eneste – tegn på sygdom. Derudover kan funktionsbegrænsning være medvirkende til, at det sociale råderum indskrænkes med risiko for færdighedstab. Funktionsbegrænsninger, der er udløst af helbredsproblemer, som er tilgængelige for behandling, kan og skal søges genoprettet.

Etik og forebyggende hjemmebesøg

*'Man kan få råd og vejledning
angående kommunal hjælp, mad-
udbringning – sundhed – lidt per-
sonlig snak så man føler, at man
ikke bliver glemt i systemet.'*

*(Kommentar fra projektdeltager
i spørgeskema)*

Vurdering af funktionsevnen er derfor uomgængelig i det forebyggende arbejde. Uden en sådan vurdering er det ikke muligt at føre en kvalificeret dialog med borgeren, og borgeren kan ikke tage hensigtsmæssig stilling til råd og vejledning, som sigter mod at hjælpe den pågældende til at bevare eller øge den fysiske og psykiske styrke samt handlekraft.

*'For i Sandhed at kunne hjælpe en
Anden, maa jeg forstaae mere end
han – men dog først og fremmest
forstaae det han forstaaer. Naar
jeg ikke gør det, saa hjælper min
Mere-forstaaen ham slet ikke.*

*Vil jeg alligevel gøre min mere-for-
staaen gjældende, saa er det, fordi
jeg er forfængelig eller stolt, saa jeg
i grunden i stedet for at gavne ham
egentlig vil beundres af ham.*

*Men al sand hjælpen begynder
med en ydmygelse; Hjælperen maa
først ydmyge sig under Den, han
vil hjælpe og derved forstaae, at
det at hjælpe ikke er det at herske,
men det at tjene, at det at hjælpe
ikke er at være den Herskesygeste
men den taalmodigste, at det at
hjælpe er villighed til indtil videre
at finde sig i at have uret, og ikke
at forstaae hvad den Anden for-
staaer.'*

Søren Kierkegaard

At arbejde med gamle mennesker i social- og sundhedsvæsenet bør regelmæssigt give anledning til etiske overvejelser. Dilemmaer kan opstå i mange situationer, fx hvis der er uoverensstemmelser mellem en persons behov for støtte, og den støtte

kommunen kan tilbyde. eller hvis en dement person ikke ønsker at tage imod hjælp i en situation, hvor behovet for hjælp er åbenbart. En erkendt konflikt mellem et ægtepar, hvor den svage part ikke får optimal behandling, rummer også et etisk dilemma.

Etiske dilemmaer rejser ofte spørgsmål, som det ikke er helt enkelt at besvare. Hvordan undgås fx:

Overtrædelse af privatsfæren?

- ◆ Diskriminering (fx at ældre p.g.a. alder ikke får tilbud, som de har ret til)
- ◆ Overbeskyttelse og omklamring af de besøgte?
- ◆ Undertrykkelse af den enkelte ældres selvbestemmelsesret?
- ◆ Ubalance, så eventuel ulempe overskygger de mulige fordele (fx ved at omtale af faldforebyggelse skaber unødigt frygt)
- ◆ Uoverensstemmelse mellem afdækkede problemer og det offentlige tilbud?

Når kommunerne er pålagt at tilbyde borgerne besøg i hjemmene, er der tale om en uopfordret indgriben i borgernes liv. Det er påvist, at denne indgriben kan udvikle sig meget positivt, til stor gavn for de besøgte, hvis besøgene udføres af motiveret og kompetent personale, men besøgene *kan* også opfattes som et brud på den enkelte borgers integritet og selvstændighed. Og ikke alle tilbud,

der kommer fra en instans, som man senere eventuelt kan blive afhængig af at modtage anden støtte fra, er lette at afslå.

Enhver forebyggende samtale bør bygge på følgende etiske principper:

Frivillighed

De forebyggende hjemmebesøg er et *tilbud*, og dette skal klart fremgå af det offentlige henvendelse til borgeren og af eventuelt informationsmateriale.

Selvbestemmelse

Retten til selvbestemmelse er fundamental. Hvis der afdækkes problemer, hvor ændringer skønnes mulige og til gavn for den besøgte, skal der fremlægges forslag – og et nej skal respekteres, med mindre en alvorlig risikosituation af livstruende karakter afdækkes, fx høj selvmordsrisiko. Et etisk dilemma kan også bestå i en åbenlys fare for fald ved et tæppes placering. Balancen mellem optimal information om faremomenter og risici og formyndersk bedreviden og kontrol, er hårfin. Og her er indlevelsesevne en vigtig forudsætning, ligesom iveren for at beskytte og eventuelt overbeskytte den besøgte skal dæmpes. Der er risiko ved at leve og ved at glædes ved livet, men i professionelle situationer er der samtidig et grundlæggende medmenneskeligt ansvar.

Borgerens ret til selv at definere, i hvilken udstrækning han eller hun vil

tage imod et eventuelt budskab fra en forebyggende medarbejder, er ukrænkelig. Lige så selvfølgelig besøgene er et tilbud, lige så selvfølgelig er de velmente råd, der måtte følge med, også blot tilbud. Borgeren forpligter sig selvsagt ikke til at følge den forebyggende medarbejders forslag, blot fordi denne er lukket ind i hjemmet.

Det vigtigste er borgerens egen interesse i høj livskvalitet og funktionsevne, men dette skal alene opnås på borgerens betingelser. Den overordnede samfundsinteresse i fx færre indlæggelser og lavere sundhedskostninger er i forbindelse med det enkelte besøg underordnet den pågældende borgers personlige interesse i besøgets udbytte.

En sammenblanding af eventuelle private interesser, fx undersøgelser for lægemiddelindustrien, er uanset nok så store samfundsinteresser, også helt uacceptabel i forbindelse med forebyggende hjemmebesøg. Borgeren skal kunne føle sig helt tryk ved den fortrolighed, der tilsigtes i mødet med systemet, og ved de intentioner der ligger til grund for besøget. Tilliden til intentionerne bag besøget må således på ingen måde kunne drages i tvivl.

Tavshedspligt

Som ved det øvrige arbejde i social- og sundhedsvæsenet har medarbejdere ved forebyggende hjemmebesøg fuldstændig tavshedspligt, og dette skal understreges over for alle, der

modtager besøg. Tages der initiativer, skal borgeren på forhånd have accepteret disse, herunder fx at andre instanser delagtiggøres.

Ved forebyggende samtaler vil der ofte komme mange følsomme oplysninger frem, og der kan senere opstå situationer, hvor disse oplysninger kan have betydning, fx for hjemmeplejens vurderinger. Men tavshedspligten er til for at beskytte den enkelte borger, og hvis opsøgende medarbejdere bryder tavshedspligten i situationer, der ikke er omfattet af lovgivningen herom, eventuelt blot af tankeløshed, kan hele det forebyggende arbejde blandt ældre risikere at komme i miskredit.

Normer og holdninger

At udføre forebyggende hjemmebesøg fordrer, at man kan sætte sig ud over egne normer og holdninger. Medarbejderne vil således opleve, at gamle mennesker indretter sig lige så individuelt som andre aldersgrupper. Desuden skal indsigt i alderens muligheder og begrænsninger afspejles i eventuelle forslag og råd. Dette indebærer bl.a., at personalet er i stand til at finde en passende balance mellem overoptimisme og nihilisme.

På den anden side skal medarbejderen ikke lægge op til en forældre-barn-lignende relation. 'Moderrollen' med det varme hjerte skal hele tiden holdes op mod formålet med besøget; nemlig at forsøge at finde kerneelementer i den besøgtes livsstrategier,

som kan hjælpe den pågældende til at opnå kontrol over og mestre sin tilværelse – og samtidig bidrage til at bevare eller forbedre funktionsevnen. Ældre mennesker skal ikke pakkes ind i vat. Men en realistisk holdning til aldring forudsætter ajourført gerontologisk ⁵ og geriatriisk ⁶ viden.

'Der hvor jeg virkelig tror jeg har hjulpet og fanget noget, det er begyndende demens og depressioner, fordi de er så lurende og vanskelige, og man kan holde facaden, mens man er hos lægen.'

(Forebyggende medarbejder, 2000)

Kommunikation

God kommunikation er central i forbindelse med etiske problemstillinger. At kunne lytte og fornemme, hvordan den besøgte oplever sit liv – med andre ord: at kunne 'stikke fingeren i jorden' – er bl.a. en forudsætning for at kunne rådgive uden at fremkalde unødigt ængstelse. Der skal lægges vægt på at registrere og at støtte den enkeltes ressourcer frem for at sygeliggøre. Forslag må ikke påtvinges besøgsmodtageren – og sundhedsvejledning skal ikke give anledning til dårlig samvittighed hos modtageren. Det

er bedre at forholde sig til et problems uløselighed, end at lade som om det ikke eksisterer. Et hjemmebesøg indebærer altid et skærpet krav til respekt for borgerens ønsker og grænser.

Overvejelser om ansvar og forpligtelser

Når kommunen formidler dokumenteret viden om vellykket aldring til borgerne, har borgeren da ved at tage imod besøget samtidig forpligtet sig til at efterleve de råd, der gives? Og hvis borgerne efterlever rådene, er kommunen så dermed forpligtet til at opfylde alle borgerens ønsker? Eller skal disse blot indgå i den politiske debat og beslutningsproces om eventuelle fremtidige muligheder?

Disse spørgsmål viser flere mulige adressater for placeringen af ansvar i forbindelse med besøgene, og må under alle omstændigheder give anledning til overvejelser.

'Kun ros og tak til hele det danske Sundhedsvæsen og tak til dem der vil interessere sig for os, som er over 80 Aar, ellers havde vi for længst været slettet af Landkortet'.

(Kommentar fra projektdeltager i spørgeskema)

⁵ Gerontologi: videnskaben om menneskets aldring

⁶ Geriatri: videnskaben om ældres sygdomme.

Der påhviler som udgangspunkt kommunen forpligtelser og ansvar, dels som myndighed i al almindelighed, men især fordi besøgene er et tilbud, der uopfordret rettes til den enkelte borger.

Ansaret består bl.a. i at tilrettelægge besøgene på en måde, der tilsigter størst mulig respekt for den enkelte borger, og i at følge op på de relationer der opstår mellem den opsøgende medarbejder og borgeren. Endvidere er der en forpligtelse til at leve op til eventuelle aftaler, der indgås med borgeren, og at følge op på sådanne aftaler. Ideelt set knyttes ansvaret til den enkelte medarbejder, men det overordnede ansvar påhviler reelt den forebyggende enhed, som medarbejderen er en del af, og dermed i sidste ende kommunen.

Tilkendegivelsen om forebyggelsesmedarbejderen som adgangsport til kommunen forpligter desuden kommunen til fortsat tilgængelighed, naturligvis med de begrænsninger som fordelingsetik og prioriteringer i øvrigt tilsiger. Besøgsmøderne udtrykker ofte, at det giver 'tryghed at kende én i systemet'. Men er kommunerne generelt klædt på til at leve op til forventningerne, når behovene for hjælp og støtte opstår? Er den fornødne fleksibilitet og de nødvendige kompetencer fx til stede? Kan alle kommuner eksempelvis leve op til, at netop den medarbejder, der er opbygget tryghed og tillid til, træder til, hvis noget akut skulle opstå? Eller

gives der direkte eller indirekte løfter, som ikke kan holdes? Sådanne spørgsmål bør politikere, administratorer og medarbejdere løbende stille sig selv og hinanden.

Dokumentation af effekten af forebyggende hjemmebesøg

Videnskabelig international dokumentation

I de sidste 20 år er der ud over danske undersøgelser gennemført en del kontrollerede videnskabelige forsøg med forebyggende hjemmebesøg i England, Holland, Schweiz, USA og Canada. For at opnå et samlet overblik over disse meget forskellige projekter, er der de senere år udarbejdet analyser, der forsøger at vurdere den samlede effekt ved at sammenligne de forskellige forebyggende indsatser i forskellige nationale systemer med forskellige målgrupper.

Konklusionen er, at forebyggende hjemmebesøg, med stor sandsynlighed har gavnlig effekt, målt ved en helhedsvurdering (*assessment*) som medinddrager sociale, psykologiske og helbredsmæssige forhold. Besøg skal følges op, og effekten ser ud til at være størst for den hjemmeboende, ikke svækkede del af befolkningen. Den gavnlige effekt viser sig ved, at funktionsevnetab og behov for overflytning

til institution udskydes samt ved færre hospitalsindlæggelser. Hvilken aldersgruppe, der har mest gavn af besøgene, er der derimod ikke sikker viden om. At effekten for den svækkede del af befolkningen ikke er så udtalt skyldes formentlig, at denne gruppe får de behandlings- og plejetilbud, som de fleste velfærdsstater tilbyder på social- og sundhedsområdet.

Den præcise årsag til den gunstige effekt kendes ikke på nuværende tidspunkt. Der foreligger ingen enkle eller simple forklaringer på, hvorfor forebyggelse gennem opsøgende besøg har en gunstig effekt på borgernes liv. Flere forhold spiller formentlig ind. Årsagerne skal nok findes både i forbedring af systemerne og de personlige ressourcer blandt opsøgerne, men også i specielle forhold i det enkelte ældre menneske og dets liv, som det netop klart udspiller sig i hjemmet. Ved mødet i borgerens eget miljø opstår der muligheder for direkte påvirkninger af ældre menneskers evner til at handle hensigtsmæssigt i hverdagen og opnå subjektiv følelse af kontrol, hvilket medvirker til at bevare funktionsevnen. Tidlige reaktioner over for

svigtende helbredsforhold og løbende gennemgang og eventuel justering af medicin i samarbejde med den praktiserende læge, spiller sandsynligvis også en væsentlig rolle.

34 kommuners projektet i Danmark⁷

Det danske 34 kommuners projekt blev påbegyndt i 1999. Formålet var at vurdere, om undervisning af kommunernes forebyggende medarbejdere i at anvende et struktureret indhold i besøgene, med fokus på funktionsevne påvirkede de ældres funktionsevne, Desuden var formålet at vurdere vigtigheden af en tværfagligt koordineret opfølgning, som medinddrager almen lægepraksis. Interventionen bestod primært i undervisning af forebyggere og praktiserende læger.

I alt 50 kommuner i fire amter blev inviteret til at deltage i den videnskabelige undersøgelse – kommunerne ud fra muligheder for rehabilitering, amterne – Sønderjyllands, Roskilde, Vestsjællands og Storstrøms – ud fra de praktiserende lægers mulighed for overenskomstmæssigt at kunne delta-

ge i hjemmebesøgene. Af de 50 kommuner accepterede 34 at deltage. Det gav efter lodtrækning 17 interventionskommuner og 17 kontrolkommuner. Interventionskommunerne fik tilbud om regelmæssig kontakt med projektledelsen, først og fremmest med tilbud om undervisning i centrale emner inden for forebyggelse blandt ældre.

Interventionen blev gennemført over tre år – fra 1999-2001 – i 17 kommuner og omfattede:

- ◆ Indledende fælles tværfaglig undervisning til alle fagpersoner, der var involveret i de forebyggende hjemmebesøg
- ◆ Gerontologisk og geriatrisk undervisning til to nøglepersoner fra hver kommune, to gange årligt. Den indledende undervisning blev udbygget, og der var mulighed for at udveksle erfaringer om indhold i og organisering af arbejdet med forebyggende hjemmebesøg
- ◆ Amtsvis undervisning om forebyggelse af fald blandt ældre til relevante fagpersoner i kommunerne
- ◆ Tilbud om undervisning til de praktiserende læger med fokus på de hyppigste almen-medicinske

7 Startskuddet blev givet i 1997 af Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd, Forskningsfonden for almen praksis og sundhedsvæsenet i øvrigt, og blev senere bakket økonomisk op af Socialministeriet, Den Kommunale Momsfond og Østdansk Sundhedsvidenskabeligt Forskningsforum. Publikationer af projektet: Vass M, Avlund K, Hendriksen C, Keiding N. Prevention home visits to older people in Denmark. Ageing Clinical and Experimental Research 2002;14:509-515

problemstillinger hos ældre mennesker, og på indholdet af den lægelige opgave, når et forebyggende hjemmebesøg gav anledning til kontakt til lægen.

Undervisningen af de kommunale nøglepersoner fokuserede på fire områder:

- ◆ Indholdet i de forebyggende hjemmebesøg, med vægt på den ældre borgers ressourcer, på helbredsmæssige, mentale og sociale faktorer og opmærksomhed over for tidlige tegn på tab af funktionsevne
- ◆ Betydningen af kommunikation som forudsætning for både at formidle tilbudet om forebyggende hjemmebesøg og at opnå god kontakt med den ældre borger
- ◆ Betydningen af understøttende tilbud i lokalområdet, fx gode muligheder for at være fysisk aktiv, gode muligheder for at deltage i sociale aktiviteter og gode transportordninger m.m.
- ◆ Samarbejdsrelationer til andre fagpersoner i lokalområdet, herunder praktiserende læger, med henblik på at skabe gode muligheder for at følge op på et forebyggende hjemmebesøg.

Nøglepersonerne i interventionskommunerne blev undervist i mulighederne for at forebygge svækkelse hos ældre mennesker. Og nøglepersoner-

ne blev anbefalet at fokusere på funktionsevne og være opmærksomme på træthed gennem brug af to enkle tests. Det blev endvidere anbefalet at stimulere og hjælpe den enkelte ældre til at være fysisk aktiv, at forebygge fald samt at samarbejde med den praktiserende læge. Yderligere understøttende faktorer ved indgreb (intervention) var tilbud i lokalsamfundet om fysisk aktivitet og muligheder for netværksdannelse og samarbejde med frivillige organisationer.

Kontrollkommunerne var ikke i kontakt med projektets ledelse i de tre år, interventionen varede.

Konsekvenserne af interventionen blev målt ved at sammenligne deltagere i interventions- og kontrollkommunerne – altså et indirekte effektmål, da interventionen blev rettet mod *personalet* i kommunerne. Over 4000 ældre danskere i de 34 kommuner (ca. 2800 på 75 år og ca. 1200 på 80 år i 1998) accepterede at deltage og gav tilladelse til indsamling af oplysninger om social- og sundhedsydelse i de efterfølgende år. Samtidig besvarede deltagerne fire gange et spørgeskema om deres funktionsevne og personlige forhold: ved undersøgelsens begyndelse samt 1½, 3 og 4½ år senere. Disse oplysninger giver helt unikke muligheder for at vurdere effekten af de forebyggende hjemmebesøg, både på kort og længere sigt.

Ud over at belyse interventionens konsekvenser for de ældres funktionsevne har oplysninger fra de 4000

ældre danskere givet viden om, hvordan tilbudet om forebyggende hjemmebesøg bedst muligt indbygges i den danske hverdag.

Hvad viste resultaterne?

Effekten af interventionen blev målt ved spørgeskemaer om funktionsevne, suppleret med detaljerede registeroplysninger om de 75- og 80-årige i de deltagende kommuner.

Funktionsevne og køn

Som det ses i **tabel 1**, side 35, havde gamle kvinder i interventionskommunerne bedre funktionsevne efter de tre års intervention, end gamle kvinder i kontrollkommunerne. At undervise personalet, der udførte de forebyggende hjemmebesøg, gjorde således en forskel for disse kvinders evne til at klare daglige aktiviteter.

Endvidere viser tabellen, at gamle kvinder, som modtog et forebyggende besøg i hjemmet, også havde bedre funktionsevne end kvinder, som ikke modtog forebyggende hjemmebesøg. Det har altså en effekt at gennemføre forebyggende hjemmebesøg, også når de gennemføres som en del af den daglige praksis i kommunerne. Ingen af disse resultater sås hos mændene, hvis den samlede gruppe analyseres.

Alder og køn

Tabel 2, side 35, viser, at ved analyse efter 3 år af den yngste undergruppe (75-årige ved projektets start i 1998) og den ældre gruppe (80-årige ved projektets start i 1998), ser det ud til, at de 'ældre' ældre har bedre funktionsevne end de 'unge' ældre. Undervisningen ser altså ud til at komme de 'ældste' ældre til gavn, uanset køn. Effekten af interventionen kan ved yderligere analyser også påvise en tilsvarende klart mindre risiko for at komme på institution. Og alle effekter ser ud til at gælde for den gruppe, som ikke havde brug for hjælp ved projektets start – dvs. de raske og rørige.

Antal besøg og anden kontakt til kommunen

Endvidere ser det ud til, at jo flere besøg, den ældre tager imod, des større er sandsynligheden for en bedre funktionsevne, også når man tager hensyn til, hvor mange der overlever i opfølgelsesperioden. En bedre funktionsevne opnås også blot ved regelmæssig kontakt med det opsøgende tilbud. Dvs. hvis ældre borgere blot har efterfølgende årlig telefonisk kontakt efter ét hjemmebesøg, vil effekten være større end, hvis kontakten til det forebyggende tilbud kun er sporadisk. Altså en klar understregning af vigtigheden af kontinuitet.

Effekter på funktionsevne, dvs. at kunne klare sig uden hjælp efter 3 år

De statistiske usikkerheder er angivet med sorte bjælker. Når bjælken er "fri" af værdien 1, betyder det, at der er statistisk signifikans for, at der er forskel i funktionsevnen mellem deltagergrupperne, og at den observerede forskel ikke er fundet ved en tilfældighed.

Tabel 1

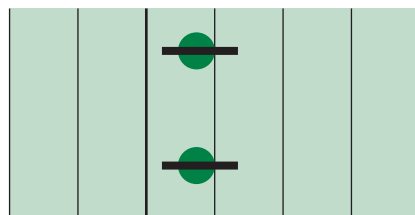
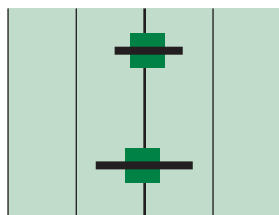
Mænd

Kvinder

0 0,5 1,0 1,5 2,0

0 0,5 1,0 1,5 2,0 2,5 3,0

Effekten hos deltagerne i interventionskommuner sammenlignet med effekten hos deltagerne i kontrollkommuner



Effekten hos deltagere, som tog imod besøg, sammenlignet med effekten hos deltagere som ikke modtog besøg



Tabel 2

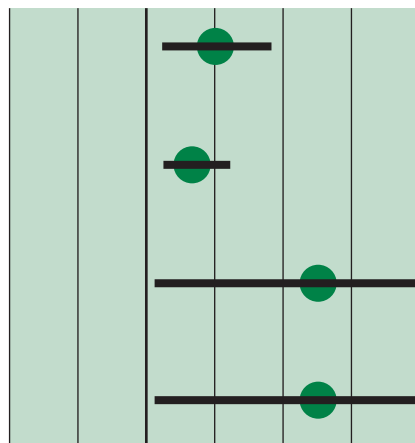
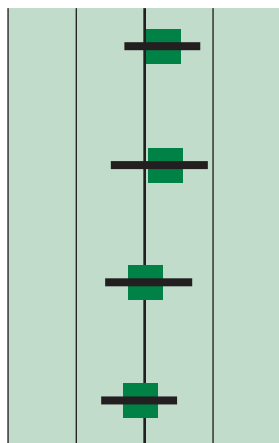
75-årige

80-årige

0 0,5 1,0 1,5 2,0

0 0,5 1,0 1,5 2,0 2,5 3,0

Effekten hos deltagerne i interventionskommuner sammenlignet med effekten hos deltagerne i kontrollkommuner



Effekten hos deltagere, som tog imod besøg, sammenlignet med effekten hos deltagere, som ikke modtog besøg



Effekten hos deltagere, som tog imod mere end 5 besøg, sammenlignet med effekten hos deltagere, som ikke modtog besøg



Effekten hos deltagere, som havde årlig, regelmæssig kontakt, sammenlignet med effekten hos deltagere som ikke modtog besøg



Tabel 3

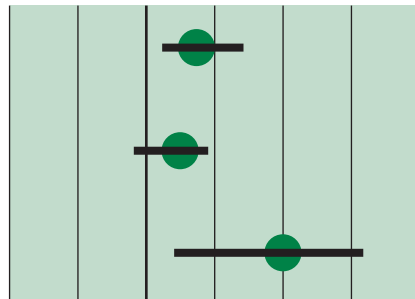
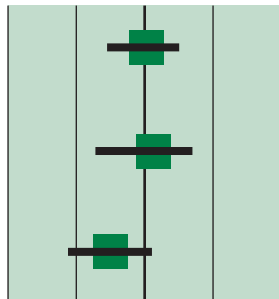
75-årige

80-årige

0 0,5 1,0 1,5 2,0

0 0,5 1,0 1,5 2,0 2,5 3,0

Effekten i interventionskommuner sammenlignet med effekten i kontrollkommuner



Effekten af undervisning af kommunale medarbejdere



Effekten af undervisning af kommunale medarbejdere og af de praktiserende læger



Samarbejde og koordinering

Endelig ser det ud til, at et godt samarbejde mellem hjemmepleje, det forebyggende tilbud og de praktiserende læger i området er meget afgørende for de bedste effekter, se **tabel 3**, side 35. Der var effekter af undervisning af de forebyggende medarbejdere og af lægerne hver for sig, men hvis begge grupper modtog undervisning, som bl.a. opfordrede til koordinering mellem netop disse instanser, var effekten mere end dobbelt så stor blandt de ældre borgere – altså en gensidigt forstærkende effekt. Undervisningen har netop fokuseret på vigtigheden af en helhedsvurdering ved besøgene og på at formidle kontakt til egen læge ved mistanke om helbredsmaessige problemer. En hypotese for interventionen er, at hvis begyndende begrænsninger i funktionsevnen skal rettes op, skal problemerne opdages tidligt, og der skal reageres med det samme. Noget tyder på, at funktionsevnetab dermed kan forebygges.

Sundhedsøkonomisk vurdering af undervisningen

En sundhedsøkonomisk vurdering viser, at undervisningen af sundhedspersonalet er omkostningsneutral. Man opnår med andre ord bedre funktionsevne hos besøgsmodtagerne og forbedrede kompetencer hos de fagprofessionelle for samme ressourcer.

Organisering af de forebyggende hjemmebesøg i de deltagende kommuner

Undervejs i 34 kommuners projektet blev der indsamlet kvalitative oplysninger om, hvordan kommunerne har organiseret de forebyggende hjemmebesøg. Der er store forskelle i kommunernes administrative landskab, men analyserne tegner et mønster af tre overordnede måder at løse opgaven på. Kommunerne er inddelt efter, hvordan styring, produktion og nyorientering i organisationen er prioriteret og sat i værk. Det fører til organisationstyperne: den regelstyrede, den rammestyrede og den forhandlingsstyrede kommune. For hver af disse typer tegner sig et mønster af fordele og ulemper.

*Tre overordnede måder at organisere
forebyggende hjemmebesøg på:
'Regler', 'Rammer'
og 'Forhandling'*

Den overvejende *regelstyrede* kommune har den fordel, at produktionsmåden sikrer ensartethed i den service, der ydes borgeren. Ulempen er manglende evne til at tilpasse sig borgerens individuelle behov. I denne organisationsform kan evnen til løbende at udvikle kerneydelsen efter ældrebefolkningens behov hæmmes.

Den anden ende af spektret er karakteriseret ved den *forhandlings-*

styrede kommune. Her nedsættes projektgrupper løbende i en løsere organisation, hvor hurtig udvikling og innovation præger opgaveløsningen. Ulemperne kan let blive et højt omkostningsniveau, og at udviklingen kan komme til at foregå i et så højt tempo, at kerneydelsen ikke forankres i hverdagsrutinerne. Det tager tid, før fordele ved nye tiltag indfinder sig, især hvis blikket, allerede før den langsigtede vurdering afsluttes, er rettet nye steder hen. Hvis udviklingstempoet bliver for højt, er det ikke givet, at der sker nødvendig opfølgning af 'det gamle' og naturlige 'kurskorrektioner'.

Imellem disse to yderpunkter ligger den overvejende *rammestyrede* kommune. Her udstikker ledelsen de overordnede mål og forudsætninger, men det overlades til de forebyggende medarbejdere at fylde disse rammer ud. En løbende justering og opfølgning er typisk indbygget i ledelsesstrategien. Opgaven er således ikke skarpt defineret igennem regler. Denne måde at organisere besøgene på rummer gode muligheder for at tilpasse standardløsninger til den enkelte borgers behov. Ulempen er dels, at der ikke sikres ensartethed i serviceydelsen, dels at denne organisationsform stiller høje krav til den enkelte medarbejder, idet den typisk tillader vide rammer for medarbejderens udøvelse af skøn.

Effekten af kommunens størrelse og organisering

Der kan ikke påvises sammenhæng mellem indretning af forebyggende hjemmebesøg i en selvstændig stabsfunktion og bedre opgaveløsning. Derimod kan det især for de store kommuners vedkommende ses, at en sammenblanding af de forebyggende besøg og visitoratorfunktionen til kommunens andre ydelser er uhensigtsmæssig.

Der er heller ingen entydig sammenhæng mellem kommunens størrelse og effektivitet i opgaveløsningen. Både store og små enheder har fordele. Små kommuner har en evne til hurtig respons, når den forebyggende medarbejder observerer et problem. Større kommuner har mulighed for løbende vidensdeling imellem flere medarbejdere i forskellige faggrupper, hvilket tjener til at sikre den faglige bæredygtighed. Positive, gensidigt fremmende effekter af vidensdeling mellem socialt uddannede faggrupper og sundhedspersonale vil oftest kunne findes i enheder af en vis størrelse. Samtidig er der i store enheder bedre muligheder for at indrette faste procedurer for supervision m.m. For store enheder er det kun hensigtsmæssigt at lægge opgaven med de forebyggende besøg ud i deldistrikter, såfremt de producentenheder, der bestilles ydelser hos, fx madudbringning, lægges ud i samme deldistrikter. Ellers vil både

nærhedsgevinsterne ved små enheder og gevinsterne ved vidensdeling i store enheder kunne gå tabt.

'Jeg har lidt på fornemmelsen, at det ikke virker på samme måde, de [visitatorerne] giver sig måske ikke så god tid som vi gør. De har et konkret formål med besøget, vores formål er mere diffust. Vi kommer mere som en uforpligtende person, mere på den ældres præmisser.'

(Forebyggende medarbejder, 2000)

Hvordan hjemmebesøgene organiseres ser derfor ud til at være en balance mellem løbende udvikling og nødvendigheden af at holde sig kerneydelsen for øje. Der skal altså findes et minimum af løbende faglig refleksion og udvikling sted, uden at dette bortleder opmærksomheden fra selve opgavens kerneelementer. Ud fra projektet ser det desuden ud til, at det i en dansk sammenhæng giver de bedste resultater, når der overlades en vis frihed til skøn for den enkelte forebyggende medarbejder. Dette kræver imidlertid en bred uddannelsesmæssig baggrund hos medarbejderne.

Anbefalinger

Indholdet i de forebyggende hjemmebesøg

Det forebyggende hjemmebesøgs dynamik

De forebyggende hjemmebesøg er en dynamisk *proces*, som tilstræber, at der opbygges en *relation*, hvor den ældre borger i samspillet med opsøgeren – inden for lokalsamfundets rammer og de ældrepolitiske forudsætninger – gives muligheder for, over tid, at bevare eller forbedre sine muligheder for et godt og uafhængigt liv, dvs. et liv

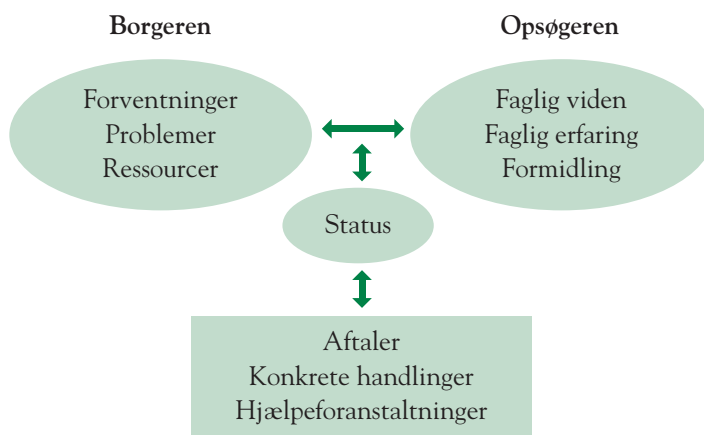
med god funktionsevne og udskydelse af eventuelle behov for hjælp.

Nedenstående figur giver et overblik over de elementer, der indgår i den dynamiske proces.

Dynamikken i de opsøgende besøg er naturligvis afhængig af, hvem de enkelte ydere og modtagere er, hvordan deres kemi passer sammen, og hvilke målsætninger der er for besøget.

Borgeren

Borgerens normer og forventninger bør altid vurderes nøje ved kontakter med social- og sundhedsvæsenet. En indledende afklaring af borgerens *for-*



ventninger til besøget er derfor et godt udgangspunkt for den strukturerede samtale. Behovet for omsorgsforanstaltninger varierer meget og afhænger bl.a. af den enkeltes *ressourcer*, fx om man er rask og rørig, bor alene, hvilken social baggrund man har m.m. For raske og selvhjulpne er det eksempelvis næppe tilfældigt, hvem der har overskud til at være i aktiv kontakt med andre, og hvem der isolerer sig, idet alderdommen på mange måder afspejler den tidligere livsførelse. Eventuelle forslag og ideer til hjælp bør derfor også kunne videreføre og inddrage tidligere interesser og behov. Retten til selvbestemmelse indebærer desuden, at borgeren altid skal rådspørges, selv definerer eventuelle *problemer* og selv tager stilling til, hvad der eventuelt indgås aftale om eller konkret skal sættes i værk. For de allersvageste kan selvbestemmelse være et principielt ønske, men de kan være ude af stand til at udfolde sig i samme omfang som mere velfungerende. Op-gaven er dermed bl.a. også at vurdere hvilke uidentificerede problemer og skjulte behov, der med fordel kan sættes ind over for.

Opsøgeren

Opsøgeren bør benytte en professionel – ikke formynderisk og pædagogisk – *formidling*, som har øje for den enkeltes ressourcer. Den gennemgående grundholdning bør være at inddrage den ældres normer og hverken

styre eller rådgive efter egne 'behand-ler'-normer og -forventninger – også hvis forholdene efter opsøgerens skøn er til ulempe for den besøgte. Medarbejderen bør derfor aldrig arbejde ud fra holdningen: 'Jeg ved, hvad der er bedst for dig' men derimod ud fra holdningen: 'Jeg kan noget, som du måske kan bruge'.

Foruden at kunne 'tale med folk', skal opsøgeren, bl.a. for at tilliden til ordningen kan bevares, have helt klare retningslinier for, hvad systemet kan tilbyde. Information om eventuelle hjælpeforanstaltninger skal fremlægges på en måde, der giver mulighed for at vurdere konsekvenserne – også eventuelle økonomiske.

Den forebyggende medarbejder skal endvidere både have en bred *faglig erfaring* og *viden om relevante tilbud* inden for det sociale område og samtidig være så forankret i sit 'system', at vedkommende kan formidle og vejlede den enkelte ældre, og de nærmeste samarbejdspartnere i det kommunale system.

'Vi har fået forskellige hjælpemidler, som vi nu dagligt bruger. Vi havde ikke selv spurgt efter hjælpemidler for vi vidste ikke, at vi kunne få dem til låns'.

(Kommentar fra projektdeltager i spørgeskema)

Status

For hele tiden at justere indgåede aftaler og evt. iværksat hjælp kræves der løbende status og vurdering af, om de opstillede målsætninger er opnået.

Det forebyggende hjemmebesøg

Ud fra videnskabelige undersøgelser samt erfaringer fra kommunerne i Danmark, anbefales det, at indholdet i de forebyggende hjemmebesøg består af:

- ◆ Tillidsfuld kontakt
- ◆ Strukturert samtale
- ◆ Samlet vurdering
- ◆ Eventuelle konkrete aftaler og
- ◆ Opfølgning

Besøgene har to dimensioner: de konkrete handlinger under og efter besøgene og den atmosfære besøgene gennemføres i. De to dimensioner er tæt forbundet, først og fremmest gennem samtalen. Tillid og tryghed er betingelser for, at der kan udveksles brugbare informationer mellem parterne. Og det er afgørende, både i talt sprog og kropssprog, at vise respekt for den, der besøges, at lytte, og at give personen god tid til selv at fortælle. Samtidig kan der stilles uddybende spørgsmål, som tilkendegiver interesse for personen, og at den pågældende tages alvorligt. Hvis den professio-

nelle fx ikke viser respekt for den ældres egen vurdering af et problem, må det forventes, at den rådgivning og vejledning, som er en del af formålet med besøget, modtages med en vis skepsis.

Det første og de senere besøg bør ikke forløbe ens. Ved det første besøg bør formålet med besøget forklares. Og derefter bør besøgsmodtagerens ønsker bestemme besøgets indhold. Ved senere besøg er forventningerne oftest mere afklarede. Hvis der er opnået tillidsfuld kontakt, vil der automatisk flyde flere og flere oplysninger om, hvordan hverdagen fungerer, og om forhold det eventuelt ikke var muligt at tage fat på ved det første besøg. Der opstår som regel løbende nye spørgsmål, som kan drøftes, eller som stiller krav til andre af den forebyggende medarbejders kompetencer.

Hvis det via kontakten lykkes at opnå en god atmosfære af gensidig tillid, tryghed og indlevelse i hverdagen, vil betingelserne for at opbygge et egentligt tillidsforhold være til stede. Tillidsforholdet må ikke benyttes til at manipulere besøgsmodtageren i bestemte retninger og dermed gøre indgreb i selvbestemmelsesretten, ligesom opsøgeren i sin kommunikation ikke må udstråle, at ansvaret fratages den besøgte. Et vellykket resultat forudsætter således, at besøgeren er fagligt funderet og er i stand til at formidle sin viden på en individualiseret og anstændig måde, dvs. med empati og kvalificeret pædagogik.

Den strukturerede samtale

Når kontakten er skabt, er det vigtigste, at samtalen struktureres. Det vil sige, at rammerne for besøget, herunder den afsatte tid, på forhånd er tilrettelagt og undervejs styres af den professionelle ved hjælp af bevidste metoder, der individualiseres fra person til person – og fra besøg til besøg.

Hovedelementet er at gennemgå dagligdagen og stille relevante og specifikke spørgsmål til sociale, psykiske og helbredsmæssige forhold, herunder gennemgå lægemidler, som indtages. Under de enkelte punkter er der naturlig mulighed for at give både generel og individuel information, vejledning og rådgivning. Hensigten er således, at samtalen kommer 'hele vejen rundt om personen'.

Det er vigtigt, at samtalen også ledes hen på positive aspekter i personens hverdag. Opsøgeren skal ikke udelukkende bestræbe sig på at finde problemer eller opspore risici, men i lige så høj grad fungere som 'talentspejder', der kan støtte besøgsmodtagerens ressourcer. Men samtidig er det vigtigt, at opsøgeren retter sit faglige blik mod risikosituationer og benytter egnede redskaber til at opdage tidlige tegn på evt. funktionsbegrænsninger, der kan rettes op på. Bl.a. har det vist

sig at være afgørende at opdage og reagere på træthed i de daglige aktiviteter. En egentlig screening, dvs. tidlig diagnosestilling af enkelte sygdomme (fx demens og osteoporose) skal ikke inddrages.

Samtalen skal ikke forløbe efter en helt fast forudbestemt skabelon eller som et fast spørgeskema. Derimod kan det anbefales, at samtalen struktur er tilrettelagt, men styret inden for en fleksibel ramme, som giver mulighed for individuel tilpasning. Der findes god litteratur om kunsten at gennemføre en professionel samtale.⁸

Samlet vurdering og eventuelle konkrete aftaler

Gennem en nænsom og indlevende samtale, baseret på professionel faglighed, samles registreringer om den enkeltes funktionsevne ved at vurdere personen i hverdagen i forhold til omgivende netværk og miljø. Borgerens ønsker og forventninger inddrages i drøftelser om eventuelle behov for forandringer, og konkrete aftaler kan eventuelt indgås. Råd og vejledning af sundhedsfremmende og forebyggende karakter skal overvejes, men ikke nødvendigvis gennemføres. At 'stikke fingeren i jorden' er fortsat elementært, men meget centralt at kunne håndtere. Dilemmaet mellem

8 Zimsen K. *Samtalen som værktøj*. København: Gyldendal, 1975. Andersen JL, Hansen HK. *Samtale i Øjenhøjde*. København: Gyldendal, 1994. *Livet er et Kunstværk – om ældre pædagogisk teori og praksis*. København: ÆldreForum, 2002.

faglig viden, der kan komme borgeren til gavn og egne holdninger til fx livsstil – og borgerens ret til selvbestemmelse, skal kunne håndteres på en professionel måde, uden at påføre borgeren skyldfølelse eller sygeliggøre den pågældende. Se endvidere herom i afsnittet *Etik og forebyggende hjemmebesøg*.

Ved besøgene kan medarbejderen med fordel udfylde et kommunikationsark med oplysninger om, hvordan det er gået siden sidste besøg, hvad der er aftalt og iværksat, og hvornår næste besøg er berammet til. For at bidrage til et godt, tværfagligt, primærkommunalt samarbejde kan en kopi af dette ark – naturligvis med borgerens tilladelse – sendes til de relevante samarbejdspartnere, herunder til den praktiserende læge.

Opfølgning

Det primære mål med de opfølgende besøg er at vedligeholde kontakten og tilliden samt at vurdere, om der er indtrådt ændringer siden sidste besøg. Derudover fremdrages drøftelser fra tidligere besøg med henblik på at opnå besøgsmodtagerens bekræftelse af ønsker og forventninger, der førhen er givet udtryk for. Endelig skal det diskuteres, om en eventuel påbegyndt støtte fra, eller en kontakt til, andre fungerer tilfredsstillende. Hvis ikke, er der mulighed for at følge op på dette.

Hvordan organiseres forebyggende hjemmebesøg bedst muligt?

Set i lyset af resultaterne fra 34 kommuners projektet, erfaringer fra andre videnskabelige undersøgelser og kendskab til praktiske erfaringer fra danske kommuner, kan man med en vis sikkerhed udtale sig om, hvilke centrale delelementer i organisering og udførelse af forebyggende hjemmebesøg til ældre, det vil være en fordel at prioritere. Det er imidlertid også vigtigt at indarbejde økonomiske overvejelser. 'Bedst muligt' skal således både sammenholdes med virkninger og omkostningerne.

Kommunernes opdeling i myndigheds- og leverandørenheder (bestiller- og udførerenheder) nødvendiggør specielle overvejelser og diskussioner mht. placering og kompetence. En detaljeret beskrivelse af disse forhold ligger dog uden for rammerne af denne publikation.

Hvis det kort skal resumeres, hvad der med rimelig sikkerhed skal prioriteres, kan følgende fremhæves:

Organisering og målgruppe

Samarbejde

De forebyggende hjemmebesøg bør indarbejdes som en koordineret del i det samlede offentlige tilbud på æl-

dreområdet, således at samarbejdet med såvel almen lægepraksis som det sekundære sundhedsvæsen prioriteres højt.

Hvilke borgere skal besøges?

Forebyggende og sundhedsfremmende hjemmebesøg er i sin grundtanke en indsats, der har til formål at bevare eller udskyde funktionsevnetab. Det er derfor ikke overraskende, at forskningen nu kan dokumentere, at det er den bedst fungerende del af ældrebefolkningen, der har størst udbytte af besøgene. At bidrage til at opretholde funktionsevnen, og samtidig reagere hurtigt ved tidlige tegn på skrøbelighed ser ud til at være den rigtige strategi. Målgruppen er således de ikke-svækkede ældre. Dermed ikke sagt, at det er udelukket at opnå resultater over for svækkede grupper.

Aldersgrænser

Forebyggende hjemmebesøg målrettes nu de funktionsstærke i bred forstand. Ordningen rettes mod de 75-årige og derover, men et fast alderskriterium for, hvornår besøgene er optimale, findes ikke. Noget tyder på, at de nye ældregenerationer er mindre funktionsbegrænsede, og at regelmæssige kontakter derfor med størst udbytte tilbydes til de 'ældre' ældre. Men kulturelle aspekter i de etniske ældregrupper betyder, at forebyggende

hjemmebesøg muligvis skal tilbydes længe før 75 år for denne gruppe. Endvidere kan gruppebaserede indsatser over for de 'unge' gamle, dvs. de 75-80-årige, meget vel være en mere effektiv måde at tilbyde forebyggende initiativer på. En fleksibel tilgang til alderskriterier er derfor at foretrække, selv om både den internationale og den danske forskning om forebyggelse af funktionsevnetab har sat fokus på mennesker på 75 år og derover.

Forebyggende hjemmebesøg som integreret eller selvstændig del i hjemmeplejen?

Formentlig opnås der bedre effekter, målt som funktionsevne på individniveau, hvis de forebyggende medarbejdere er velintegrerede og fagligt forankrede i hjemmeplejen med kompetence til at udøve skøn og råderum til at sætte konkrete hjælpeforanstaltninger i værk. Forskellige typer kommuneorganisationer giver derfor som nævnt forskellige muligheder for gennemførelse af besøgene. Kommuner, der benytter sig af skarpt regelstyrede procedurer mister fleksibilitet, hvimod mere innovative og projektstyrede organisationer lettere mister det overblik, som er nødvendigt for at få de daglige rutiner til at fungere.

Forebyggende hjemmebesøg skal ikke fungere som et kontrolbesøg for at vurdere om den hjælp, som kommuner yder, er korrekt og koordineret. Det er en visitations- og tilsynsop-

gave, som formentlig ikke bør varetages af samme fagperson, med mindre specielle forhold gør sig gældende. I små enheder tyder erfaringerne dog på, at denne opgave *kan* rummes i samme person. Ofte vil der imidlertid være modstridende ønsker mellem en forebyggende medarbejder og en visitor om tildeling af fx hjemmehjælp. Det skal understreges, at gunstige effekter af forebyggende hjemmebesøg bl.a. forudsætter, at hjemmehjælpen løbende afpasses efter behovene.

Forebyggende medarbejdere

Kompetencer

Såvel internationale undersøgelser som det danske 34 kommuners projekt påviser klart vigtigheden af de forebyggende medarbejders faglige kunnen. Uddannelsesniveautet bør derfor tilstræbe en bred faglig viden både på det sociale område og på det sundhedsmæssige område.

Motivation

Ud over sociale og sundhedsmæssige kompetencer forudsættes også motivation og engagement til at arbejde med ældre mennesker. Desuden er menneskelig modenhed for at kunne indleve sig i og fornemme, hvornår og hvordan en afbalanceret rådgivning og vejledning kan finde sted, nødven-

dig. Forebyggende medarbejdere skal med andre ord kunne forstå og beherske eksistentielle problemstillinger, som til stadighed vil være en del af besøgenes indhold.

Empati

Det er næsten enslydende fra alle forebyggende fagpersoner i alle lande, at forudsætningen for en vellykket gennemførelse af besøgene hviler på etablering af god kontakt. Foreløbige analyser i det danske projekt støtter dette, idet resultaterne primært ses i den gruppe, hvor der er opbygget en god relation mellem borgeren og den forebyggende medarbejder. Dette antyder indirekte, at kommunerne bør tilstræbe, at det er de samme fagpersoner, som leverer ydelsen, og at de mestrer opgaven gennem relevant efteruddannelse med sigte på såvel faglig viden som kommunikative færdigheder. Meget tyder på, at den forebyggende medarbejders faglighed og evne til empatisk forståelse (dvs. indlevelse) bidrager afgørende til, at borgeren mestrer sin tilværelse bedre. Set i dette lys er forebyggende hjemmebesøg en proces, hvor en individuelt tilpasset offentlig ydelse, udøvet med faglig viden og fornemmelse for den enkelte, undervejs omdannes til hjælp til selvhjælp.

Videnskabelig perspektivering

Ældres sygdomme og behov for social støtte og omsorg er relativt nye fagområder inden for uddannelse og forskning. Det betyder, at den ekstra opmærksomhed og viden om forebyggelses- og behandlingstiltag, som stigende levealder og dermed et stigende antal ældre, rummer både kvalitative og kvantitative udfordringer for et velfærdssamfund som det danske.

En vigtig indsats er den forebyggende, hvor hjemmebesøgsordningen for ældre mennesker er en central bestanddel. Og selv om rådgivning og aktiv indsats over for generelt helbred, ernæring, faldforebyggelse, nyopdukkede symptomer m.fl. allerede fungerer, er der dog stadig vigtige sider af ældres liv, som vi ved for lidt om til at målrette hjemmebesøgenes anvendelse af ressourcer og indsatsområder. Og her kommer hjemmebesøgenes bidrag ind som en vigtig nyskabelse.

Det er imidlertid vigtigt, at indsamlingen af ny viden i denne sammenhæng klart adskilles fra det egentlige formål med det forebyggende hjemmebesøg, således at eventuelle spørgsmål til borgeren først stilles, efter den forebyggende samtale er afsluttet eller på et senere aftalt tidspunkt. Og det er samtidig afgørende,

at det i overensstemmelse med den videnskabsetiske grundregel gøres borgeren klart, at de stillede spørgsmål og den dialog, der finder sted, tjener to forskellige formål.

Anvendelsen af en sådan ny teknik til indhentning af ny og pålidelig viden om ældre, fx under benævnelsen *gerontoepidemiologi*⁹ (eller i særlige tilfælde *klinisk gerontoepidemiologi*) kræver opfyldelse af nogle vigtige betingelser:

- ◆ Problemstillingen, dvs. undersøgelsens idé, skal være væsentlig for hele ældregruppen og dermed også for social- og sundhedsvæsenet og disses muligheder for at omsætte resultaterne i en meningsfuld praksis.
- ◆ Kommuner, som ønsker at deltage, skal på praktisk og administrativt niveau acceptere deltagelsen, og de udførende, forebyggende hjemmebesøgere skal ligeledes acceptere og vurdere, i hvilket omfang ekstra ressourcer vil være nødvendige. Desuden skal det i planlægningsfasen aftales, fra hvilke kilder evt. økonomisk støtte vil blive søgt.
- ◆ Deltagerne skal, via et informeret samtykke, acceptere at deltage i projektdelen, som er tilknyttet det sædvanlige hjemmebesøg, og hvis ikke et sådant samtykke opnås, skal hjemmebesøget *alene* gennemføres i den kendte form.

9 Geronto: knyttet til aldring og alderdom. Epidemiologi: videnskaben om befolknings eller befolkningsgruppers livsvaner og uvaner og disses betydning for menneskets sundhed og sygdom.

-
- ◆ Deltagere, som siger nej tak til at modtage det egentlige hjemmebesøg, skal også kunne forespørges om deltagelse i projektdelen, og denne mulighed – og retten til at afslå deltagelse – skal fremgå af en kort projektintroduktion, der vedlægges alle skrivelser om hjemmebesøg, som udgår til kommunens borgere.
 - ◆ Iværksættelse af et projekt skal overholde principperne bag lov om et videnskabsetisk komitéssystem og lov om behandling af personoplysninger, hvad enten formel anmeldelse vil blive krævet eller ej. I tvivlstilfælde skal de berørte regionale videnskabsetiske komitéer (ved deres sekretariat og/eller formand) spørges.
 - ◆ Samlet skal de etiske aspekter af en gerontoepidemiologisk undersøgelse på denne måde forhindre, at kommercielle interesser blandes ind i projekters formål eller forløb. Efter afslutningen af en undersøgelse bør det tilstræbes, at resultaterne med videnskabelig troværdighed formidles via offentliggørelse til andre potentielle brugere, dvs. kommuner m.fl. Men også en international formidling vil være ønskelig.

drepolitik. Endnu uafklarede spørgsmål er fx: om mænd og kvinder har lige stort udbytte af besøgene, om nogle sociale grupper, har mere gavn af besøgene end andre, eller om specielle forhold gør sig gældende for enkelt- eller samboende. Samspillet mellem den enkeltes psykiske ressourcer og de lokale muligheder og aktiviteter i et område kan også have afgørende betydning for resultatet af indsatsen.

Yderligere to væsentlige områder, som der mangler konkret viden om, kan fremhæves, nemlig: Ældres forbrug af lægemidler og alternative behandlingsmetoder samt forekomst af vold og overgreb mod ældre.

Med udbygningen af det danske system med tilbud til ældre over 75 år, så det omfatter vigtige undersøgelser af ældres vilkår og trivsel, vil Danmark stå bedre rustet til at møde fremtidens demografiske udfordringer, med dens stigende antal ældre og længere levende ældre.

Områder, hvor større indsigt tiltrænges, er mange, bl.a. større indsigt i hvad de forebyggende hjemmebesøg kan bidrage med til en forbedret æl-

Informationer, litteratur m.m.

Kompetenceudvikling til personer der arbejder med forebyggende hjemmebesøg Vederlagsfrie kurser i 2006

Kurserne gennemføres som et målrettet kompetenceløft til personale, der arbejder med forebyggende hjemmebesøg i kommunerne.

Deltagerne får kendskab til metoder og redskaber, som både kvalificerer kontakten med ældre borgere og kan identificere symptomer og adfærd, der giver begrundet mistanke om demens.

Kurset giver indføring i mødet med borgeren, den gode samtale og det målrettede interview. Desuden får deltagerne baggrundsviden om demens, opsporing og indsats samt om henvisning til rette foranstaltninger.

Kursusforløbet består af fire hele undervisningsdage, der afvikles over fire fortløbende uger. Der udbydes i alt 17 kursusforløb i Jylland, på Fyn og på Sjælland.

Kurserne er iværksat af Styrelsen for Social Service og er vederlagsfrie for deltagerne. De gennemføres af Forvaltningshøjskolen og er beskrevet

på skolens hjemmeside www.dfhnet.dk (se under kurser) og på www.servicestyrelsen.dk (se under demens).

Landsforeningen for ansatte i sundhedsfremmende og forebyggende hjemmebesøg

Landsforeningen består af forskellige faggrupper, der i det daglige arbejder med sundhedsfremmende og forebyggende hjemmebesøg for ældre mennesker.

Sekretariat:
Jernbane Allé 54
2760 Vanløse
Telefon: 38 77 07 02
e-mail: forebyg@osi.dk
www.sofu.dk

Videnscenter på Ældreområdet

udsender månedligt et elektronisk nyhedsbrev, med mulighed for erfaringsudveksling og faglig dialog, der særligt retter sig mod personale, som varetager de lovpligtige, forebyggende hjemmebesøg i kommunerne.

Videnscenter på Ældreområdet
Aurehøjvej 24,
2900 Hellerup
Tlf.: 39 40 10 10
www.aeldreviden.dk

Litteratur

Vejledning om forebyggende hjemmebesøg

Socialministeriets vejledning *Sociale tilbud til ældre m.fl.* (1998), indeholder et selvstændigt afsnit om lov om forebyggende hjemmebesøg og lovens intentioner m.m.

Socialministeriet forventer at udsende en opdateret udgave af vejledningen i begyndelsen af 2006.

Vejledningerne kan fås ved henvendelse til:

Socialministeriet
Lovekspeditionen
Holmens Kanal 22
1060 Kbh. K.
Tlf: 33 92 93 00
Se endvidere www.social.dk

Samtalen som værktøj

Karen Zimsen, København: Gyldendal, 1975.

Samtale i Øjenhøjde

JL Andersen og HK Hansen,
København: Gyldendal, 1994.

Livet er et Kunstværk – om

ældreopdagisk teori og praksis,
Odense: ÆldreForum, 2002.

Spor og himmelstrejf

– en håndbog i samtalen ved de forebyggende hjemmebesøg
Omsorgsorganisationernes Samråd,
København, 2003

Se endvidere artiklerne:

Vass M, Avlund K, Andersen CK, Hendriksen C, Keiding N. (2002) *Preventive home visits to older people in Denmark*. Aging Clin Exp Res 14, 509-515.

Vass M, Avlund K, Kvist K, Hendriksen C, Andersen CK, Keiding N. (2004) *Structured home visits to older people. Are they only of benefit for women? A randomised controlled trial*. Scand J Prim Health Care 22, 106-111.

Vass M, Avlund K, Lauridsen J, Hendriksen C. (2005) *Feasible Model for Prevention of Functional Decline in Older People. Municipality-Randomized Controlled Trial*. J Am Geriatr Soc 53, 563-68.

I følgende af ÆldreForums publikationer findes artikler om forebyggende hjemmebesøg:

Ny viden & gamle fordomme om ældre, 1997. København: ÆldreForum

Årsberetning 1996/97. København: ÆldreForum

Forebyggende hjemmebesøg hos ældre – en international status. Årsberetning 2001. København: ÆldreForum

Artiklerne kan læses på
www.aeldreforum.dk

Lov nr. 1117 af 20. december 1995 om forebyggende hjemmebesøg til ældre m.v.

Loven er ændret ved lov nr. 299 af 27. april 2005,
der er indarbejdet i lovteksten.

§ 1. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde forebyggende hjemmebesøg til alle borgere, der er fyldt 75 år, og som bor i kommunen.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen tilrettelægger besøgene efter behov. Borgeren har altid ret til tilbud om mindst to årlige forebyggende hjemmebesøg.

Stk. 3. Kommunalbestyrelsen kan vælge at undtage de borgere fra ordningen, som modtager både personlig og praktisk hjælp efter § 71 i lov om social service

§ 2. Socialministeren kan i samarbejde med sundhedsministeren fastsætte regler om de kommunale forpligtelser efter denne lov, herunder om samordning med andre generelle kommunale forebyggende og aktiverende foranstaltninger.

§ 3. Loven træder i kraft den 1. juli 1996.

Stk. 2. I perioden indtil den 1. juli 1998 har kommunalbestyrelsen dog kun pligt til at tilbyde hjemmebesøg til alle på 80 år og derover.

§ 4. Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland.

—

Lov nr. 299 af 27. april 2005 indeholder nedenstående ikrafttrædelses- og overgangsbestemmelser. (Lovændringen vedrører § 1. Lovændringen angår ændring af lovens målgruppe)

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

§ 3 Loven træder i kraft den 1. maj 2005.

—

ÆldreForums udgivelser

Alle publikationer kan læses på hjemmesiden www.aeldreforum.dk.
Udsolgte publikationer kan i begrænset omfang rekvireres som fotokopi.



Ny viden & gamle
fordomme om ældre
Marts 1997.
13 sider

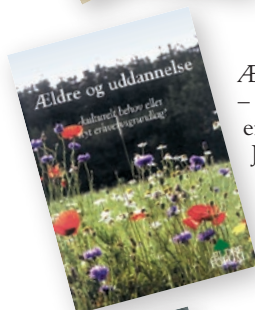


ÆldreForum
Årsberetning
1996/97
Marts 1998. 36 sider

Age Forum
Annual Report
1996/97
Juli 1998. 37 sider



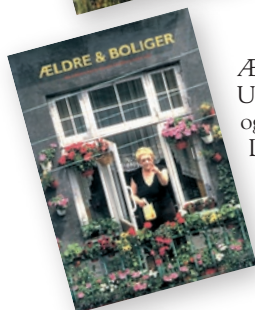
Idékatalog
Fra Ældreråd til
Ældreråd
August 1997.
36 sider



Ældre og uddannelse
– kulturelt behov eller nyt
erhvervsgrundlag?
Juni 1998.
31 sider



At bygge bro mellem
generationer
September 1997.
23 sider



Ældre & Boliger
Udarbejdet af ÆldreForum
og Ældreboligrådet.
December 1998.
35 sider



Ældreidræt
– vedligeholdelse af
kroppen, leg, munterhed
og socialt samvær.
December 1997.
20 sider



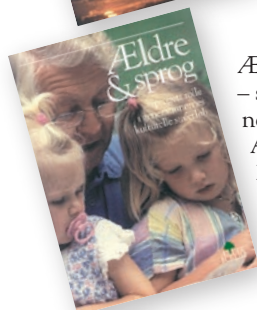
Boligen til den 3. alder
Udarbejdet af ÆldreForum
og Ældreboligrådet.
April 1999.
9 sider



Om sorg & omsorg
Inspiration til samarbejde
om hjælp til ældre efter-
ladte.
Februar 1999.
20 sider



Ældre efter år 2000
Fra forskning til senior-
politik. Rapport fra sym-
posium den 5. november
1999.
April 2000.
48 sider



Ældre & sprog
– sprogets rolle i generatio-
nernes kulturelle stafetløb.
April 1999.
20 sider



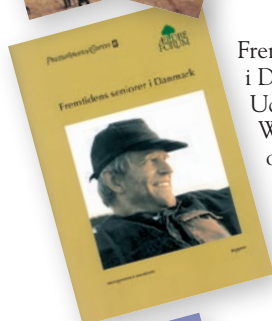
Ældres & yngres sprog
– bro eller barriere?
Maj 2000.
41 sider



ÆldreForum 1998
Årsberetning
Maj 1999. 48 sider



Ældre & demens,
depression & selvmord
August 1999.
64 sider



Fremtidens seniorer
i Danmark
Udgivet af Price-
WaterhouseCoopers
og ÆldreForum.
Oktober 1999.
40 sider.



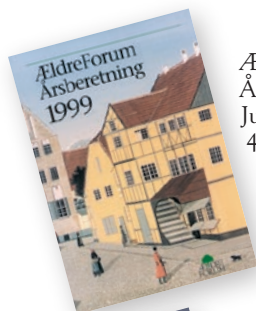
Ældre & stofskiftesyg-
domme, apopleksi, afasi &
knogleskørhed
December 1999.
52 sider



Globalt tema om
ældre & aldring
Videnskabelig forskning:
Artikeloversigt.
Februar 2000.
71 sider



Ældre & syns- &
hørenedsættelser
Juni 2000.
64 sider



ÆldreForum
Årsberetning 1999
Juli 2000.
44 sider



Ældreomsorg & -pleje
Inspiration for kommuner,
omsorgs- og plejepersonale
m.fl. December 2001.
72 sider



Ældre & søvn
December 2000.
20 sider



Fald – en trussel mod
ældres liv og førlighed
Rapport fra konference
den 6. november 2001,
arrangeret af Lægefor-
eningens Gerontologi-
udvalg og ÆldreForum.
Marts 2002.
52 sider



ÆldreForum
2000 Årsberetning
Juni 2001.
48 sider

AgeForum 1999-
2000 Annual Report
Juli 2001.
80 sider

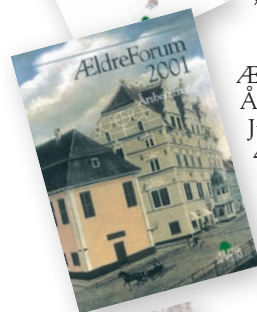


Styrk kroppen og let
hverdagen – det er
aldrig for sent !
Video og instruktions-
hæfte med trænings-
program.
Juni 2002.
Længde:
30 minutter.
Pris:

Til privat brug 60 kr.
Øvrige: 110 kr.



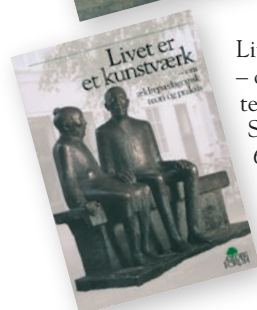
Måltidet & ældre
i eget hjem
August 2001.
64 sider



ÆldreForum
Årsberetning 2001
Juli 2002.
40 sider



Ældre & tandsundhed
November 2001.
40 sider



Livet er et kunstværk
– om ældrepædagogisk
teori og praksis
September 2002.
64 sider



Ældre billedet i medierne
Februar 2003.
48 sider



ÆldreForum
Årsberetning 2003
Juli 2004.
54 sider.



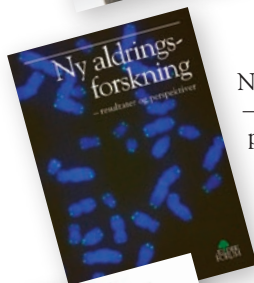
ÆldreForum
Årsberetning 2002
Juni 2003.
52 sider.



Ældre, pårørende &
plejepersonale – inspiration
til samarbejde.
September 2004.
72 sider.



Idékatalog II
– fra ælde råd til ældre-
råd.
Juli 2003.
180 sider.



Ny aldringsforskning
– resultater og
perspektiver.
December 2004.
46 sider.



Ældre & fodsundhed
Oktober 2003.
48 sider.



Motionskort.
Træn sammen med
glæde!
Marts 2005
4 sider.



Flexibelt byggeri
til ældre
Fra fortid til nutid
– fra nutid til fremtid.
April 2004.
56 sider.



Ældre som bedsteforældre
– bedsteforældres rolle i
børns udvikling og sociale
indsikling.
April 2005.
80 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2004.
Juni 2004.
76 sider.

AgeForum
Annual Report 2003-
2004 (netpublikation).
Oktober 2005. 83 sider



Ældre & forebyggende
hjemmebesøg.
December 2005.
56 sider.



Skibhusvej 52A, 3.

5000 Odense C

Tlf. 6548 4050

Fax 6548 4051

E-mail:

aef@aeldreforum.dk

Internet:

www.aeldreforum.dk