

## **Oversigt - Høringssvar**

Center for Sund Aldring  
Dansk Erhverv  
Dansk Sygeplejeråd  
Danske Fysioterapeuter  
Danske Handicaporganisationer  
Danske Regioner  
Danske Ældreråd  
DemensKoordinatorer i Danmark  
Ergoterapeutforeningen  
Finn Kamper Jørgensen (pensioneret læge og formand for Seniorrådet i Frederiksborg Kommune)  
Frivilligrådet  
FSD – Foreningen af kommunale social-, sundheds- og arbejdsmarkedschefer i Danmark  
Hjernesagen  
KL – Kommunernes Landsforening  
National Videnscenter for Demens  
Selveje Danmark  
SIM – Social- og Indenrigsministeriet  
SUFO – Landsforeningen for ansatte i sundhedsfremmende og forebyggende hjemmebesøg  
Ældre Sagen



## Hørings svar over udkast til ændring af regler vedrørende forebyggende hjemmebesøg

28. september 2015

Center for Sund Aldring takker for muligheden for at kommentere på lovforslaget om ændring af lov om social service.

Overordnet er vi positivt stemte over for en målretning af de forebyggende hjemmebesøg mod særligt udsatte borgere. I overensstemmelse med Hjemmehjælpskommissionens anbefalinger ser vi dette som en af måderne, hvorpå den øgede differentiering af ældrebefolkningen kan imødekommes. Ved at fokusere indsatsen mod samfundets mest udsatte ældre, forventes lovforslaget at have en positiv effekt på graden af social ulighed i sundhed blandt ældre. For at dette kan ske, er det dog nødvendigt, at der skabes de rette rammer og betingelser for kommunernes arbejde med målrettede forebyggende hjemmebesøg. Center for Sund Aldring anbefaler derfor:

BLEGDAMSVEJ 3B  
2200 KØBENHAVN N

TLF 35327081  
DIR 35327081

tig@sund.ku.dk  
www.sundaldring.ku.dk

REF: TIG

### **At grundlaget for arbejdet med målrettede forebyggende hjemmebesøg baseres på den bedst tilgængelige viden.**

Dette gælder særligt kriterierne for, hvilke borgere der defineres som "udsatte", hvilket bør baseres på den bedste tilgængelige viden om, hvilke karakteristika, der gør sig gældende for borgere med forhøjet risiko for funktionsevnetab. Dette bør omfatte fysisk såvel som psykisk og social funktionsevne. Identifikation af risikogrupper bør baseres på relevante individuelle karakteristika, herunder køn, alder, etnicitet, socioøkonomisk position, sygdomsstatus samt multimorbiditet, men bør også inddrage livsfaser og -overgange, eksempelvis tab af ægtefælle, udskrivning fra hospital til hjemmet eller diagnosticering af progressiv sygdom.

Dernæst er det vigtigt, at det opsøgende og fastholdende arbejde, hvilket forventes at udgøre de mest udfordrende dele af målretningen, baseres

på den bedst tilgængelige viden, herunder særligt praktiske erfaringer med, hvordan kommunerne sikrer, at tilbuddet appellerer til udsatte borgergrupper. Det er i den forbindelse særligt vigtigt, at tilbuddet tilrettelægges på en måde, så det ikke opleves som stigmatiserende eller invaderende for udsatte borgere.

Ligeledes bør aldersgrænsen for årlige forebyggende hjemmebesøg være videnskabeligt velfunderet. Det noteres i den forbindelse, at de to videnskabelige artikler, hvorpå Hjemmehjælpskommissionen baserer sit forslag om en aldersgrænse på 80 år, udelukkende fokuserer på 75- og 80-årige, og således ikke belyser konsekvenserne af at sætte en aldersgrænse, der er hverken lavere eller højere end dette.

Endelig er det vigtigt, at den eventuelle lovændrings effekt på forskellige parametre, herunder særligt helbred og funktionsevne (fysisk, psykisk og socialt), dødelighed, livskvalitet og medarbejdertilfredshed, vurderes løbende med henblik på at skabe en vidensgrundlag for den videre justering af indsatsen. Center for Sund Aldring vil kunne bistå med sådanne evalueringer.

#### **At der afsættes tilstrækkelige ressourcer til målretningen af forebyggende hjemmebesøg.**

Først og fremmest må der afsættes betydelige ressourcer til sikre, at alle involverede medarbejdere løbende oparbejder og vedligeholder de kompetencer, som det kræver at identificere, opsøge og fastholde udsatte ældre borgere i det forebyggende arbejde. Medarbejdernes uddannelse har, som hjemmehjælpskommissionen påpeger, stor betydning for effekten af de forebyggende hjemmebesøg.

Det anbefales ligeledes, at der afsættes ressourcer til at nå de særligt udsatte borgere. Som nævnt forventes det opsøgende og fastholdende arbejde at udgøre den største udfordring, da den målgruppe, som tilbuddet ønskes målrettet mod, netop ofte overser eller afviser sundhedstilbud eller oplever, at sundhedstilbud ikke i tilstrækkelig grad kan rumme de komplekse helbredsmæssige og sociale problemstillinger blandt udsatte borgere. Det er derfor afgørende, at de oprettede tilbud kan rumme denne kompleksitet samt at der eksempelvis tilbydes tolkebistand ved sprogbarrierer og - i forbindelse med kollektive tilbud væk fra bopælen - at der tilbydes transport til borgere. Det understreges desuden, at det for de udsatte borgere, bør prioriteres, at de forebyggende samtaler finder sted i borgerens hjem, som det anbefales af Hjemmehjælpskommissionen.

**At samarbejdet mellem kommuner og sektorer understøttes.**

I lovforslaget fremgår det, at kommunerne skal kunne tilrettelægge tilbuddet om forebyggende hjemmebesøg mere fleksibelt. Center for Sund Aldring støtter dette element, da der er stor variation i borgersammensætning kommunerne imellem. Vi anbefaler dog, at der samtidig afsættes ressourcer til at understøtte kommunernes samarbejde i udviklingen, implementeringen og det videre arbejde med målrettede forebyggende hjemmebesøg. Som det fremgår af Hjemmehjælpskommissionens rapport, er der en betydelig variation på 15-75% i 10 danske kommuner for, hvor stor en andel af ældre, der tager imod tilbuddet om forebyggende hjemmebesøg. Dette indikerer, at kommunerne i højere grad kan samarbejde om at udvikle måder, hvorpå de forebyggende hjemmebesøg kan gøres appellerende for borgerne. Afhængigt af definitionen af udsatte borgere er det endvidere sandsynligt, at en del af disse borgere enten har haft eller aktuelt er i kontakt med social- og/eller sundhedssystemet før de er fyldt 65 år. For at kunne opsøge og imødekomme disse borgeres behov er det derfor centralt, at der satses på det tværsektorielle arbejde mellem stat, regioner, kommuner og private aktører. Det anbefales derfor, at udviklingen af målretningen af tilbuddet sker i tæt samarbejde med relevante sektorer, herunder især indenfor det sociale og psykiatriske område, og private aktører, herunder patientforeninger, Ældresagen, almennyttige boligforeninger og andre med stor kontakt til og erfaring med målgruppen.

I forbindelse med samarbejde om et målrettet tilbud skal det understreges, at det er af afgørende betydning, at ansvaret for det opsøgende og fastholdende arbejde er klart placeret og systematiseret. Dette bør kobles med krav om dokumentation af indsatsen, herunder systematisk indsamling af sammenlignelige og valide indikatorer og effektmål, således at implementering, omkostninger og effekter ved den tilrettede ordning om forebyggende hjemmebesøg kan evalueres. Dette arbejde vil forskere fra Center for Sund Aldring kunne bistå med.

Arbejdes der for at sikre, at ovenstående betingelser er til stede under udviklingen, implementeringen og det videre arbejde med målrettede forebyggende hjemmebesøg, er Center for Sund Aldring af den overbevisning, at lovforslaget vil kunne medvirke til en bedre fordeling af ressourcer på ældreområder.

På vegne af Center for Sund Aldring,

SIDE 4 AF 4

Med venlig hilsen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Tina Gottlieb', with a large, stylized initial 'T' and a long horizontal stroke extending to the right.

Tina Gottlieb  
Centeradministrator

## **Sundheds- og Ældreministeriet**

Holbergsgade 6

DK-1057 København K

Sendt til ssk@sum.dk og aeldre@sum.dk.

2. oktober 2015

### **Høring over udkast til ændring af Lov om Social Service (Måltretning af de forebyggende hjemmebesøg)**

Dansk Erhverv arbejder overordnet for en effektiv offentlig sektor, hvor private og selvejende aktører kan tilbyde alternativer til den offentlige opgaveløsning. På velfærdsområdet repræsenterer Dansk Erhverv bl.a. en lang række medlemmer, der er private leverandører af ydelser som personlig pleje eller praktisk hjælp til hjemmeboende borgere efter servicelovens § 83 samt, i en række kommuner, rehabilitering efter den ny bestemmelse § 83a.

De foreslåede ændringer afspejler de anbefalinger, som den daværende Hjemmehjælpskommission. Dansk Erhverv havde sæde i kommissionen, der afleverede sin rapport i 2013.

#### **Dansk Erhverv har følgende bemærkninger til forslaget**

Lovudkastet bidrager således til at imødekomme, at fremtidens gruppe af ældre generelt må forventes dels at have et bedre helbred og dels at være mindre nedslidte i forhold til tidligere generationer. Parallelt med dette må de kommende generationer af ældre også forventes at have forskellige behov, herunder en stor gruppe af ældre borgere under 75 år, som vil have gavn af forebyggende hjemmebesøg.

Derfor bakker Dansk Erhverv op om den foreslåede måltretning af de forebyggende hjemmebesøg.

Dansk Erhverv bakker tilsvarende også op om, at kommunerne med forslaget forpligtes til at beskrives de forebyggende hjemmebesøg i de kommunale kvalitetsstandarder. Da dette bidrager til at tydeliggør myndighedsansvaret og serviceniveauet.

Forslaget skal også ses i forhold til den opsporende og forebyggende indsats i hjemmeplejen, som også er en central anbefaling i Hjemmehjælpskommissionens rapport (anbefaling nr. 4 i kommissionens rapport). Dansk Erhverv ønsker her, at fremtidige initiativer i forhold til implementering, udvikling af værktøjer samt kompetenceudvikling af medarbejdere sker i tæt samarbejde med de private leverandører af hjemmepleje. I dag er det ca. hver tredje borger, der vælger en privat leverandør under regler om frit valg.

Med venlig hilsen

Rasmus Larsen Lindblom  
Velfærdspolitisk Chefkonsulent

Sundheds- og Ældreministeriet  
Holbergsgade 6  
DK-1057 København K

Dansk Sygeplejeråd



Den 28. september 2015  
Ref.: LHV  
Sagsnr.: 1509-0009

## Dansk Sygeplejeråds høringssvar til Høring vedrørende ændring af lov om social service (Målretning af de forebyggende hjemmebesøg)

Overordnet betragtet er Dansk Sygeplejeråd positiv over for lov ændringerne, der ligger i tråd med arbejdet i Hjemmehjælpskommissionen, ligesom det forebyggende hjemmebesøg skal indgå i kommunens kvalitetsstandard.

### Fokus på særlig risikogrupper

Det kan være en faglig udfordring at finde de borgere, der udgør særlige risikogrupper i alderen 65 år til 79 år, som skal tilbydes forebyggende hjemmebesøg.

Dansk Sygeplejeråd mener, at der er behov for at udvikle faglige kriterier – både sygdomsmæssige og socioøkonomiske – der kan bruges af kommunerne til at finde de borgere, der er i 'særlige risikogrupper'.

Kriterierne bør være defineret inden lov ændringen træder i kraft.

### 'Tryghedsbesøg' til alle 75-årige

Det virker fornuftigt fortsat at tilbyde forebyggende hjemmebesøg til alle de 75 årige borgere, nu hvor aldersgrænsen for det årlige tilbud er sat op til 80 år, men det fremgår ikke tydeligt hvorfor det skal hedde et tryghedsbesøg.

Dansk Sygeplejeråd foretrækker at det forebyggende hjemmebesøg ikke kaldes et nyt navn (Tryghedsbesøg), men fortsat benævnes forebyggende hjemmebesøg for ikke at skabe forvirring.

### Fleksibel tilrettelæggelse af det forebyggende hjemmebesøg

Dansk Sygeplejeråd finder det til afgørende, at forslaget om fleksibelt tilrettelæggelse af det forebyggende tilbud, ændres til:

*- at kommunerne som udgangspunkt forsøger at få en aftale i borgerens eget hjem.*

## Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30

DK-1250 København K

Ekspedition:  
mandag-torsdag 9.00-16.00  
fredag 9.00-15.00

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

www.dsr.dk  
dsr@dsr.dk

Der er evidens for effekten af det forebyggende hjemmebesøg, men endnu ikke for indsatsen i gruppetilbud.

Det forebyggende hjemmebesøg bør derfor kun foretages uden for den ældres eget hjem, i de tilfælde hvor den ældre takker nej til et forebyggende hjemmebesøg i eget hjem. Det er vigtigt at kommunen går i dialog med den ældre og finder ud af hvorfor den ældre afviser hjemmebesøget.

Desuden er det oftest de ressourcestærke borgere, der deltager i kollektive møder og måske ikke den målgruppe, der har mest behov.

### **Kompetenceløft**

Fokus på risikogrupper og gruppetilbud betyder, at der vil være behov for at styrke og tilføre nye kompetencer hos de medarbejdere, der udfører de forebyggende hjemmebesøg og gruppetilbud.

Sundhedsstyrelsens udvikling af efteruddannelsesforløb for medarbejdere, der udfører de forebyggende hjemmebesøg bør derfor være klar inden lov ændringen træder i kraft.

### **Yderligere kommentarer**

Indsatsen målrettet borgere med alkoholrelaterede problemer er kompleks, og kræver flere forskellige tiltag end forebyggende hjemmebesøg kan levere.

Med venlig hilsen



Grete Christensen  
Formand



# Notat

Danske Fysioterapeuter



Til: Sundheds- og Ældreministeriet, Ældreneheden

Att. Søren Svane Kristensen

## Høring vedrørende ændring af regler vedrørende forebyggende hjemmebesøg.

Danske Fysioterapeuter takker for invitationen til at give høringssvar på ændringen af reglerne vedrørende forebyggende hjemmebesøg. Vi er positive over for, at besøgene i højere grad målrettes de svageste ældre samt tilrettes, så de afspejler en differentieret ældrebefolknings behov.

De nye regler vil give et godt afsæt for den kommunale forebyggende indsats på ældreområdet. Et særligt fokus bør være på, hvordan kommunerne opsporer de ældre, som er i risiko for at få sociale, fysisk eller psykiske problemer. Skrøbelige og udsatte ældre er mindre tilbøjelige til at tage imod tilbud om forebyggende hjemmebesøg. Vi vil derfor gerne viderebringe erfaring med, at det har vist sig effektivt (for at få flere til at takke ja til tilbuddet) hvis brevet til borgeren indeholdt et billede af den forebyggende medarbejder. Det vil desuden øge sikkerheden for borgeren mod tricktyve.

Afsættet for den forebyggende indsats skal være nationale retningslinjer og evidensbaserede redskaber for at sikre, at opgaven løses ud fra bedste sundheds- og socialfaglige viden på tværs af kommuner. Vi er tilfredse med, at de kommunale kvalitetsstandarder fremover vil omfatte de forebyggende hjemmebesøg, om end beskrivelsen af rammerne ikke må blive en barriere for, at forløbene kan tilpasses individuelt til den enkelte borger og dennes behov.

Vi mener, at kompetencer hos de medarbejdere, som udfører de forebyggende hjemmebesøg, er af afgørende betydning for at opnå høj kvalitet og helhedsorienterede indsats. I kompetenceudviklingen, som vil følge de ændrede regler, bør et særligt fokus være på fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet er hos ældre grundstenen i at opretholde evnen til at udføre daglige aktiviteter og beholde funktionel uafhængighed. Ydermere ser vi et potentiale i, at man lokalt styrker samarbejdet mellem de forebyggende medarbejdere og medarbejderne i træningsenhederne og sundhedscentre.

Med venlig hilsen

Tina Lambrecht, Formand

Danske Fysioterapeuter  
Holmbladsgade 70  
DK-2300 København S

[www.fysio.dk](http://www.fysio.dk)  
Telefon: +45 3341 4620  
Mail: [fysio@fysio.dk](mailto:fysio@fysio.dk)

Dato:  
30. september 2015

E-mail:  
[sf@fysio.dk](mailto:sf@fysio.dk)

Tlf. direkte:  
+45 3341 4659

Til Sundheds- og Ældreministeriet  
Att.: Søren Svane Kristensen  
E-mail: [ssk@sum.dk](mailto:ssk@sum.dk) og [aeldre@sum.dk](mailto:aeldre@sum.dk)

Blekinge Boulevard 2  
2630 Taastrup, Danmark  
Tlf.: +45 3675 1777  
Fax: +45 3675 1403  
dh@handicap.dk  
www.handicap.dk

Taastrup, den 22. september 2015  
Sag 16-2015-00584 – Dok. 208264/mmh\_dh

## Danske Handicaporganisationers (DH) høringsvar til lov om ændring af lov om social service (målretning af forebyggende hjemmebesøg)

---

Danske Handicaporganisationer (DH) vil gerne takke for muligheden for at komme med bemærkninger til høring om målretning af forebyggende hjemmebesøg. DH har følgende bemærkninger.

### Større fokus på sundhed ift. risikogruppen

DH mener, at det er en god idé at målrette de forebyggende hjemmebesøg med et særligt fokus på borgere mellem 65 år og 79 år, som er i særlig risiko for at få sociale, psykiske eller fysiske problemer.

I § 79 stk. 3 om tilbud til borgere i særlig risikogruppe fremgår det, at tilbuddet gives ”*med henblik på at skabe tryghed og trivsel, yde råd og vejledning om aktiviteter og støttemuligheder.*”

DH foreslår, at de forebyggende hjemmebesøg kommer til at indeholde et målrettet sundhedselement. Fx ved vi, at risikoen for at få en blodprop eller blødning i hjernen stiger med alderen og dermed risikoen for apopleksi. 60 % af borgere, der rammes af apopleksi, er over 60 år. Der kan også være tale om at opdage osteoporose tidligt i forløbet eller se symptomerne på epilepsi, hvor der er 1.000 nye tilfælde årligt alene blandt personer over 65 år. De tidlige forsøg med forebyggende hjemmebesøg i Rødovre Kommune, hvor sundhedsfagligt personale var en del af indsatsen, gav positive resultater. DH mener derfor, at det bør fremgå af § 79 stk. 3., at sigtet også er sundhedsfremmende forebyggelse.

DH mener, at det vil være gavnligt med lidt flere eksempler i lovens bemærkninger på, hvordan mennesker med handicap kan være i en særlig risikogruppe. Fx kan eksemplet med

sansetab uddybes med en præcisering af, at det anslås, at der er 10.-15.000 døvblinde/syns- og hørehæmmede ældre, som bl.a. er i risiko for isolation og fysiske skader ved faldtraumer.

### **Viden om handicap skal inddrages i vejledning og efteruddannelse**

Det er ligeledes vigtigt, at der i Sundhedsstyrelsens vejledning om redskaber til opsporing af ældre med behov for et forebyggende hjemmebesøg medtages et handicapperspektiv, da bl.a. ovennævnte gruppe ofte opfanges ved de forebyggende hjemmebesøg.

Herudover er det nødvendigt at inddrage viden om handicap i det efteruddannelsesforløb, der skal udvikles til medarbejdere, som udfører forebyggende hjemmebesøg jf. ovenstående. Handicaporganisationerne stiller gerne deres viden til rådighed i den forbindelse.

DH kan ikke ud fra forslaget se, hvordan forslaget om udvikling af efteruddannelse finansieres. Det fremgår, at lovforslaget er udgiftsneutralt, men det er ikke muligt at se, hvor stor man regner med, at risikogruppen er, og om efteruddannelsen forventes at blive betalt inden for rammen. DH kan derfor ikke vurdere, om det er en realistisk økonomisk vurdering for målretningen af de forebyggende hjemmebesøg, at den er udgiftsneutral.

### **Kollektive arrangementer**

DH finder, at formuleringerne omkring de kollektive tilbud er uklar. DH kan være bekymrede for, at kommunernes kvalitetsstandarder på området primært vil komme til at omhandle forebyggende kollektive arrangementer. Kollektive tilbud kan være godt for nogle, men da vi ikke kender meget til begrundelsen for, hvorfor 75 % af de ældre takker nej, er det ikke sikkert, at kollektive tilbud er den rette løsning.

DH foreslår, at det kollektive arrangement alene beskrives som et supplement, og at kommunalbestyrelsen ved invitationen til et kollektivt arrangement gør opmærksom på, at det er et frit valg for borgeren, om man ønsker at deltage i det kollektive arrangement, og at det ikke ændrer på muligheden for et individuelt hjemmebesøg.

DH mener, at der skal stilles krav til, at eventuelle kollektive forebyggelsestilbud skal være tilgængelige. Personer med handicap skal ikke udelukkes fra at deltage i kollektive tilbud, såfremt de ønsker dette frem for et individuelt tilbud.


### **Ændring af kommunalt serviceniveau må ikke sænke faglighed**

Der er ikke i lovforslaget taget stilling til kommunernes nuværende brug af kvalitetsstandarder og de løbende ændring af serviceniveauerne for bl.a. hjemmehjælp. DH

savner derfor nogle retningslinjer for de kompetencer, der skal være til stede i kommunerne, samt eksempler på organisering for at kunne lave den risikovurdering, som lovforslaget ligger op til. DH mener, på baggrund af DH's øvrige erfaringer med kommunale kvalitetsstandarder, at der er behov for overordnede retningslinjer i lovgivningen for at sikre en minimum af kvalitet i de forebyggende hjemmebesøg på landsplan.

DH foreslår, at lovændringerne følges op af en evaluering af omlægningens virkning fx efter 2 år, herunder om borgere i risikogruppen får og modtager tilbuddet.

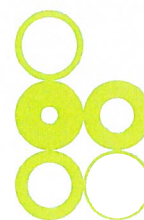
Med venlig hilsen

A handwritten signature in blue ink that reads "Thorkild Olesen". The signature is written in a cursive, slightly slanted style.

Thorkild Olesen  
*formand*

Sundheds- og Ældreministeriet  
Holbergsgade 6  
1057 København K

DANSKE  
REGIONER



## Høringssvar fra Danske Regioner til udkast til ændring af reglerne for forebyggende hjemmebesøg

22-09-2015

Sag nr. 15/1911

Dokumentnr. 47771/15

Danske Regioner takker for muligheden for at indsende bemærkninger til udkast til ændring af reglerne vedrørende forebyggende hjemmebesøg. Den fastlagte høringsfrist den 2. oktober har betydet, at høringssvaret ikke inden fristen har kunnet nå at blive behandlet politisk. I nærværende høringssvar tages derfor forbehold for politisk behandling i Danske Regioners bestyrelse.

Danske Regioner finder det overordnet positivt, at de forebyggende hjemmebesøg målrettes den gruppe ældre, som vurderes at have det største behov for forebyggende indsats, ligesom kommunerne også i højere grad kan anvende ressourcerne på de ældre, der vurderes at være i risikogruppen.

Ved målretning af tilbuddet er det samtidig vigtigt, at kommunerne har fokus på, at de involverede medarbejdere har de rette værktøjer og kompetencer til at kunne foretage risikosporing, herunder kunne vurdere hvilke ældre der tilhører risikogruppen. Hvis de rette kompetencer er til stede, vil kommunerne gennem forebyggende hjemmebesøg kunne forebygge unødvendige (gen)indlæggelser blandt ældre i risiko for funktionstab eller forværring af sygdom. I forlængelse heraf mener Danske Regioner, at de forebyggende hjemmebesøg bør have et konkret sigte mod at forebygge unødvendige (gen)indlæggelser blandt ældre.

Endelig ønsker Danske Regioner at udtrykke bekymring for, at lovforslaget åbner op for en for fleksibel tilrettelæggelse af forebyggende hjemmebesøg.

For det første vil der være øget risiko for, at der opstår forskelle mellem kommuner i tilbuddets kvalitet. Dette er u hensigtsmæssigt, idet ældre borgere, uanset postnummer, skal kunne være sikre på, at kommune kan tilbyde forebyggende hjemmebesøg af høj kvalitet udført af velkvalificeret personale.

Dampfærgevej 22  
Postboks 2593  
2100 København Ø

T 35 29 81 00  
F 35 29 83 00  
E [regioner@regioner.dk](mailto:regioner@regioner.dk)

For det andet er der risiko for, at kommunerne ved f.eks. at tilbyde kollektive arrangementer frem for besøg i borgerenes hjem går glip af vigtige informationer, idet besøg i borgernes hjem giver mulighed for at gøre sig observationer, som kan være af betydning for blandt andet borgerens risiko for funktionstab eller indlæggelse. Dette skal også ses i lyset af, at en målretning af tilbuddet indebærer, at der fremadrettet vil være færre borgere under 80 år, som vil modtage årlige forebyggende hjemmebesøg.

De to forhold – mere fleksibel tilrettelæggelse af tilbuddet og færre årlige besøg blandt ældre under 80 år – betyder samlet set, at kommunerne vil have ringere muligheder for i tide at opdage begyndende funktionstab eller sygdom blandt de ældre under 80 år, der ikke umiddelbart vurderes at tilhøre risikogruppen.

Med venlig hilsen



Janet Samuel

Kontorchef

Danske Regioner

Til Sundheds- og Ældreministeriet

Ministeriets sagsnr. 1504756

Att: Søren Svane Kristensen

Vanløse, d. 20. oktober 2015

## Høring over udkast til ændring af servicelovens regler om forebyggende hjemmebesøg

DANSKE ÆLDRERÅD takker for muligheden for at afgive høringssvar til ovennævnte lovforslag.

Indledningsvis gøres opmærksom på, at DANSKE ÆLDRERÅD tilslutter sig lovforslagets ønske om at hæve den generelle aldersgrænse fra 75 til 80 år for forebyggende hjemmebesøg, idet hensigten er, at målrette hjemmebesøg til ældre med særlig risiko for uopdagede fysiske eller psykiske problemer eller særligt vanskelige livssituationer.

DANSKE ÆLDRERÅD bifalder varmt, at kommunens praktiske tilrettelæggelse af forebyggende hjemmebesøg årligt vurderes og beslattes i kommunens kvalitetsstandard, der vedtages efter en forudgående høring af det kommunale ældreråd. Det er væsentligt at indsatsen - og særligt den fleksible tilrettelæggelse af hjemmebesøgene – fastlægges med respekt for lokale vaner og kulturer for at nå ud til målgruppen. Ældrerådene ønsker at bidrage positivt til at tilbuddet opnår de bedste forudsætninger for at nå kommunens ældre i risikogrupperne.

I den forbindelse foreslår DANSKE ÆLDRERÅD, at ministeren gennemfører en evaluering af virkningen af lovændringerne om ca. 2 år, får at finde ud af, hvor mange flere ældre, der tager imod tilbud om forebyggende hjemmebesøg end i dag.

DANSKE ÆLDRERÅD er bekendt med høringssvaret fra SUFO – foreningen af forebyggende medarbejdere, og tilslutter sig foreningens bemærkninger og overvejelser.

Med venlig hilsen

Bent Rasmussen

Formand

DANSKE ÆLDRERÅD



31. september 2015

Att. Sundheds- og Ældreministeriet, Ældreenheden

Ministeriets sagsnr. 1504756

### **Høringssvar – høring over udkast til ændring af regler vedrørende forebyggende hjemmebesøg**

DemensKoordinatorer i Danmark (DKDK) takker for muligheden for at afgive høringssvar på ovennævnte.

DKDK er alt overvejende positive ift. lovforslaget, men ønsker dog at komme med følgende bemærkninger:

DKDK kan bifalde at aldersgrænsen hæves fra 75 til 80 for de årlige forebyggende hjemmebesøg i og med vi i dag bliver ældre inden vi svækkes af alder. Dette betyder også at forebyggende hjemmebesøg for mange kan udsættes til 80 år.

For ældre mellem 65 og 79 som er i særlig risiko for at få sociale, psykiske eller fysiske problemer eller som på en anden måde er i en vanskelig livssituation, er metoden *kollektive arrangementer og andre tiltag* til opsporing af demenssygdomme bekymrende.

Denne gruppe af borgere er ofte "usynlige" i lokalsamfundet, og bruger ikke lokale tilbud som idræts foreninger, kirker og aftenskoler. Det er kendt, at en begyndende demenssygdom for mange borgere i denne gruppe først opdages når naboen reagerer på en u hensigtsmæssig forandring i adfærd. Iflg. grundloven §71 er selvbestemmelsesretten ukrænkelig, dette vanskelig gør også lægens mulighed for indberetning til kommunal myndighed, hvis borgeres ikke giver sit samtykke hertil.

DKDK er derfor af den opfattelse, at besøg til borgere i risiko for en begyndende demens være en individuel kontakt og ikke kan erstattes af andre tiltag. DKDK så derfor gerne at for ældre i alderen 65+ som er i en risikogruppe, *forpligtes kommunen til at tilbyde et behovsbestemt hjemmebesøg.*



Lovteksten åbner op for, at kommunen kan tilrettelægge tilbuddet, som kommunen lokalt finder det mest hensigtsmæssigt. *"Kommunen kan f.eks. tilbyde et eller flere kollektive arrangementer, som kan erstatte det forebyggende besøg i borgerens hjem.*

DKDK ved, at hvis kollektive arrangementer erstatter forebyggende hjemmebesøg i borgerens hjem kan det indebære at mennesker med en begyndende demens ikke opspores af den forebyggende medarbejder.

DKDK er derfor af den holdning, at kommunerne ikke bør kunne erstatte et forebyggende besøg med et kollektivt arrangementer, hvor borgeren betegnes som i risikogruppe for begyndende demenssygdom.

DKDK foreslår desuden ministeriet, at overveje at erstatte den nye formulering for 75-årige til 1. forebyggende hjemmebesøg, for ikke at skabe forvirring med endnu et begreb: tryghedsbesøg.

DKDK bifalder, at hjemmebesøgene skrives ind i de kommunale kvalitetsstandarder, så der på denne måde årligt gøres status på indsatsen.

DKDK er positiv overfor forslagetets fokus på et efteruddannelsesforløb og ønsker en nærmere beskrivelse af metode og økonomi i forhold til udgifter til uddannelse. Herunder om viden om opsporing af begyndende demens indgår i efteruddannelsesplanen

DKDK er bekendt med høringssvar fra SUFO – foreningen for forebyggende medarbejdere og kan tilslutte sig deres overordnede bekymringer og betragtninger.

På vegne af bestyrelsen i DKDK

Marianne Lundsgaard

Faglig sekretær



Sundheds- og Ældreministeriet  
Holberggade 6  
1057 København K  
[ssk@sum.dk](mailto:ssk@sum.dk)  
[aeldre@sum.dk](mailto:aeldre@sum.dk)

**Ergoterapeutforeningen**  
Nørre Voldgade 90  
DK-1358 København K  
Tlf: +45 88 82 62 70  
Fax: +45 33 41 47 10  
cvr nr. 19 12 11 19  
etf.dk

Den 2. oktober 2015  
Side 1 af 2  
Ref.: nbl  
E-mail: nbl@etf.dk  
Direkte tlf.: 53 36 49 23

### **Hørings svar vedr. ændring af Lov om Social Service (Måltretning af de forebyggende hjemmebesøg)**

Sundheds- og Ældreministeriet har den 4. september sendt udkast til ændring af regler vedrørende forebyggende hjemmebesøg i høring. Lovforslaget lægger op til, at de forebyggende hjemmebesøg i større omfang målrettes de svageste ældre samtidig med at den generelle forebyggende indsats opretholdes. Den foreslåede model for de forebyggende hjemmebesøg indeholder følgende elementer:

- Forhøjelse af aldersgrænsen for obligatoriske årlige tilbud fra 75 år til 80 år.
- Forebyggende hjemmebesøg til særlige risikogrupper i alderen 65 år til 79 år.
- "Tryghedsbesøg" til alle 75-årige.
- Forebyggende hjemmebesøg skal indgå i den enkelte kommunes kvalitetsstandard.
- Fleksibel tilrettelæggelse af tilbuddet f.eks. planlægge besøg uden for den ældres hjem.

Ergoterapeutforeningen har følgende kommentarer til lovforslaget:

Ergoterapeutforeningen mener, at det er glædeligt, at de forebyggende hjemmebesøg fastholdes som lovkrav. Da forebyggende hjemmebesøg er med til at vedligeholde ældre mennesker som aktive og selvhjulpne i hverdagen, ligesom behovet for hjemmehjælp og plejehjem mindskes ved målrettede gentagne besøg.

Ergoterapeutforeningen har dog en bekymring over, at aldersgrænsen for tilbagevendende årlige tilbud om forebyggende hjemmebesøg foreslås forhøjet fra 75 til 80 år. Man kan frygte, at kommunerne vil benytte en eventuel ændring af lovgivningen til at reducere antallet af tilbud om forebyggende hjemmebesøg generelt. Dette vil være betænkeligt, da der er kommet meget godt ud af arbejdet med de forebyggende hjemmebesøg, og evidensen for arbejdet er overbevisende.

Ergoterapeutforeningen finder det positivt, at der indføres forebyggende hjemmebesøg til særlige risikogrupper i alderen 65-79 år. For der er ingen tvivl om, at blandt andet mennesker med kroniske lidelser, ensomhed, stress,



depression og kronisk psykisk sygdom kan have gavn af forebyggende hjemmebesøg, før de er fyldt 75 år. Det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, at det i højere grad skal være borgernes samlede ressourcer og risiko for tab af funktionsevne, der er af betydning for, om borgeren vil blive tilbudt et forebyggende hjemmebesøg, og at Sundhedsstyrelsen vil udarbejde en vejledning med redskaber til opsporing af ældre med behov for et forebyggende hjemmebesøg. Ergoterapeutforeningen foreslår, at der udvikles faglige kriterier til vurdering af, hvilke borgere i alderen 65-79 år der skal have forebyggende hjemmebesøg, og Ergoterapeutforeningen opfordrer til, at ministeret inddrager viden fra relevante faggrupper – herunder ergoterapeuter.

Der er god belæg for at sige, at de forebyggende hjemmebesøg har betydning for ældre menneskers magt over hverdagen. Tidlig indsats og vejledning, der udøves af medarbejdere med specialiseret faglig viden, er også effektiv for at kunne forebygge. Her er de forebyggende hjemmebesøg en af de få metoder, man har for alle ældre. Derfor støtter Ergoterapeutforeningen op om, at alle 75-årige fortsat skal tilbydes et forebyggende hjemmebesøg, der bl.a. skal bruges til afklaring af behovet for fremtidige besøg og identificere borgere med særlig behov for en forebyggende indsats. Ligesom Ergoterapeutforeningen støtter, at alle kommuner skal beskrive deres indsats i forhold til de forebyggende hjemmebesøg i deres kvalitetsstandarder, og at det her skal beskrives, hvordan kommunerne vil målrette og tilrettelægge indsatsen i forhold til de særlige risikogrupper.

Ergoterapeutforeningen støtter ligeledes, at der bliver mulighed for en fleksibel tilrettelæggelse af tilbuddet, og at det i den forbindelse bliver muligt for kommunerne at tilbyde et eller flere kollektive arrangementer, der kan erstatte det forebyggende besøg i borgerens hjem for de borgere, der ikke ønsker at få et besøg hjemme. De forebyggende hjemmebesøg skal bedst muligt nå de relevante målgrupper, men det skal også understreges, at der er faglige argumenter for at komme i den ældres hjem, dels for at kunne etablere en mere fortrolig relation til den enkelte, og dels for at kunne foretage en helhedsorienteret vurdering af den ældres hverdagsliv. Kollektive arrangementer kan og skal derfor ikke erstatte besøg hos den enkelte.

Venlig hilsen

Gunner Gamborg  
Formand, Ergoterapeutforeningen

23. september 2015

**Hørings svar vedr.  
Regler vedr. forebyggende hjemmebesøg til ældre  
Att Sundheds- og Ældreministeriet**

Dette høringssvar argumenterer for

1. at der er behov for en vidensopbygningsfase før ministeriet melder nye rammebetingelser ud for kommunernes arbejde på dette område. 75 % af ældrebefolkningen siger i dag nej tak til besøg – mulige nye risikokriterier er ikke tilstrækkeligt belyst
2. at man her og nu flytter loven over i Sundhedslovens afsnit 9 kapitel 34 om kommunalbestyrelsens ansvar og kommunale ydelser – eller hvis dette rent pragmatisk ikke kan lade sig gøre her og nu
3. Varsler i lovbemærkningerne, at det er hensigten at nyskrive én eller flere paragraffer i Sundhedslovens afsnit 9 under betegnelsen: Ældrebefolkningen. Her kunne man samle kommunalbestyrelsens ansvar for forebyggende hjemmebesøg, ældre medicinske patienter, omsorgstandpleje, genoptræning mv
4. at ministeriets ledelse udvirker minister accept på at samtænke ældre og sundhed og lade dette få indflydelse på sigt på, hvad der står i sundhedloven, jf. bl.a. ovenfor

**vedr. 1. Behov for vidensopbygningsfase**

Jeg finder det uacceptabelt, at man uden en vidensopbygningsfase vil melde ud til landets kommuner om den påtænkte nye ordning. Rent pragmatisk er man formentlig bundet af forligspartiernes april 2015 aftale om nyorientering – men det forhindrer vel ikke et ministerium i at lægge nøgne fakta på bordet om ordningen og befolkningsforhold og tænke sig ekstra grundigt om – og eventuelt lade dette komme til udtryk i lovbemærkningerne.

Omkring 75 % af ældre takker i dag nej til det kommunale tilbud om forebyggende hjemmebesøg. Hvorfor? Jeg har ringet land og rige rundt for at få svaret. Ingen kan give mig et ordentligt og veldokumenteret svar. Der findes nogle steder fornuftige kortlægninger af ja-sigernes forhold.

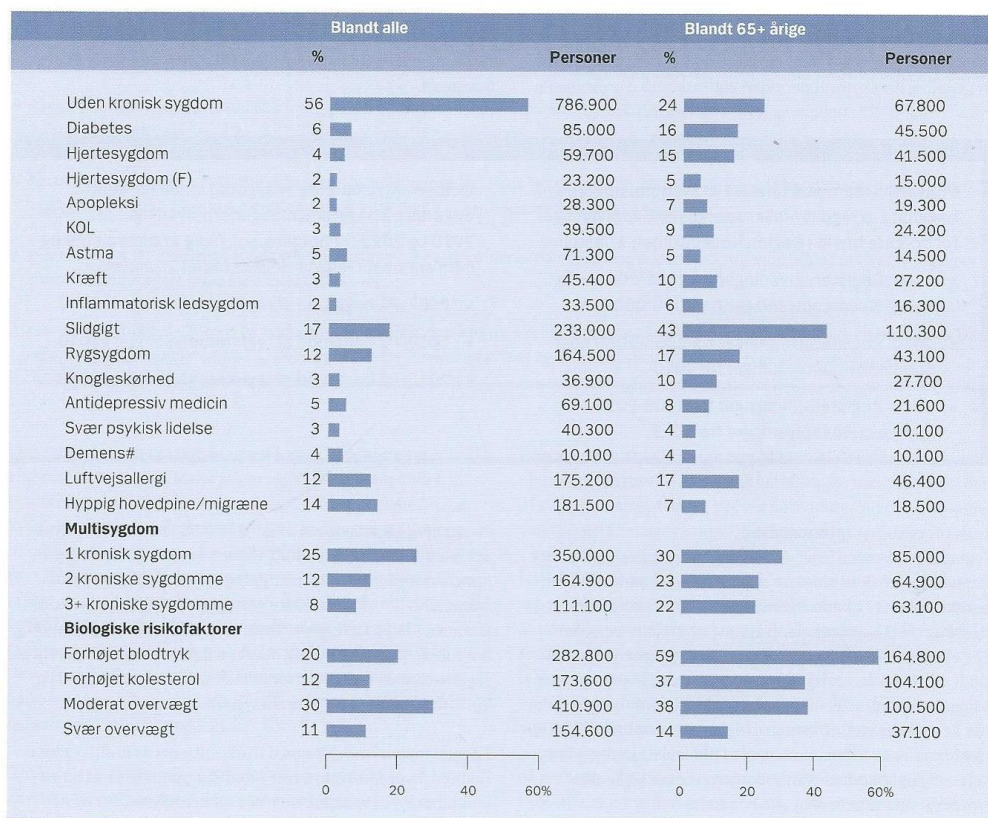
Hvis 75% af gravide takkede nej til forbyggende jordemoderundersøgelse og lægeundersøgelse er jeg sikker på, at der ville opstå et ramaskrig: Der er noget galt med ordningen. Og tilsvarende hvis 75% af børnefamilierne takkede nej til sundhedsplejerskens besøg og til de forebyggende børneundersøgelser hos læge. Og så ville man iværksætte vidensopbygning. Men på ældreområdet lader man stå til, selv om loven har været i kraft i omkring 20 år.

Jeg har genlæst hjemmehjælpskommissionens betænkning, som ligger bag forligspartierne dokument. Man beskæftiger sig her meget med begrebet funktionsvne – og det er bestemt relevant. Og ældrebefolkningens funktionsevne er noget forbedret igennem de senere år. Man beskæftiger sig meget lidt med ældrebefolkningens sundheds- og sygdomsforhold – og det kan man vel ikke bebrejde en kommission, der skal se på en praktisk foranstaltning som hjemmehjælp – men er gået langt videre også i sine anbefalinger.

Jeg vedlægger en tabel fra den nylige kortlægning af Region Hovedstadens sundhedsprofil – en viderebearbejdning af den nationale, regionale og kommunale Sundhedsprofil 2013.

Det fremgår, at 75 % af ældrebefolkningen lever dagliglivet med en kronisk sygdom – lidt over 20 % har 3 eller flere kroniske sygdomme. Sygdomsbyrden i ældrebefolkningen er derfor meget tung.

Tabel 3.1 Borgere med kronisk sygdom i 2013



Resultaterne for slidgigt, rygsgygdom, hovedpine, moderat og svær overvægt er baseret på oplysninger fra spørgeskema. Øvrige resultater for de enkelte sygdomme er baseret på oplysninger fra registre. Resultaterne for multisygdom er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema.  
 #Demens er kun opgjort blandt de 65+ årige.

Da ældre medicinske patienter vejer ressourcemæssigt og indsatsmæssigt meget tungt i det opslittede danske sundhedsvæsen – (regionens sygehuse, - kommunens forebyggelse, genoptræning, rehabilitering, pleje - almen lægepraksis) – er der tidligere udarbejdet nationale handlingsplaner for ældre medicinske patienter. Og der er meldt ud gennem samordningsinstrumentet: Sundhedsaftaler. Det er min erfaring, at tænkningen på dette område stort set ikke er samordnet med tænkningen vedr forebyggende hjemmebesøg – nogle steder dog heldigvis begyndende.

Vi har altså to separate ordninger kørende parallelt – og mangler viden om, hvordan dette eventuelt kunne ses i et samordningsperspektiv. Begrundelsen er uden tvivl, at det er Ministeriet for Sundhed, der har stået for de sundhedsmæssige overvejelser og udmeldinger, mens Socialministeriet har stået for ordningen med forebyggende hjemmebesøg jf i øvrigt senere.

Indsatserne med den tiltagende mængde kurser, som udvikles for specifikke sygdomme og kronisk sygdom for at kunne leve et godt liv med sygdom, er heller ikke indtænkt og kortlagt. Der er fx kurser om et godt liv med kræft, med diabetes, med gigt, med KOL – sygdomme som er meget hyppige og livsindskrænkende for ældre. Derfor skal ældre oplyses om de lokale og regionale tilbud. Nogle steder samarbejder kommuner – andre steder er det et rent regionalt tilbud. Det kører vidtgående isoleret fra tænkningen om forebyggende hjemmesøg.

Med baggrund i den manglende viden har jeg som formand for det af kommunalbestyrelsen i Fredensborg Kommune etablerede forebyggelsesråd vedr. ældrebefolkningen – vist nok Danmark eneste sådanne råd – sagt: Vi har behov her og nu for en vidensopbygningsfase. Kommunen har tilsluttet sig dette, og Statens Institut for Folkesundhed vil gennemføre de relevante analyser. Der er søgt Trygfonden om begrænsede midler, fordi kommunen resp institut ikke har den fornødne økonomi til denne vidensopbygningsfase. Jeg tilstræber at arbejdet er færdigt primo 2016 – men det afhænger af finansieringstilsagn

Det jeg vil have svar på er følgende:

- hvorfor siger 25 % ja – 75 % nej. Svaret gives gennem en stikprøve spørgeskemaundersøgelse til ja resp. nej sigerne 2014 i kommunen – suppleret med CPR baseret koblede data fra sundhedsregistre og socio-økonomiske registre (præsenteres som anonym statistik)
- hvilke risikokriterier kan udledes af det ovenfor anførte
- hvilke risikokriterier (især for aldersgruppen 65-79 år) kan udledes af en genanalyse af den nationale Sundhedsprofil 2013 spørgeskemaundersøgelse suppleret med registerdata. Hvordan oversættes statistisk risiko i dette til praktisk kommunale kriterier for "fremfinding", opsporing, indsats?

Det er min vurdering, at de lovbemærkninger, der til sin tid når frem til Folketinget bør indeholde information om, at det foreliggende vidensgrundlag er ret så beskedent – for nu at sige det mildt.

Jeg synes også, at lovbemærkninger skal opfordre til et kommende antal år med forsøgs- og udviklingsarbejde – gerne i regi af KLs center for praktisk forebyggelse, som jo har fået en forlængelsesbevilling fra ministeriet. Her kunne man sammensætte nogle kommuner og opbygge forsøg, der også evalueres.

Jeg ser også behov for at kortlægge kvalifikationer for de personer, der er ansat i ordningen med forebyggende hjemmebesøg. Vi har formaliserede uddannelseskrav til at fungere som sundhedsplejerske for børnefamilier – men så vidt jeg ved ingen formaliserede krav til at fungere som "ældresundhedsplejerske/forebygger"

## Ad 2. Flytte loven over i Sundhedsloven

Rødovre-undersøgelsen, som i sin tid lå bag, at vi overhovedet fik en lov på dette område, havde et sundhedsmæssigt udgangspunkt – og med et vigtigt socialt perspektiv. Jeg betragter det som et tilfælde, at det vist var en engageret socialminister, der i sin tid fik udvirket en lov inden for sociallovgivningen. Loven har tidligere holdt flyttedag rent lovmæssigt. Så hvorfor holde fast i det eksisterende nu?

Sundhedslovens afsnit IX handler om kommunale sundhedsydelser og indledes med § 119.

**§ 119.** Kommunalbestyrelsen har ansvaret for ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for en sund levevis.

*Stk. 2.* Kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne.

Siden Verdensorganisationen WHO for vel 20-25 år siden anbefalede alverdens regeringer at tænke sundhed ud fra et udvidet sundhedsbegreb, har man i Danmark vidtgående accepteret at tænke sundhed efter følgende mål:

- Et længere liv
- Et sundere liv (med mindsket sygelighed og dødelighed)
- Et rigere liv med god livskvalitet
- Lighed i sundhed

I Danmark har vi vidtgående opslittet vor lovgivning i en sociallovgivning og en sundhedslovgivning – dog førte kommunalreformen til ændret sundhedlov med opstilling af to forebyggelsesbegreber:

- *Befolkningsorienteret forebyggelse*: hold raske mennesker raske
- *Patientorienteret forebyggelse*: sørg for at skabe betingelser for god funktionsevne, et godt restliv med sygdom (her er der overlapning til rehabiliteringsbegreber i sociallovgivning)

Jeg finder det på dette grundlag helt relevant, - når man nu har muligheden for det i et nydannet ministerium – at betone såvel sundhedsopgaven som socialopgaven, frigøre tænkningen fra hjemmehjælpskommissionens ret så snærende bånd og løfte det over i afsnit IX i Sundhedsloven, der jo indledes med den citerede § 119.

Jeg ser i øvrigt gerne, at dette kombineres med nyskrevne paragraffer, der handler om ældrebefolkningen jf senere.

Det er min vurdering at vi godt kan undvære dele af stk 3 i den påtænkte lov ....”Tilbud gives med henblik på...støttemuligheder”, hvis der i øvrigt skrives statslige ramme-retningslinier for indsatsen samtænkt med anden social lovgivning og sundhedslovgivning.

### **Ad 3: Evt. varsle nyskrivning af et ældreafsnit i sundhedsloven i afsnit IX eller et andet sted i loven**

Fra mange års professionel virksomhed i Danmark og internationalt har jeg erfaret, at vor opsplitning centralt i et Socialministerium resp. Sundhedsministerium - med tilsvarende styrelses opsplitning - har ført til mange mærkelige konstruktioner, som man fx ikke kender i Finland og Sverige, som ikke har denne opsplitning. Jeg har erfaret andeledes mindre revir-tænkende forslag og indsatser i disse lande bl.a. gennem 10 års bestyrelses medlemskab i et særligt organ i den svenske socialstyrelse og i nogle finske bestyrelser.

For at eksemplificere: Fra mit i dag praktiske arbejde i en kommune har jeg svært ved at forstå at vi i vor kommune har opslittet træning/genoptræning i hele 3 Kommunalbestyrelses vedtagne, separate kvalitetsstandarder – forebyggende træning/selvtræning – genoptræning § 140 – genoptræning § 86 og desuden forebyggende hjemmebesøg. Baggrunden er forskellige loves paragraffer, der ikke er samordnede. Borgerne har svært ved at forstå denne opsplitning- og det er heller ikke nemt i administrationer og blandt fagpersonale.

Tilsvarende i dag er de forebyggende hjemmebesøg ikke samordnet med fx indsats vedr ældre medicinske patienter, rehabilitering efter sygdom, træning mv

Det er min vurdering, at der vil være sundhedsøkonomiske og indsatsmæssige effektiviseringsmuligheder ved at samtænke de forskellige nu separate indsatser

Det er min vurdering, at en støvsugning i sundhedslov og sociallove af ældrerelevant indsats vil kunne samordnes til et nyt meningsfuldt afsnit om kommunalbestyrelsens indsats i relation til ældre.

Jeg ved godt, at man i et nyt ministerium ikke sådan lige farer ud med alt for revolutionerende tanker – sad selv i Sundhedsministeriets concernledelse, da man sammenlagde Indenrigs- og sundhedsområdet under Lars Løkke Rasmussen bl.a. med henblik på en kommunalreform

Men man kunne måske på sigt – og i lovbemærkningerne varsle, at det vil være OK at flytte loven ind i et nyt, sammenskrevet ældreafsnit i sundhedsloven.

### **Ad 4. Skaffe ministeraccept for ældreafsnit i sundhedslov**

Jeg har selv serviceret 12 ministre og ved, at en række ting skal på en ministers bord for at blive accepteret. Jeg vil foreslå, at ministeriets ledelse med sundheds- og ældreministeren drøfter muligheden for at indtænke ældre meget mere i sundhedsloven med henblik på måske mere omfattende ændringer, herunder indplaceringen af forebyggende hjemmebesøg.

Som jeg ser det fra lang tids professionelt virke – og de seneste mange år i ældreområdet som rådgiver for en kommunalbestyrelse – kan man skabe meget bedre sammenhæng i ældretækning og –indsats med det nye ministerium og den nye minister. Jeg ser den forestående handlingsplan om demens og kulegravningen af fremtiden for det nære sundhedsvæsen mv som eksempler på mulighederne.

## **Hvorfor et individuelt hørings svar?**

Jeg har ikke anset det for tidsmæssigt realistisk at afgive et hørings svar som et formelt kommunalpolitisk vedtaget dokument – høringsfristen har været for kort. Derfor har jeg svaret individuelt

### *Mit erfaringsgrundlag:*

Pensioneret læge

Formand for Seniorrådet i Fredensborg Kommune

Formand for det af Kommunalbestyrelsen nedsatte Forebyggelsesråd for Ældrebeholdningen

30 år leder af Statens Institut for Folkesundhed

20 år medlem af Sundhedsministeriets koncernledelse

I min ungdom overlæge i Sundhedsstyrelsen med ansvar for primær sundhedsjeneste

Har introduceret sundhedsøkonomi i Danmark med en ph.d. afhandling

Venlig hilsen

Finn Kamper-Jørgensen



Sundhedsministeriet  
Holbergsgade 6  
1057 Kbh. K

(fremsendes pr. mail)

Nytorv 19, 3. sal  
1450 København K  
Telefon: 33935293  
info@frivilligraadet.dk  
www.frivilligraadet.dk

København den 15. oktober 2015

### **Frivilligrådets høringsvar vedr. Lovforslag om ændring af reglerne vedrørende forebyggende hjemmebesøg: Måltretning af de forebyggende hjemmebesøg**

Frivilligrådet har modtaget høring over udkast til lovforslag om ændring af reglerne for forebyggende hjemmebesøg og takker for muligheden for at afgive svar efter høringsfristens udløb.

Udkastet til lovforslaget indebærer, at aldersgrænsen for tilbud om årlige forebyggende hjemmebesøg rykkes fra 75 år til 80 år, og at ældre i særlige risikogrupper fra 65 år skal have tilbud om et forebyggende hjemmebesøg, hvilket indføres som en behovsbestemt kommunal forpligtelse. Der skal her gives opmærksomhed på ændringer i borgerens generelle livssituation eller pludselig fysisk og psykisk belastning. Alle borgere skal have et tilbud om et forebyggende hjemmebesøg, når de fylder 75 år. Samtidig bliver der åbnet for fleksibel tilrettelæggelse af tilbuddet, så kommuner fx kan tilbyde et eller flere kollektive arrangementer i stedet for forebyggende besøg i borgerens hjem.

Frivilligrådet hilser forslaget til ændringen velkommen, jævnfør bemærkningernes henvisning til det stadig mere differentierede ældrebillede, som allerede i sig selv bør medføre et mere differentieret tilbud. Frivilligrådet tilslutter sig særlig, at der åbnes mulighed for at tilrettelægge tilbuddet mere fleksibelt og samtænke med andre forebyggende tiltag, således for eksempel ved kollektive arrangementer. Vi vil i den sammenhæng gerne pege på de muligheder, der ligger i at inddrage ressourcer fra det lokale foreningsliv og øvrige civilsamfund i tilrettelæggelsen af sådanne kollektive tilbud med henblik på at understøtte og styrke relationsdannelse og deltagelse i aktiviteter uden for eget hjem.

Frivilligrådet foreslår derfor, at det i bemærkningerne til forslaget §1 nr. 5 specifikt omtales, at kommunen kan overveje inddragelse af foreningsliv og andre aktører i civilsamfundet i tilrettelæggelse og afholdelse af kollektive arrangementer til erstatning for individuelle hjemmebesøg.

P.v.a. Frivilligrådet

Vibe Klarup Voetmann  
Formand



Til Sundheds- og Ældreministeriet

29. oktober 2015

### **Høringssvar vedr. udkast til ændring af regler vedrørende forebyggende hjemmebesøg**

Foreningen af social-, sundheds- og arbejdsmarkedschefer melder positivt tilbage vedr. ændring af regler vedr. forebyggende hjemmebesøg i forhold til forhøjelse af aldersgrænse og en mulighed for at tilbyde besøg til særlige risikogrupper samt at kunne tilrettelægge tilbud mere fleksibelt.

Vi er meget enige i ændring af aldersgrænsen fra 75 år til 80 år og kan tilkendegive, at der fra praksis opleves samme konklusion, som evidensen viser.

At der hermed frigives ressourcer til at tilbyde borgere i særlige risikogrupper i aldersgruppen 65-79 år et besøg, ser vi som en stor fordel i udvidelsen af den forebyggende indsats.

Vi ser dog en udfordring i at identificere borgere med særlige risici, og det vil fordrø en del opsøgende arbejde hos andre forvaltninger, borgergrupper, almen praksis med videre. Vi imødeser derfor med forventning et efteruddannelses tilbud samt redskaber til at identificere disse borgere.

Vedr. bemærkninger til § 1 nr. 1 vil vi gerne gøre opmærksom på, at det sundhedsfremmende aspekt med mestring af livet mangles, idet oplægget er meget problemorienteret.

Vedr. nr. 3 vil vi gerne tilføje, at ændringen i loven også giver mulighed for at inddrage netværket og tilgodese borgere i yderområder, hvor der kan være vanskelige transportmuligheder og således udvikle på indsatsen til disse borger.

FSD har ikke yderligere bemærkninger.

Med venlig hilsen

Helle Linnet  
Landsformand

Sundheds- og Ældreministeriet  
Att: Søren Svane Kristensen  
Holbergsgade 6  
1057 København K

28. september 2015

## **Høring over udkast til ændring af regler vedrørende forebyggende hjemmebesøg - sagsnr. 1504756**

Hjernesagen takker for muligheden for at kommentere ovennævnte lovforslag.

Hjernesagen finder, at der i lovforslaget er mange gode elementer, og at det er positivt, at der gives en større grad af fleksibilitet i forhold til de nuværende regler. Hjernesagen finder det også meget positivt, at der er fokus på, at medarbejderne skal have et kompetenceløft gennem efteruddannelse.

Risikoen for at få en blodprop eller blødning i hjernen stiger med alderen. I rapporten "Sygdomsbyrden i Danmark" fra september i år fremgår det, at 15.000 borgere i Danmark hvert år rammes af apopleksi. Det er også sådan, at 60 % af dem, der rammes af apopleksi, er over 60 år. Der er således tale om en hyppig tilstand, hvor de overlevende ofte må leve med betydelig invaliditet. Apopleksi er altså en sygdom, der både har store personlige og samfundsøkonomiske konsekvenser.

En kendt årsag til apopleksi er forhøjet blodtryk. Man regner med, at ca. 1 mio. voksne i Danmark har for højt blodtryk svarende til 20-25 % af den voksne befolkning, og når der ses på gruppen over 55 år, stiger tallet til 50 %, viser et forskningsprojekt fra Holstebro Kommune fra i år. Hver fjerde med forhøjet blodtryk ved ikke, at de har for højt blodtryk, og en stor del af dem, der er i behandling, er ikke velbehandlede og har dermed risiko for at få apopleksi. Det er derfor helt relevant at fokusere på forebyggelse af apopleksi.

Hjernesagen foreslår, at de forebyggende hjemmebesøg kommer til at indeholde et målrettet sundhedselement. I den nye § 79 a, stk. 3, som er et tilbud til borgere, som er i en særlig risikogruppe, fra de fylder 65-79 år, fremgår det, at tilbuddet skal "gives med henblik på at skabe tryghed og trivsel, yde råd og vejledning om aktiviteter og støttemuligheder". Hjernesagen vil anbefale, at også sundhed og forebyggelse indgår i tilbuddet, herunder obligatorisk blodtryksmåling.

Det er i øvrigt Hjernesagens holdning, at alle borgere, som har haft en apopleksi, og er i aldersgruppen 65-79 år, vil være selvskrevne til forebyggende hjemmebesøg efter den nye § 79 a, stk. 3. Der er tale om en gruppe borgere, hvis livssituation og funktionsniveau er blevet ændret på et øjeblik, og hvor kompleksiteten i følgerne kan være stor, hvilket indebærer en øget belastning og sårbarhed hos den ramte såvel som hos de pårørende.

Ovenstående leder frem til en af Hjernesagens mærkesager, der handler om, at alle borgere uanset alder, der er ramt af en erhvervet hjerneskaade, og som har afsluttet deres rehabilitering, bør have tilbud om et årligt besøg fra kommunen. Formålet med dette er at følge op på borgerens aktuelle behov og sundhed. Hjernesagens rådgivning erfarer gennem samtaler med medlemmerne, at behovet for hjælp og støtte ændrer sig over tid af mange forskellige årsager.

Mange mennesker med følger efter apopleksi vil have kognitive og emotionelle vanskeligheder. Ca. en tredjedel af dem bliver ramt af post-stroke depression, som kan komplicere livssituationen for den enkelte og gøre behovet for hjælp mere komplekst.

Yderligere vil mennesker ramt af apopleksi i 10-30 % af tilfældene inden for de næste 2 år få en ny apopleksi, og risikoen vil være højest for mennesker med ubehandlet eller dårlig behandlet forhøjet blodtryk, sukkersyge, hjertesygdom og mennesker i en høj alder.

Hjernesagen foreslår, at alle borgere over 75 år i forbindelse med det ene forebyggende hjemmebesøg jf. forslaget § 79 a stk. 2 systematisk tilbydes blodtryksmåling. Vi bør som samfund bruge den viden, vi har om risikofaktorer i forbindelse med aldring.

Hjernesagen finder formuleringerne om kollektive arrangementer uklare, og vi kan være nervøse for, at kommunernes definition af deres serviceniveau primært vil komme til at indeholde forebyggende kollektive arrangementer. Ideen kan være udmærket som et supplement til det individuelle hjemmebesøg, hvis erfaringen er, at visse grupper takker nej til hjemmebesøg, men tiltaget må ikke erstatte det individuelle hjemmebesøg. Vi foreslår derfor, at de kollektive arrangementer alene beskrives som et supplement.

Under bemærkninger til lovforslaget nævnes det, at hvis borgere takker nej til et kollektivt arrangement, skal borgeren tilbydes et individuelt tilbud i hjemmet og det skal ske ved direkte henvendelse til den enkelte borger fx pr. telefon, e-mail eller brev.

I forhold til mennesker med følger efter hjerneskaade/apopleksi bør et sådant tilbud altid ske pr. brev, da mange vil have kommunikative og/eller kognitive vanskeligheder, som bl.a. betyder, at de ikke vil kunne opfatte og huske, hvad der er blevet fortalt og sagt telefonisk. I Hjernesagens seneste medlemsundersøgelse fra 2015 viser det sig desuden, at ca. 50 % af vores medlemmer ikke har adgang til computer/internet eller kan kommunikere digitalt.

Et brev kan dog ikke gøre det alene for de socialt udsatte borgere. I november 2014 har KORA udgivet en rapport om "Opsøgende sundhedsindsatser over for socialt udsatte borgere – En evaluering af indsatsen i fire kommuner". Her beskrives det, at den helt afgørende indsats er at være opsøgende og opbygge et tillidsforhold til den enkelte borger. Tilgangen til de mest sårbare og udsatte grupper skal altså være en anden.



Lise Beha Erichsen  
Direktør

Med venlig hilsen



Maja Klamer Løhr  
Rådgiver



Sundheds- og Ældreministeriet  
Holbergsgade 6  
1057 København K

Att. Søren Svane Kristensen

## **Fagligt høringssvar til lov om ændring af lov om social service. Måltretning af de forebyggende hjemmebesøg.**

KL har den 4. september 2015 modtaget udkast til ændring af reglerne for forebyggende hjemmebesøg.

Lovforslaget indeholder følgende ændringer:

- Aldersgrænsen for tilbud om årlige forebyggende hjemmebesøg hæves fra 75 til 80 år.
- Kommunerne skal tilbyde forebyggende hjemmebesøg til særlige risikogrupper i alderen 65 til 79 år.
- Kommunerne skal tilbyde tryghedsbesøg til alle 75 årige.
- Kommunerne skal udfærdige en kvalitetsstandard for forebyggende hjemmebesøg.
- Kommunerne får mulighed for en mere fleksibel tilrettelæggelse af tilbuddet.

Det har desværre ikke været muligt at få KL's høringssvar politisk behandlet inden fristen. KL fremsender derfor et foreløbigt høringssvar og vil fremsende eventuelle endelige bemærkninger, når sagen har været politisk behandlet. Der tages endvidere forbehold for økonomiske konsekvenser af lovforslaget.

### **Generelle bemærkninger til lovforslaget**

KL støtter op om forslaget om at hæve aldersgrænsen for de forebyggende hjemmebesøg fra 75 år til 80 år. Der er i løbet af de sidste 15 år sket en stigning i antallet af år, hvor ældre mennesker lever uden funktionsbegrænsning og som følge har der været behov for at tilpasse de eksisterende regler til udviklingen.

Den 30. september 2015

Sags ID: SAG-2015-01684  
Dok.ID: 2090394

SLM@kl.dk  
Direkte  
Mobil 2083 8692

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

www.kl.dk  
Side 1/2

KL er samtidigt positiv over for, at lovforslaget lægger op til at supplere det brede forebyggende arbejde med en mere fokuseret indsats i forhold til de borgere, som er i størst risiko for at få et funktionstab.

Det er i den forbindelse vigtigt, at vurderingen heraf kan foretages lokalt, i dialog med borgerne og de pårørende. KL ser gerne, at den kommende vejledning fra Sundhedsstyrelsen med redskaber til opsporing af ældre med behov for forebyggende hjemmebesøg udgives i sammenhæng med lovgivningens ikrafttrædelse. Det vil lette kommunernes arbejde i forhold til at løfte den nye opgave.

Endeligt finder KL det positivt, at lovforslaget giver mulighed for en mere fleksibel tilrettelæggelse af de forebyggende hjemmebesøg. Det giver kommunerne mulighed for at tage mere hensyn til målgruppen i tilrettelæggelsen af indsatsen og i forlængelse heraf tænke indsatsen sammen med eksisterende indsatser i kommunen.

Med venlig hilsen



Christian Harsløf

**Fra:** Niels Kasper Jørgensen <niels.kasper.joergensen@regionh.dk>  
**Sendt:** 2. oktober 2015 11:53  
**Til:** Søren Svane Kristensen; DEP Ældreheden Kontorpostkasse  
**Cc:** Jette Gotlieb Iversen  
**Emne:** SV: Høring vedrørende ændring af lov om social service  
(Målretning af de forebyggende hjemmebesøg)

Til Sundheds- og Ældreministeriet

Vi takker for invitationen til at deltage i høringen om ændring af reglerne vedrørende forebyggende hjemmebesøg.

Vi vurderer generelt, at forebyggende hjemmebesøg målrettet særlige risikogrupper vil kunne facilitere tidlig opsporing af demens under forudsætning af, at personalet, der foretager hjemmebesøg har den relevante kompetence.

Vi foreslår, at der åbnes mulighed for, at pårørende selv kan kontakte den kommunale sygepleje, hvis vedkommende er bekymret for, at hans eller hendes ægtefælle er ved at udvikle demens.

Venlig hilsen

Kasper Jørgensen, neuropsykologisk fagkonsulent

Nationalt Videnscenter for Demens

Tlf 3545 7947

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

*Postadresse*

Rigshospitalet Blegdamsvej, afsnit 6911

Blegdamsvej 9

2100 København Ø

*Besøgsadresse*

Rigshospitalet Blegdamsvej, afsnit 6922

Rockefeller Komplekset

Indgang 69

Juliane Maries Vej 28-30

2100 København Ø

**Fra:** Søren Svane Kristensen [<mailto:ssk@sum.dk>]

**Sendt:** 4. september 2015 10:52

**Til:** 'post@alzheimer.dk'; 'ast@ast.dk'; 'at@at.dk'; 'csh@csh.dk'; 'tig@sund.ku.dk'; 'int@da.dk'; 'hoeringssager@danskerhverv.dk'; 'di@di.dk'; 'ds@socialraadgiverne.dk'; 'dsr@dsr.dk'; 'danske@diakon.dk'; 'fysio@fysio.dk'; 'dh@handicap.dk'; Danske Regioner; 'info@danske-seniorer.dk'; 'info@danske-aeldreraad.dk'; 'info@demens-dk.dk'; 'ajs@dch.dk'; 'egv@egv.dk'; 'etf@etf.dk'; 'fsd@rk.dk'; 'fsr@fsr.dk'; 'KL (Kommunernes Landsforening)'; 'Kommunale Tjenestemænd og Overenskomstansatte (KTO)'; 'KORA'; 'Kost & Ernæringsforbundet'; 'Landsforeningen for ansatte i sundhedsfremmende forebyggende hjemmebesøg (SUFO)'; 'Lederforum'; 'LOs Faglige Seniorer'; 'Lægeforeningen'; 'RH-FP-Videncenter-for-Demens'; 'OK-Fonden'; 'PLO'; 'Pårørendegruppen for Svage Ældre'; 'Rektorkollegiet for professionshøjskoler'; 'Rådet for frivilligt socialt arbejde'; 'Rådet for Socialt Udsatte'; 'Selveje Danmark'; 'SFI-Det Nationale Forskningscenter for Velfærd'; 'Socialpædagogernes Landsforbund'; 'Ældre Sagen'; 'Ældreforum'; 'foa@foa.dk'; 'info@frivilligraadet.dk'

**Cc:** Helle Hammond Jensen; Trine Toftgaard Lund

**Emne:** Høring vedrørende ændring af lov om social service (Målretning af de forebyggende hjemmebesøg)

Se venligst vedlagte høringsbrev og materiale vedrørende ændring af lov om social service (Målretning af de forebyggende hjemmebesøg).

Med venlig hilsen



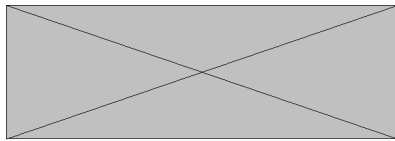
Søren Svane Kristensen

Specialkonsulent, Ældreenheden

Direkte tlf. +45 72 26 95 34

Mail: [ssk@sum.dk](mailto:ssk@sum.dk)

Sundheds- og Ældreministeriet ● Holbergsgade 6 ●  
1057 København K ● Tlf. 7226 9000 ● Fax 7226 9001 ● [www.sum.dk](http://www.sum.dk)



---

Denne e-mail indeholder fortrolig information. Hvis du ikke er den rette modtager af denne e-mail eller hvis du modtager den ved en fejltagelse, beder vi dig venligst informere afsender om fejlen ved at bruge svarfunktionen. Samtidig bedes du slette e-mailen med det samme uden at videresende eller kopiere den.

---

Denne e-mail indeholder fortrolig information. Hvis du ikke er den rette modtager af denne e-mail eller hvis du modtager den ved en fejltagelse, beder vi dig venligst informere afsender om fejlen ved at bruge svarfunktionen. Samtidig bedes du slette e-mailen med det samme uden at videresende eller kopiere den.

Sundheds- og Ældreministeriet  
Holbergsgade 6  
1057 København K

Att.: Søren Kristensen

*27. oktober 2015*

## **Høringssvar fra Selveje Danmark vedr. udkast til ændring af regler vedrørende forebyggende hjemmebesøg**

Selveje Danmark har modtaget udkast til ændring af regler vedrørende forebyggende hjemmebesøg i høring.

Selveje Danmark bakker op om de foreslåede ændringer beskrevet i udkast til ændring af regler vedrørende forebyggende hjemmebesøg, der skaber mere dynamik og kvalitet i kommunernes kontakt til den enkelte borger.

Selveje Danmark har i øvrigt ikke bemærkninger til udkastet.

Med venlig hilsen

Jon Krog  
Branchedirektør, Selveje Danmark

**Fra:** Mads Plovgaard Lehm <mple@sim.dk>  
**Sendt:** 5. oktober 2015 12:57  
**Til:** Søren Svane Kristensen; DEP Ældreneheden Kontorpostkasse  
**Emne:** Svar på Høring vedrørende ændring af lov om social service (Målretning af de forebyggende hjemmebesøg) (SBIM Id nr.: 760909)

**Vedhæftede filer:** Høringsbrev ændring af de forebyggende hjemmebesøg.pdf; Høringsliste vedrørende ændring af reglerne vedrørende de forebyggende hjemmebesøg.pdf; Lov om ændring af lov om social service (Målretning af de forebyggende hjemmebesøg) - pdf.pdf

Kære Søren Svane Kristensen

Social- og Indenrigsministeriet har følgende bemærkninger:

I det foreslåede § 79 a, stk. 3, fastsættes, at kommunen skal tilbyde hjemmebesøg til borgere mellem 65 og 79 år, der er i særlig risiko for at få sociale, fysiske eller psykiske problemer. Denne ordlyd i forhold til målgruppebeskrivelsen adskiller sig fra servicelovens øvrige målgruppebeskrivelser, hvor der tales om borgere med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse eller sociale problemer. Bestemmelsen synes dermed efter sin ordlyd at indføre endnu en målgruppe i serviceloven.

Når formuleringen imidlertid sammenholdes med uddybningerne i lovforslagets bemærkninger, synes det afgørende ved målgruppevurderingen i det foreslåede § 79 a, stk. 3, i forhold til fysiske/psykiske problemer at være, om borgeren er i risiko for tab af funktionsevne. På denne baggrund er det vanskeligt at se, at der skulle være tale om en indholdsmæssigt ny målgruppe, og Handicapkontoret vil derfor foreslå, at det anbefales i ministeriets høringssvar til SUM, at målgruppen i forslaget § 79 a, stk. 3, ændres til borgere, der er i risiko for at få nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller sociale problemer.

Med venlig hilsen

Mads Plovgaard Lehm

Fuldmægtig

Direkte telefon: +41 85 13 82

Direkte e-mail: [mple@sim.dk](mailto:mple@sim.dk)

Social- og Indenrigsministeriet

Lovkoordinering og Internationale forhold

Holmens Kanal 22

1060 København K

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

---

**Til:** Social-, Børne- og Integrationsministeriet/autosvar se ihlp 741153 ([sim@sim.dk](mailto:sim@sim.dk)), Hovedpostkasse  
UIBM ([uibm@uibm.dk](mailto:uibm@uibm.dk)), Justitsministeriet ([jm@jm.dk](mailto:jm@jm.dk))  
**Fra:** Søren Svane Kristensen ([ssk@sum.dk](mailto:ssk@sum.dk))  
**Titel:** Høring vedrørende ændring af lov om social service (Målretning af de forebyggende  
hjemmebesøg)  
**Sendt:** 04-09-2015 11:23:26

Se venligst vedlagte høringsbrev og materiale vedrørende ændring af lov om social service  
(Målretning af de forebyggende hjemmebesøg).

Med venlig hilsen

Søren Svane Kristensen

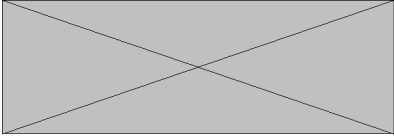
Specialkonsulent, Ældreneheden

Direkte tlf. +45 72 26 95 34

Mail: [ssk@sum.dk](mailto:ssk@sum.dk)

Sundheds- og Ældreministeriet ● Holbergsgade 6 ●  
1057 København K ● Tlf. 7226 9000 ● Fax 7226 9001 ● [www.sum.dk](http://www.sum.dk)

---



1.oktober 2015

Att. Sundheds- og Ældreministeriet, Ældreenheden  
Ministeriets sagsnr. 1504756



## Hørings svar – høring over udkast til ændring af regler vedrørende forebyggende hjemmebesøg

SUFO takker for muligheden for at afgive hørings svar og finder, at der er mange positive tiltag i lovforslaget.

SUFO har følgende bemærkninger:

### Overordnede betragtninger

SUFO ser et godt potentiale i også at målrette forebyggende hjemmebesøg til særlige risikogrupper, altså her borgere i alderen 65 år til 79 år, der er i særlig risiko for at få sociale, psykiske eller fysiske problemer, eller på anden måde er i en vanskelig livssituation.

Ligeledes bifalder vi, at hjemmebesøgene skal skrives ind i de kommunale kvalitetsstandarder, og at der bliver udfærdiget en efteruddannelse på området.

Generelt mener vi dog, at der i lovforslaget er behov for en tydeliggørelse af, hvad et forebyggende *hjemmebesøg* indebærer – og hvad der er en forebyggende *indsats*. I vores optik er et forebyggende hjemmebesøg et besøg i borgerens hjem. Hvis et forebyggende hjemmebesøg erstattes med en forebyggende indsats udenfor hjemmet, som f.eks. et kollektivt arrangement, er det ikke længere et forebyggende hjemmebesøg.

### Forebyggende hjemmebesøg for 75-årige

SUFO er tilfredse med, at ordet 'tryghedsbesøg' ikke er anvendt i hverken lovtekst eller bemærkninger hertil, men udelukkende i høringsbrevet. SUFO mener, at det fortsat skal kaldes et forebyggende hjemmebesøg.

Hvis det er tanken, at besøget skal fungere som opsporing af særlige risikogrupper, vækker det undren, at besøget er tiltænkt de 75-årige. I så fald skulle det ligge ved 65 år, da aldersgrænsen for at modtage forebyggende hjemmebesøg for sårbare rykkes dertil.

### Opsporing af ældre med behov for et forebyggende hjemmebesøg

SUFO glæder sig over, at Sundhedsstyrelsen udarbejder en vejledning med redskaber til opsporing og vil gerne byde ind med sparring om nødvendigt. Det er vigtigt i den sammenhæng at få præciseret, hvad 'risikogrupper' eller 'skrøbelige ældre' præcist dækker over.

Vi er også meget begejstrede for udsigten til et særligt efteruddannelsesforløb – et ønske vi har haft længe. Det bekymrer os dog, at det af høringsmaterialet ikke fremgår, at der sættes midler af til gennemførelsen af uddannelsen (jf. bemærkningerne, afsnit 3). Af den forudgående aftaletekst fra 7. april fremgår det, at der skal afsættes 10 mio. kr. via satspuljen.

Vi vil bede om, at det i bemærkningerne fremgår, at det er komplekst at opspore og foretage forebyggende hjemmebesøg hos risikogrupper – og at de sandsynligvis vil tage længere tid, end de hjemmebesøg der foretages generelt i dag.

På den baggrund og fordi at antallet af borgere i risikogruppen mellem 65 og 79 år er ubekendt, er vi desuden tvivlende overfor, om ændringen vil være udgiftsneutral.

## **Kollektive arrangementer og andre forebyggende tilbud**

SUFO frygter, at tilbuddet om forebyggende hjemmebesøg udvandes ved at åbne op for, at kommunalbestyrelserne kan erstatte hjemmebesøgene med kollektive arrangementer. Vi mener desuden, der mangler evidens for, at borgere vil takke ja til et kollektivt tilbud – i bestyrelsen har vi erfaring for, at der er manglende tilslutning til sådanne arrangementer. Det er generelt ikke de skrøbelige ældre, der møder op til kollektive arrangementer, hvilket kan skyldes mangel på transport, nogen at følges med, motivation, social isolation osv.

Derfor mener vi, at følgende bemærkninger til lovforslaget bør ændres (fra 2.2 Den foreslåede ordning): *"Der skabes derfor hjemmel til, at kommunalbestyrelsen kan tilrettelægge tilbuddet, som det lokalt findes mest hensigtsmæssigt. Kommunalbestyrelsen kan fx tilbyde et eller flere kollektive arrangementer, som kan erstatte det forebyggende hjemmebesøg. Dette foreslås at gælde for alle målgrupperne for det forebyggende hjemmebesøg"* og

*"Hvis en borger siger nej til et kollektivt arrangement, skal borgeren fortsat tilbydes et individuelt tilbud i hjemmet. Kommunalbestyrelsen skal derfor ved fremsendelse af invitationen til et kollektiv arrangement gøre opmærksom på, at såfremt borgeren i stedet for at deltage i arrangementet ønsker et forebyggende hjemmebesøg i eget hjem, så er dette muligt"*.

SUFO ønsker, at de forebyggende hjemmebesøg skal udgøre det primære tilbud i lovgivningen. De kollektive arrangementer ser vi ikke som en erstatning for de forebyggende hjemmebesøg, men som et supplement.

Dertil bør der overvejes, hvordan vi følger op på effekten, dokumenterer og udvikler de kollektive arrangementer.

## **Fleksibel tilrettelæggelse**

SUFO savner flere eksempler i bemærkningerne på, hvad 'fleksibel tilrettelæggelse' kan medføre udover de nævnte kollektive arrangementer.

I bemærkningerne er der nævnt, at der igangsættes forsøg med fleksibel tilrettelæggelse, hvor de forebyggende medarbejdere kan komme i kontakt med ældre borgere, som normalt ikke takker ja til tilbud om forebyggende hjemmebesøg. Vi ser frem til at høre mere om forsøget, og stiller os til rådighed med vores erfaring og viden.

## **Kvalitetsstandarder**

SUFO bifalder, at de forebyggende hjemmebesøg skal indgå i kommunernes kvalitetsstandarder. Dette medfører bl.a., at der årligt skal gøres en status på indsatsen – hvad enten det er forebyggende hjemmebesøg, kollektive arrangementer eller andre lignende tiltag, – hvilket vi hilser velkommen.

## **Tidsfrist og evaluering**

Vi ser med bekymring på lovgivningens ikrafttræden d. 1. januar 2016. Håndbogen er pt. ikke udkommet, og værktøjer samt efteruddannelsen skal også være klar.

Vi mener desuden, det kan overvejes, om der kan sættes midler af til en evaluering af dele af lovgivningen – vi synes især, det er relevant at evaluere opsporingsredskaberne (opspores de risikogrupper, som lovgivningen er tiltænkt?), uddannelsesforløbet (bliver de forebyggende medarbejdere klædt tilstrækkeligt på til at foretage hjemmebesøg hos risikogrupperne?) og fleksibel tilrettelæggelse, herunder de kollektive arrangementer (bliver tilbuddene benyttet?).

På bestyrelsens vegne,

Anne Dorthe Prisak  
Formand  
SUFO

Sundheds- og Ældreministeriet  
Holbergsgade 6,  
1057 København K

Att.: ssk@sum.dk; aeldre@sum.dk

29. september 2015  
OF

## **Ældre Sagens hørings svar vedr. udkast til ændring af regler vedrørende forebyggende hjemmebesøg.**

### **Forebyggende hjemmebesøg bør styrkes.**

Ældre Sagen har altid støttet en høj prioritering af forebyggende arbejde i forhold til ældre mennesker.

Ældre Sagen har derfor også gentagne gange påpeget, at den indskrænkning af de forebyggende hjemmebesøg, der er sket siden lovens gennemførelse, ikke er hensigtsmæssig.

Vi ønsker tværtimod en styrkelse af de forebyggende hjemmebesøg, hvor der ligesom i forbindelse med de tidlige Rødovre-forsøg, der fremviste overbevisende resultater, også medvirkede sundhedsfaglig ekspertise i form af læge/sygeplejerske med henblik på forebyggelse i form af medicinsanering mv.

Vi vil derfor anbefale en opprioritering i form af, at tilbuddet om forebyggende hjemmebesøg ikke kun "gives med henblik på at skabe tryghed og trivsel, yde råd og vejledning om aktiviteter og støttemuligheder", men også omfatter forebyggelses- og sundhedsvejledende tiltag.

### **Sammentænkning med sundhedsloven.**

Generelt mener vi, at der også hvad angår de forebyggende hjemmebesøg er brug for en nærmere sammentænkning og samling af de forebyggelsestiltag, der findes i service- og i sundhedsloven, jf. f.eks. sundhedslovens § 119 stk. 2.

### **Bedre vidensgrundlag**

I forbindelse med den aktuelle ændring af de forebyggende hjemmebesøg mener vi endvidere, at det er centralt, at man bygger på et bedre vidensgrundlag, end vi har i dag.

Der er simpelthen brug for mere viden om, hvem der siger ja og nej til de forebyggende hjemmebesøg, og hvorfor. Når ca. 75 % af de borgere, der i dag tilbydes forebyggende hjemmebesøg, siger nej tak, bør man undersøge hvorfor, før man foretager en ændring af lovgivningen.





Og så er der brug for en langt bedre viden om de kriterier, der kan bruges til at finde de borgere, der er i "særlige risikogrupper".

Det er fint, at Sundhedsstyrelsen vil udarbejde en vejledning med redskaber til opsporing på baggrund af erfaringerne fra arbejdet med "Håndbog om forebyggelse på ældreområdet", og at der igangsættes et efteruddannelsesforløb. Men der er også brug for mere grundlæggende viden på området.

Vi foreslår derfor, at man venter med at gennemføre ændringerne, indtil dette vidensgrundlag er tilvejebragt. Eller i det mindste igangsætter et analysearbejde sideløbende med reformen, således at man ved en revision af ordningen kan bygge på et bedre vidensgrundlag.

Man bør også overveje, om alle kommuner allerede ved årsskiftet vil være klar til en effektiv opsporing af risikogrupper, og om uddannelses- og kompetenceløft til personalegruppen kan være på plads så hurtigt.

### **Indsats mod risikogrupper**

Det fremlagte forslag indebærer, at man fritager kommunerne for den generelle forpligtelse til at tilbyde forebyggende hjemmebesøg en gang om året for borgere i aldersgruppen fra og med 76 til og med 79, hvorved man opnår en besparelse på knap 32 mio. kr. Besparelsen anvendes til at målrette de forebyggende hjemmebesøg til en tidligere indsats for risikogrupper, samt at kommunerne pålægges at beskrive denne indsats i kvalitetsstandarder.

Under forudsætning af at man har skaffet et bedre vidensgrundlag, hilser Ældre Sagen det velkomment, at man således lægger op til en mere systematisk tidligere indsats overfor risikogrupper.

### **Kvalitetsstandarder**

Vi støtter ligeledes, at kommunerne skal redegøre for deres indsats i kvalitetsstandarder. Det er vigtigt at sikre, at der rent faktisk kommer til at ske en øget indsats for risikogrupperne, og kravet om at synliggøre dette i kvalitetsstandarder er en vej til dette.

### **Evaluering nødvendig**

Lovændringerne bør følges op af en evaluering af omlægningens virkning efter en to-årig periode.



### **Kollektive arrangementer bør kun være et supplement**

Ligeledes støtter vi, at der kan tilbydes kollektive arrangementer, men det bør kun være som et supplement til de individuelle forebyggende hjemmebesøg.

Det er helt afgørende, at kommunerne fortsat har forpligtelsen til at tilbyde det individuelle besøg til ældre, der foretrækker en personlig samtale om netop deres problemer.

Og det er vigtigt, at kommunalbestyrelsen ved fremsendelsen af invitationen til et kollektivt arrangement gør opmærksom på, at det er et frit valg for borgeren, om man ønsker at deltage i det kollektive arrangement, og at det ikke ændrer på muligheden for et individuelt hjemmebesøg og ikke erstatter dette. Ellers er der risiko for, at de kollektive arrangementer de facto vil blive prioriteret af økonomisk pressede kommuner på bekostning af de individuelle besøg.

Det er ligeledes vigtigt, at tilbuddet om forebyggende hjemmebesøg fortsat skal gives ved direkte henvendelse til den enkelte borger.

### **Tilstrækkelige ressourcer**

Endelig bør man være opmærksom på, om de besparelser på omkring 30 mio. kr., der opnås ved de senere forebyggende hjemmebesøg, reelt kan finansiere en effektiv indsats over for risikogrupperne. Erfaringen er, at de forebyggende hjemmebesøg til risikogrupperne ofte tager længere tid og kaster opfølgende besøg og indsatser af sig, som kræver betydeligt flere ressourcer end besøg til personer, der ikke er i risikogrupperne.

Venlig hilsen  
Ældre Sagen

  
Bjarne Hastrup  
Administrerende direktør