



SUNDHEDSSTYRELSEN

# Evaluering af forebyggende hjemmebesøg

Sundhed for alle ♥+●

## **Evaluering af forebyggende hjemmebesøg**

© Sundhedsstyrelsen, 2023  
Publikationen kan frit refereres  
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

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

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-563-3

Layout: Sundhedsstyrelsen

Foto: Joakim Rode, Troels Heien, Lars Wittrock og Tuala  
for Sundhedsstyrelsen undtagen side 16 (Shutterstock)

Udgivet af Sundhedsstyrelsen

September 2023

# Indholdsfortegnelse

<b>Indroduktion</b> .....	<b>6</b>
1.1. Danskerne lever generelt længere.....	6
1.2. Formål med denne evaluering.....	6
1.3. Lovmæssige rammer for forebyggende hjemmebesøg.....	7
1.4. Lovteksten over tid.....	8
1.5. Viden om forebyggelse og sundhedsfremme til ældre.....	10
1.6. Fund fra tidligere undersøgelser af forebyggende hjemmebesøg.....	12
1.7. Metode.....	13
<b>2. Resumé</b> .....	<b>18</b>
Hovedpointer.....	18
Opsamling fra kapitlerne.....	20
Perspektivering.....	22
<b>3. Formål og udbytte</b> .....	<b>26</b>
3.1. Formålet med forebyggende hjemmebesøg.....	26
3.2. Den oplevede virkning af forebyggende hjemmebesøg og udbytte for borgerne.....	30
3.3. Opsummering.....	33
<b>4. Organisering af forebyggende hjemmebesøg</b> .....	<b>36</b>
4.1. Rammer for opgaveløsningen – organisering og opgaveportefølje.....	36
4.2. Samarbejde om forebyggelse på tværs af kommunen.....	37
4.3. Samarbejde med civilsamfundet og andre eksterne samarbejdspartnere.....	39
4.4. Internt og eksternt samarbejde der fordrer opsøgende forebyggelseskonsulenter.....	40
4.5. Udbytte af forebyggelseskonsulenternes netværksdannelse.....	41
4.6. Opsummering.....	41
<b>5. Borgergrundlaget: Hvem modtager forebyggende hjemmebesøg?</b> .....	<b>44</b>
5.1. Udvikling af tilslutning til forebyggende hjemmebesøg.....	45
5.2. Hvad kendetegner modtagerne af forebyggende hjemmebesøg?.....	49
5.3. Forebyggende hjemmebesøg i tal – et nedslag for 2021.....	52
5.4. Behovsbestemte besøg (sårbare grupper 65-81 år).....	54
5.5. Opsummering.....	55
<b>6. I praksis: Invitation og motivation</b> .....	<b>58</b>
6.1. Invitation ved datobrev og åbent brev.....	58
6.2. Datobreve giver mulighed for at komme i kontakt med sårbare grupper.....	59
6.3. Anvendelse af datobrev og prioritering af ressourcer.....	59
6.4. Anvendelse af telefonopkald – erfaringer under covid-19.....	60
6.5. Opsporing og motivation af borgere.....	60
6.6. Opsummering.....	63
<b>7. I praksis: Mødeform og indhold</b> .....	<b>66</b>
7.1. Anvendelsen af individuelle besøg og kollektive arrangementer.....	68
7.2. Individuelle besøg.....	68
7.3. Kollektive arrangementer.....	70
7.4. Temaer og mødeform.....	71
7.5. Opsummering.....	72
<b>8. Kompetencer og faglighed</b> .....	<b>76</b>
8.1. Forebyggelseskonsulenternes faglige baggrund og kompetencer.....	76
8.2. Muligheder for kompetenceudvikling.....	78
8.3. Opsummering.....	78
<b>Referenceliste</b> .....	<b>82</b>
<b>Bilagsfortegnelse</b> .....	<b>84</b>



# 1

## Introduktion

# 1. Introduktion

Et godt ældreliv er for mange forbundet med at klare sig selv længst muligt. Forebyggelse af sygdom og deltagelse i sundhedsfremmende aktiviteter har stor betydning for at leve et langt, selvstændigt og meningsfuldt liv, hvor det fysiske og psykiske helbred ikke sætter begrænsninger i hverdagen.

Mange gode leveår er et mål i sig selv. Set i lyset af befolkningsudviklingen og i en kontekst med rekrutteringsudfordringer blandt social- og sundhedspersonale, udgør forebyggelse og sundhedsfremme også et stort potentiale for at udskyde behov for hjælp. Gennem disse indsatser kan flere ældre bevare eller forbedre deres sundhed, trivsel og funktionsevne længst muligt, og vi kan som samfund samtidig understøtte, at der er hænder nok til dem, der har behov for hjælp<sup>1</sup>.

Forebyggende hjemmebesøg understøtter kommunernes forebyggende og sundhedsfremmende indsats over for den ældre del af befolkningen. Indsatsen sigter bl.a. mod at støtte ældre borgere med at håndtere de udfordringer, der kan følge, af nedsat social-, psykisk- eller fysisk funktionsevne, med henblik på at fremme livskvalitet, bidrage til øget tryghed og trivsel og forebygge eller løse eventuelle problemer i opløbet. Virkningen af forebyggende hjemmebesøg og udbyttet for borgerne er imidlertid ikke afdækket systematisk, og samtidig er der foretaget flere ændringer i tilbuddet over de sidste år, uden der har været en systematisk opfølgning<sup>2</sup>.

I 2019 udgav Sundhedsstyrelsen det faglige oplæg "Gode ældreliv med trivsel og sundhed" med en anbefaling om at udarbejde en evaluering af forebyggende hjemmebesøg med fokus på at give viden, som kan styrke en høj kvalitet af forebyggende hjemmebesøg og dermed understøtte borgernes livskvalitet og trivsel<sup>3</sup>.

På den baggrund er der i "Aftale om udmøntning af reserven til foranstaltninger på social-, sundheds- og arbejdsmarkedsområdet 2022-2025" afsat midler til denne evaluering af forebyggende hjemmebesøg, som er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen 2022-2023.

<sup>1</sup> Sundhedsstyrelsen 2023, Sundhedsstyrelsen 2019, Sundhedsstyrelsen 2015, Kommunernes Landsforening 2012.

<sup>2</sup> Sundhedsstyrelsen 2020, Sundhedsstyrelsen 2019, Sundhedsstyrelsen 2015, Ankestyrelsen 2008.

<sup>3</sup> Sundhedsstyrelsen 2019.

## 1.1. Danskerne lever generelt længere

Sundhedsprofilen for 2021 viser, at danskernes middellevetid er steget de seneste år. I perioden 2010 til 2021 er middellevetid steget for både mænd og kvinder, henholdsvis fra 76,5 år til 79,2 år og fra 80,8 år til 83,2 år. Men leves de ekstra år med godt eller dårligt helbred? Samme undersøgelse viser et blandet svar, hvor andelen af gode leveår uden langvarig sygdom for 65-årige er faldet i samme periode på flere indikatorer. Den samlede konklusion i Sundhedsprofilen er, at den stigende middellevetid i Danmark ikke direkte er fulgt af en tilsvarende stigning i antallet af gode leveår<sup>4,5</sup>.

Samtidig med at danskerne lever længere, forventes antallet af danskere på 80 år eller over at vokse markant de kommende år. Andelen af personer på 80 år og derover steg fra 4% til 5% mellem 2010 og 2020 og forventes at stige yderligere til 10% frem mod 2050<sup>6</sup>.

De fleste af fremtidens ældre forventes at være ressourcestærke på en lang række områder. Samtidig vil der være en gruppe af ældre med behov for hjælp i varierende omfang. Der vil også være en gruppe ældre med omfattende og komplekse plejebehov og med få eller ingen ressourcer til at klare sig uden hjælp.

## 1.2. Formål med denne evaluering

I aftaleteksten til "Aftale om udmøntning af reserven til foranstaltninger på social-, sundheds- og arbejdsmarkedsområdet 2022-2025" påpeges det, at forebyggelsespotentialet i forebyggende hjemmebesøg er stort, og at en evaluering af forebyggende hjemmebesøg til ældre skal skabe grundlag for at udvikle tilbuddet med hensyn til bl.a. at understøtte sund aldring og modvirke ensomhed blandt ældre.

<sup>4</sup> Gode leveår vurderes ud fra andelen med fremragende, vældig godt eller godt selv vurderet helbred, andelen uden langvarig sygdom og andelen med en høj score på den mentale helbredsskala.

<sup>5</sup> Sundhedsstyrelsen 2022.

<sup>6</sup> Social, Bolig- og Ældreministeriet 2023

Aftaleteksten fremhæver, at evalueringen bl.a. skal se på kommunernes kvalitetsstandarder for forebyggende hjemmebesøg, hvordan risikogrupper<sup>7</sup> opspores, hvordan borgerne inviteres og motiveres til at modtage besøg, borgernes udbytte, hvordan der følges op på den enkelte borger samt udbyttet af de opfølgende aktiviteter. Evalueringen skal endvidere undersøge kompetencebehovet blandt de forebyggende medarbejdere, og hvordan tilbuddet tænkes sammen med øvrige forebyggende indsatser i kommunen, så borgerne modtager den rette støtte og hjælp. Aftaleteksten sætter desuden fokus på potentialet af forebyggende hjemmebesøg samt mulighederne for en videreudvikling af tilbuddet i sammenhæng med andre forebyggelsestilbud. Til sidst har det relevans for evalueringen at nævne, at der i den løbende ændring af lovgivningen omkring forebyggende hjemmebesøg er et øget fokus på at målrette tilbuddet (se figur 1).

Sundhedsstyrelsen har derfor i evalueringen arbejdet ud fra tre evalueringsspørgsmål:

- Hvilke muligheder er der for videreudvikling af forebyggende hjemmebesøg?
- Hvilket uudnyttet potentiale er der i forebyggende hjemmebesøg?
- Hvordan arbejder forebyggende hjemmebesøg med målretningen af tilbuddet til forskellige målgrupper (herunder formål med ændringer i loven)?

De forskellige temaer, som nævnes i aftaleteksten (opsparing, invitation, mødeformer mv) bliver undersøgt i forhold til de udvalgte evalueringsspørgsmål.

Evalueringen afdækker forskellige aktørers oplevelse af udbyttet af forebyggende hjemmebesøg, men det har ikke været muligt at evaluere effekter af indsatserne. Grunden er, at der hverken er konsensus om specifikke målsætninger eller egentlige effektmål. Dette skyldes bl.a. indsatsens brede formål, at der i lovteksten eller andre steder ikke er angivet nogle specifikke effektmål, og at der kan være lang tid mellem besøg eller blot være tale om enkeltstående besøg.

Som med anden forebyggelse ligger virkningen – borgerens udbytte – adskilt i tid fra selve indsatsen. I en afdækning af erfaringer med og viden om tidlig opsporing foretaget for Sundhedsstyrelsen beskriver VIVE (Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd) således kompleksiteten i forebyggende hjemmebesøg. Herunder, at effekten først vil realiseres efter en årrække og mange forhold derfor potentielt kan have betydning for borgerens funktionsevne mv. VIVE peger derudover på, at forebyggende hjemmebesøg kan tilrettelægges på mange forskellige måder i forhold til faktorer, som må formodes at have betydning for, hvilken virkning der opnås af forebyggende hjemmebesøg (målgruppe, indhold, organisering mv.)<sup>8</sup>.

Evalueringen bygger primært på en spørgeskemaundersøgelse til kommunerne samt kvalitative interviews af forebyggelseskonsulenter, ledere og borgere og belyser derfor oplevet virkning af udbyttet frem for effekt.

### 1.3. Lovmæssige rammer for forebyggende hjemmebesøg

Forebyggende hjemmebesøg er uopfordrede, men ikke uanmeldte besøg, i ældre borgeres hjem<sup>9</sup>. Indsatsen har været reguleret ved lov siden 1996, og en række ændringer er vedtaget siden da (se figur 1).

Forebyggende hjemmebesøg blev en del af lovgivningen i en tid med øget fokus på forebyggelse. Ny forskning havde fx vist, at ældre mennesker kan træne og genoptræne i et omfang, som man før ikke havde troet muligt. Ordningen baserede sig på gode erfaringer fra flere forudgående undersøgelser, der viste positive resultater af en opsøgende omsorgsindsats overfor ældre borgere. Flere kommuner havde allerede på eget initiativ arbejdet med forebyggende hjemmebesøg, før loven i 1996 trådte i kraft med det formål at styrke den forebyggende og sundhedsfremmende indsats over for ældre mennesker<sup>10</sup>.

<sup>7</sup>I evalueringen benyttes betegnelsen sårbare grupper

<sup>8</sup>VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2019

<sup>9</sup>Vejledning til hjælp og støtte efter serviceloven, 2015, §79 a

<sup>10</sup>Vass, M., Avlund, K. og Hendriksen C., 2005

I dag er bestemmelser om forebyggende hjemmebesøg fastsat i Serviceloven § 79 a<sup>11</sup>:

#### **Fastdefinerede tidspunkter for forebyggende hjemmebesøg**

- Borgere der bor alene det år, de fylder 70, skal tilbydes et forebyggende hjemmebesøg.
- Desuden skal kommunen tilbyde et forebyggende hjemmebesøg det år, man fylder 75 og 80 år.
- Fra man er fyldt 82 år, skal kommunen tilbyde mindst ét årligt forebyggende hjemmebesøg.

#### **Forebyggende hjemmebesøg efter behov**

- Kommunen skal tilbyde forebyggende hjemmebesøg efter behov til borgere mellem 65 og 81 år, hvis de er i særlig risiko for at få nedsat social-, psykisk- eller fysisk funktionsevne.

#### **Undtagelser**

- Hvis man modtager både personlig pleje og praktisk hjælp, kan kommunen undlade det årlige tilbud om et forebyggende hjemmebesøg.

#### **Tilrettelæggelse og kvalitetsstandarder**

Det er derudover fastsat, hvordan tilrettelæggelsen af forebyggende hjemmebesøg kan ske samt at tilbuddet skal beskrives i de kommunale kvalitetsstandarder<sup>12</sup>:

- Det er op til den enkelte kommune, hvordan de tilrettelægger forebyggende hjemmebesøg. Kommunen kan eksempelvis vælge at tilrettelægge forebyggende hjemmebesøg som et besøg i hjemmet eller et kollektivt arrangement.
- Borgere, der ikke ønsker at deltage i et kollektivt arrangement, skal i stedet tilbydes et individuelt besøg i hjemmet.
- Ordningen bør sammentænkes med øvrige relevante forebyggelsestiltag, herunder blandt andet forebyggelsesindsatser efter sundhedsloven.
- Kvalitetsstandarder skal beskrive, hvordan ordningen tilrettelægges, herunder mødeform, formål og indhold
- Kvalitetsstandarder skal derudover definere, hvordan ordningen tilbydes til borgere i alderen 65-81 år, som er i særlig risiko for nedsat social-, psykisk- eller fysisk funktionsevne. Det skal således fremgå, hvilke særlige risikogrupper tilbuddet er målrettet til.

<sup>11</sup> Serviceloven, 2022, §79 a

<sup>12</sup> Bekendtgørelse om tilrettelæggelse af samt kvalitetsstandarder for de forebyggende hjemmebesøg efter servicelovens §79 a, 2019

#### **Formål med forebyggende hjemmebesøg<sup>13</sup>**

- At understøtte den forebyggende og sundhedsfremmende indsats over for ældre borgere ved at yde råd og vejledning om aktiviteter og støttemuligheder.
- At gøre opmærksomhed på tilbud, som vil kunne bidrage til at forebygge eller løse eventuelle problemer i opløbet.

### **1.4. Lovteksten over tid**

Lovgivningen af forebyggende hjemmebesøg er blevet justeret i løbet af årene. Både målgrupper, intervaller og mødeform er blevet ændret. Figur 1 giver et overblik over de væsentligste lovændringer samt intentionerne ved forskellige lovændringer<sup>14</sup>.

Ankestyrelsen fremhævede i en rapport fra 2010, at der over tid er sket en bevægelse fra, at forebyggende hjemmebesøg lagde stor vægt på at afdække sygdom og hjælpebehov gennem fysiske screeninger og undersøgelser til et mere forebyggende og sundhedsfremmende fokus (for uddybning se kap. 7).

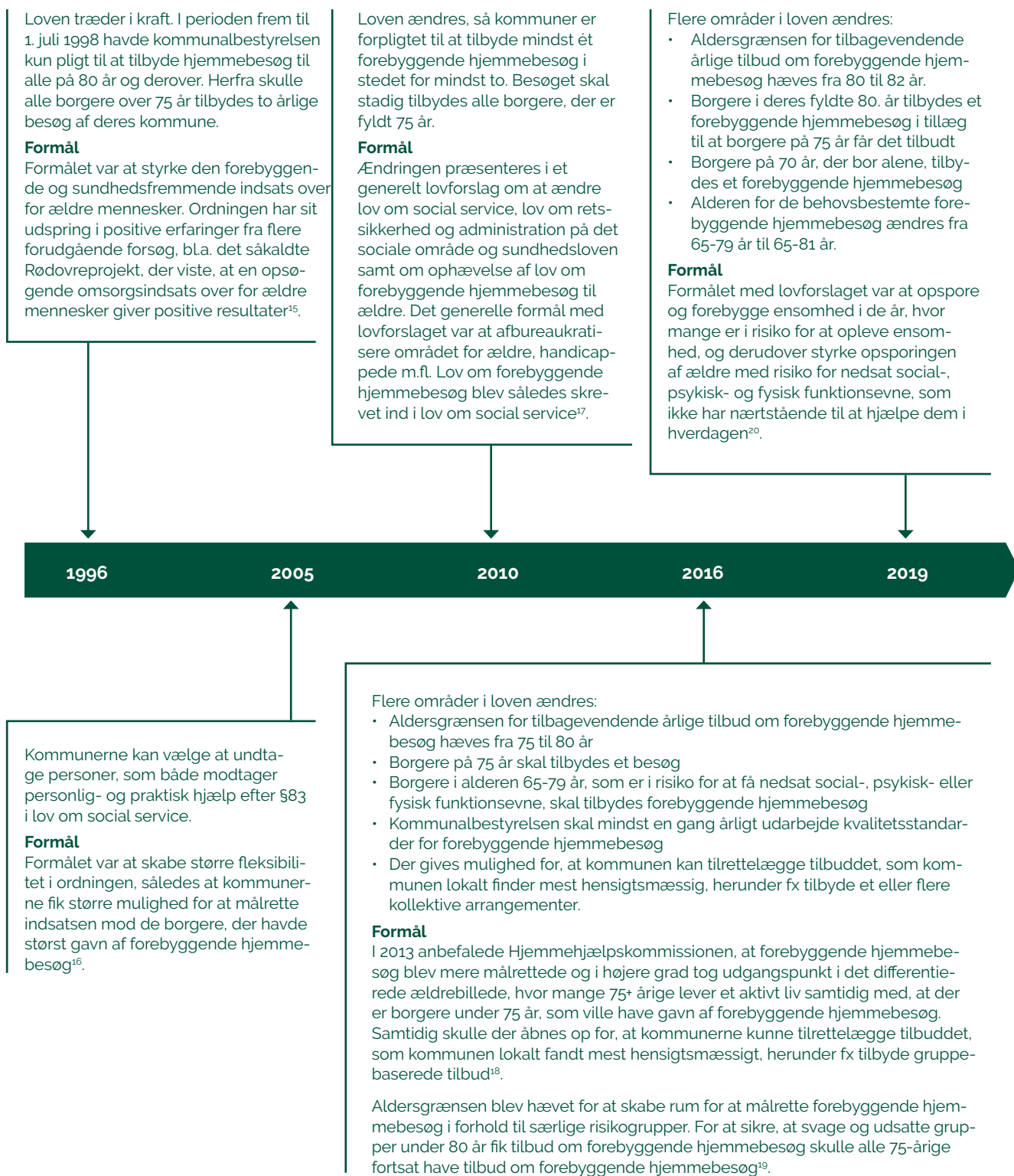
Lovændringerne viser, at der over tid er en tendens til i højere grad at målrette tilbuddet mod specifikke målgrupper eller livssituationer, hvor risikoen for nedsat social-, psykisk- og fysisk funktionsevne er forøget. Det ses især med lovændringen i 2016 og 2019.

<sup>13</sup> Vejledning til hjælp og støtte efter serviceloven, 2015, §79 a

<sup>14</sup> VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2019 og Marselisborg, 2017



**Figur 1:** Overblik over lovændringer vedr. forebyggende hjemmebesøg til ældre



<sup>15</sup> Vass, M., Avlund, K. og Hendriksen, C., 2005

<sup>16</sup> Skriftlig fremsættelse (23. februar 2005), 2004

<sup>17</sup> Afbureaukratisering på området for ældre, handicappede m.fl., 2010

<sup>18</sup> Hjemmehjælpskommissionen, 2013

<sup>19</sup> Målrkning af de forebyggende hjemmebesøg, 2015

<sup>20</sup> Målrkning af de forebyggende hjemmebesøg, 2019

<sup>21</sup> Ankestyrelsen, 2010

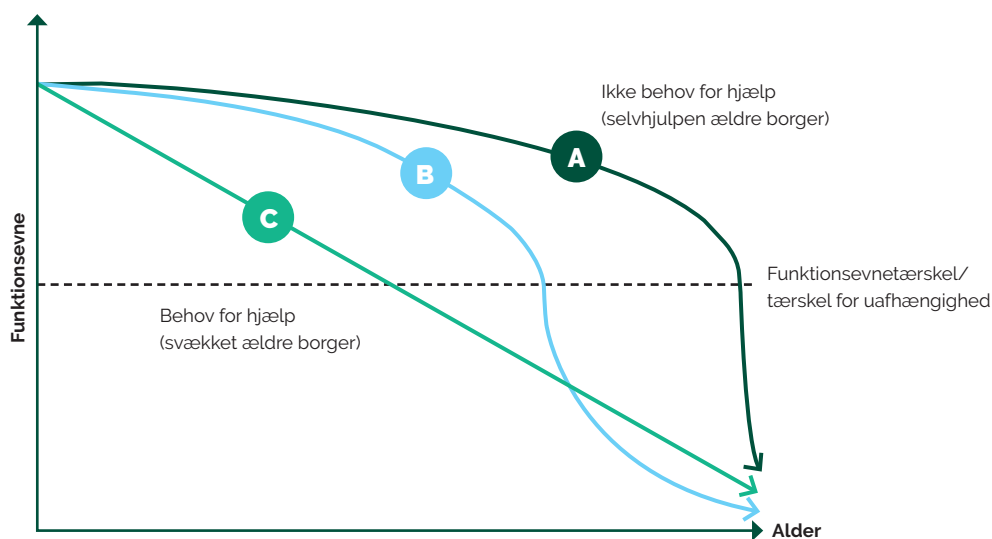
## 1.5. Viden om forebyggelse og sundhedsfremme til ældre

I 2013 påpegede Hjemmehjælpskommissionen, at den forebyggende indsats skal indledes tidligt, og helst før borgeren selv henvender sig for at få hjælp<sup>22</sup>.

Figuren nedenfor viser tre hypotetiske forløb for et individs funktionsevne. I alle tre forløb dør individet i samme alder, men funktionsniveau og muligheder for at være selvhjulpne har gennem livet været meget forskellige.

Forløbene i figur 2 illustrerer den løbende interaktion mellem enkeltindivider og deres omgivelser. Målet med forebyggelse og sundhedsfremme hos ældre er, at den enkelte oplever at bevare den højst mulige funktionsevne i sit samlede livsforløb (forløb A) og dermed evner at klare sig selv. For forløb som forløb B og C kan forebyggelse og sundhedsfremme (og rehabilitering) desuden ændre forløbene, så de fx holder sig over tærsklen for uafhængighed i længere tid, end hvis forebyggelse og sundhedsfremme ikke havde fundet sted<sup>24</sup>. I boks 1 præciseres begreberne forebyggelse og sundhedsfremme.

Figur 2<sup>23</sup>: Tre hypotetiske forløb for funktionstab



- A:** Optimalt forløb, hvor funktionsevne forbliver høj indtil døden.
- B:** Afbrudt forløb, hvor en hændelse, fx. sygdom eller fald, medfører fald i funktionsevne.
- C:** Nedadgående forløb, hvor funktionsevnen falder stødt frem mod døden.

**Kilde:** Sundhedsstyrelsen 2019

<sup>22</sup> Hjemmehjælpskommissionen, 2013

<sup>23</sup> Sundhedsstyrelsen 2019, figur 2, s. 25

<sup>24</sup> World Health Organization, 2015

### **Boks 1: Forebyggelse og sundhedsfremme**

Forebyggelse og sundhedsfremme er sideordnede begreber, der beskriver to forskellige tilgange og typer af indsatser til at opnå sundhed og trivsel.

Forebyggelse defineres som sundhedsrelaterede aktiviteter, der sørger for at forhindre opståen og udvikling af sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker og dermed fremmer folkesundheden. I forebyggelse er der fokus på at identificere og hindre eller hæmme risikofaktorer, risikoadfærd, ulykker, sygdom og sygdomsfølger.

Sundhedsfremme defineres som sundhedsrelaterede aktiviteter, der kan fremme den enkeltes sundhed og folkesundheden ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere borgernes ressourcer og handlekompetencer. I sundhedsfremmearbejdet vendes opmærksomheden væk fra sygdom og over mod sundhed, og der fokuseres på mobilisering af ressourcer, handlekompetencer og mestrings strategier frem for på risikofaktorer.

**Kilde:** Sundhedsstyrelsen, 2005: Terminologi – forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed, [www.sst.dk](http://www.sst.dk)

Der findes omfattende viden om, hvad der er vigtigt for at øge muligheden for et liv med sundhed og trivsel, og hvilke faktorer, der øger risikoen for at udvikle sygdom og tab af funktionsevne. Det gælder fx mad- og måltidsvaner, mental sundhed, rygning, alkohol og fysisk inaktivitet. Sundhedsstyrelsens publikationer som Sundhedsprofilen, Ældreprofilen og Sygdomsbyrden i Danmark monitorerer befolkningens fysiske- og psykiske trivsel og peger på den indbyrdes sammenhæng mellem forskellige risikofaktorer og sociale determinanter for sundhed. Fx viser rapporten over Sygdomsbyrden i Danmark fra 2022, at de tre største risikofaktorer, der relaterer sig til både ekstra antal dødsfald og tab i middlelevetiden er rygning, stillesiddende fritidsaktivitet og alkohol<sup>25</sup>.

Forebyggelse målrettet ældre borgere skal i nogle tilfælde tilrettelægges anderledes end forebyggelse til yngre målgrupper. Blandt andet kan enkelte

risikofaktorer have særlig betydning, fx fysisk aktivitet der er afgørende for at holde et godt funktionsniveau i hverdagen og undgå risiko for fald. På samme måde kan underernæring udgøre en risiko, som ikke findes tilsvarende i andre livsfaser. Skrøbelige ældre kan opspores i praksis ved at afdække utilsigtet væggtab, fysisk aktivitet, medicinforbrug og tidlige tegn på uforklaret træthed, da disse forhold kan indikere tegn på skrøbelighed<sup>26</sup>.

*Håndbog til kommunerne om forebyggelse på ældreområdet*<sup>27</sup> og efterfølgende *Forebyggende hjemmebesøg til ældre – Vejledning*<sup>28</sup> fremhæver livssituationer og befolkningsgrupper med henblik på at understøtte kommunerne i at identificere borgere, der er i større risiko for nedsat fysisk-, psykisk- og social funktionsevne end andre. Det gælder eksempelvis ældre borgere, som har mistet samlever/ægtefælle, ældre med alvorligt syg samlever/ægtefælle, ældre mænd, der lever alene mv.

<sup>25</sup> Sundhedsstyrelsen, 2023

<sup>26</sup> Sundhedsstyrelsen, 2017

<sup>27</sup> Sundhedsstyrelsen, 2015

<sup>28</sup> Sundhedsstyrelsen, 2020

## 1.6. Fund fra tidligere undersøgelser af forebyggende hjemmebesøg

Der har løbende været forskellige evalueringer og opfølgninger af forebyggende hjemmebesøg. En undersøgelse fra 2004<sup>29</sup> viste, at uddannelse til forebyggende medarbejdere havde en positiv effekt på borgernes funktionsevne, især hvis indsatsen var struktureret og blev efterfulgt af flere besøg.

Ankestyrelsen evaluerede forebyggende hjemmebesøg på baggrund af lovændringen i 2010 (se figur 1). Denne evaluering viste blandt andet et styrket fokus på forebyggelse og sundhedsfremme i forebyggende hjemmebesøg generelt og især i et socialt perspektiv med det overordnede formål at skabe helhed og sammenhæng i indsatsen. Derudover viste evalueringen, at kommunerne havde særligt fokus på risikogrupper, fx enker og enkemænd<sup>30</sup>.

En evaluering fra 2016 viser bl.a., at det er svært at opspore de tiltænkte målgrupper med det største forebyggelsesbehov gennem forebyggende hjemmebesøg. Imidlertid har den gruppe af borgere, der gennem forebyggende hjemmebesøg har deltaget i initiativer til at forebygge tab af fysisk- og psykisk funktionsevne, både forbedret deres fysiske funktionsevne og haft en oplevelse af, at deltagelse giver mere energi og skaber indhold og mening i tilværelsen. Ligeledes fandt evalueringen, at man ved hjælp af en screening var i stand til at opspore borgere, der mistrives psykisk og/eller socialt, og dermed kunne tilbyde denne gruppe et opfølgende hjemmebesøg<sup>31</sup>.

VIVE fandt i sin afdækning af erfaringer med og viden om tidlig opsporing, at en invitation med en konkret dato for besøg (et datobrev) er med til at højne andelen af borgere, der tager imod tilbud om forebyggende hjemmebesøg sammenlignet med borgere, der får et brev eller en opringning uden en

konkret dato. Rapporten finder, at dette kan være med til at reducere den sociale ulighed, der normalt ses i forhold til, hvem der typisk takker ja til forebyggende hjemmebesøg<sup>32</sup>.

VIVE konkluderer i samme undersøgelse, at studier af forebyggende hjemmebesøg først og fremmest evaluerer på, hvordan forskellige mekanismer hjælper til at opspore borgere, eller på antal gennemførte besøg, men ikke nødvendigvis på hvilken forandring, der sker for borgeren. Derfor er der i sidste ende ikke stor viden om den reelle effekt af forebyggende hjemmebesøg. VIVE skriver, at det generelt er "udfordrende/krævende at opgøre effekten af multifaceterede og komplekse indsatser, som fx de forebyggende hjemmebesøg"<sup>33</sup>, og beskriver specifikt for forebyggende hjemmebesøg, at det er udfordrende for forebyggelseskonsulenterne at dokumentere virkningen af deres indsats.

Senest har forskningsprojektet WIPP 360 beskæftiget sig med at finde indikatorer, der kan forudsige tab af funktionsevne. Projektet har fundet en sammenhæng mellem en række indikatorer (fx indtag af protein, styrke, muskelmasse) som kan forudsige fald og derved risiko for fysiske funktionsnedsættelser. Resultaterne er anvendt til at udarbejde et spørgeskema, som borgere selv kan svare på og derefter indsende. På baggrund af de selvrapporterede svar bliver borgerne triageret i forebyggelsesteamet med henblik på at målrette invitationen. Redskabet afprøves i ni kommuner<sup>34</sup> (se boks 5 i kap. 6).

Tidligere studier har altså primært beskæftiget sig med opsporing af målgruppen, selve det forebyggende hjemmebesøg eller handlinger umiddelbart efter indsatsen. Denne evaluering beskæftiger sig mere specifikt med målretningen af besøgene efter seneste lovændringer og bidrager desuden med et organisatorisk blik på forebyggende hjemmebesøg, viden om udbytte for borgerne samt et datagrundlag fra de danske registre. Samtidig kommer evalueringen også med fremadrettede perspektiver

<sup>29</sup> Vass, M., Avlund, K. og Hendriksen C. (2005)

<sup>30</sup> Ankestyrelsen, 2010

<sup>31</sup> SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 2016

<sup>32</sup> VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2019

<sup>33</sup> VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2019

<sup>34</sup> WIPP 360, 2023

på det forebyggende arbejde i forhold til uudnyttede potentialer og muligheder for videreudvikling af forebyggende hjemmebesøg.

## 1.7. Metode

Evalueringen bygger på metode triangulering med en række forskellige datakilder og delanalyser, som der vil blive redegjort for i dette afsnit. Sundhedsstyrelsen har undervejs haft dialog med en referencegruppe bestående af faglige organisationer, som bl.a. har kvalificeret evalueringens design og foreløbige resultater.

Nedenstående datakilder er indsamlet og anvendt i evalueringen i 2022-2023 for at belyse forskellige aspekter. De forskellige datakilder supplerer hinanden og er anvendt til at belyse eller forklare forskellige fund ud fra forskellige perspektiver.

### Desk research, herunder gennemgang af lovgivningen og kommunale kvalitetsstandarder

Gennemgang af tidligere undersøgelser af forebyggende hjemmebesøg og forebyggelsesområdet generelt, lovgivningen bl.a. med fokus på formål ved forskellige lovændringer, og de kommunale kvalitetsstandarder med henblik på at undersøge forskelle på tværs af kommuner (fx i definition af borgere i risiko for funktionsnedsættelse, formålsbeskrivelse, invitationsform og mødeform).

### Spørgeskemaundersøgelse

Et spørgeskema blev sendt til den ansvarlige for forebyggende hjemmebesøg i samtlige kommuner, som blev bedt om, i samarbejde med forebyggelseskonsulenterne, at svare på vegne af kommunen. Spørgeskemaet havde en svarprocent på 98%. Udvalgte resultater af spørgeskemaet bliver præsenteret i rapporten. Appendiks 1 viser samtlige resultater.

### Registerundersøgelse

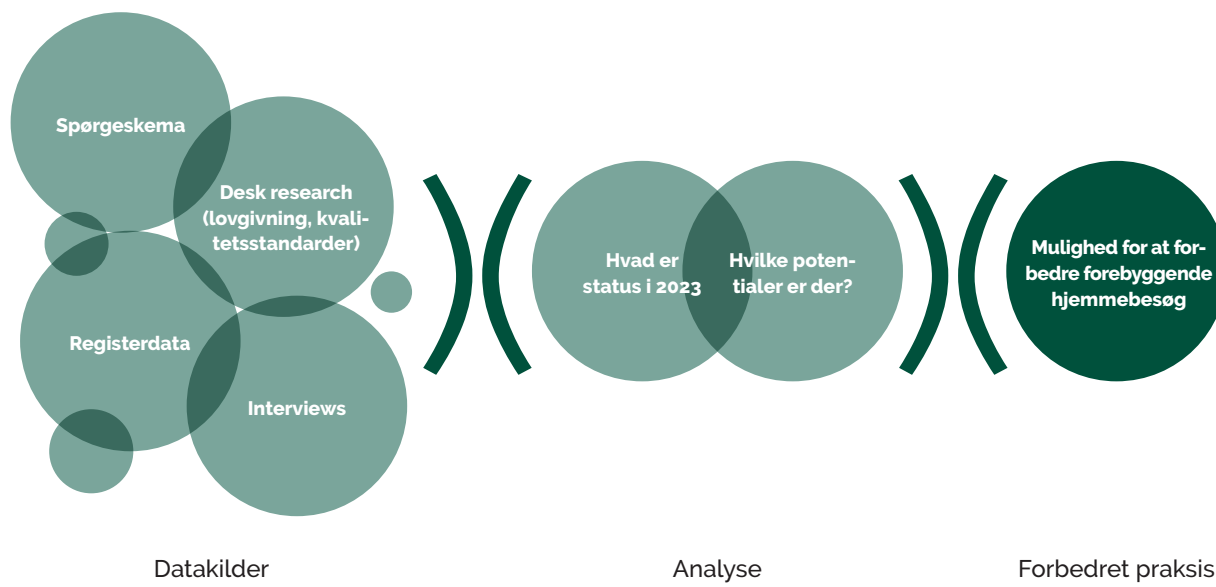
I samarbejde med Sundhedsdatastyrelsen er der gennemført en registerundersøgelse på baggrund af kommunale indberetninger til Danmarks Statistik. Registerdata giver dels indblik i tilslutningen til ordningen for forskellige målgrupper og i løbet af årene, dels mulighed for at belyse forskellige kendetegn for modtagere af forebyggende hjemmebesøg. Appendiks 2 viser resultaterne af registerundersøgelsen, mens udvalgte tal præsenteres i denne rapport.

### Kvalitative interviews

Der er foretaget kvalitative interviews med fem ledere, 20 forebyggelseskonsulenter i 11 kommuner og 10 borgere fra fire kommuner. Interviewene anvendes til at forklare og nuancere data fra de kvantitative dele af undersøgelsen samt til at perspektivere forskellige forhold. Interview med borgere har til formål at inddrage et borgerperspektiv på forebyggende hjemmebesøg og det oplevede udbytte.

Evalueringsdesignet kan illustreres med hjælp af figur 3, hvor forskellige datakilder hver for sig og tilsammen giver mulighed for at foretage en analyse af status for området samt undersøge, hvilke potentialer der er i forebyggende hjemmebesøg. Analysen har dannet det faglige grundlag til en fremadrettet perspektivering som inspiration i den videre udvikling af forebyggende hjemmebesøg og forebyggende indsatser generelt – både i den enkelte kommune og på nationalt niveau – med hensyn til bl.a. at understøtte sund aldring og modvirke ensomhed blandt ældre.

**Figur 3:** Oversigt over evalueringsdesign



**Kilde:** Sundhedsstyrelsen

Det fremgår af de enkelte kapitler, hvilke datakilder, som danner grundlag for de forskellige elementer, der sættes fokus på. Metoden bliver yderligere forklaret i appendiks 1 og 2 (beskrivelse af hhv. spørgeskemaundersøgelse og registerundersøgelse).

### **Begrænsninger i evalueringsdesignet**

Datakilderne har fokus på borgere, der har deltaget i forebyggende hjemmebesøg, og derfor mangler denne evaluering viden om borgere, der har takket nej til at deltage. For at få indsigt i denne viden er der dog referencer til tidligere undersøgelser, som har haft dette fokus.

I forbindelse med borgerinterviews er det forsøgt at minimere præselektion i målgruppen dvs. en præference til at udvælge de borgere, der i forvejen er tilfredse eller har en stærk holdning til tilbuddet.

Udvalgte forebyggelseskonsulenter blev derfor bedt om at invitere de første borgere, som de havde planlagt hjemmebesøg med, ud fra en bestemt dato. Ikke desto mindre skal man være opmærksom på, at de interviewede borgere i forvejen har sagt ja til at deltage i forebyggende hjemmebesøg, så en form for præselektion kan ikke helt undgås.

Registerundersøgelsen består af data, som kommunerne indberetter til Danmarks Statistik. Man skal være opmærksom på, at indberetningerne ikke kan sondre alle nuancer, der kan være i forhold til modtagere af forebyggende hjemmebesøg. Forskellige forhold, som har betydning for forståelsen af registerdata, bliver nævnt undervejs i rapporten (se fx kap. 5). Appendiks 2 indeholder ligeledes en forklaring af den dokumentation, som ligger til grund for analysen.







# 2

## Resumé

## 2. Resumé

Formålet med forebyggelse er, at den ældre borger kan bevare sin funktionsevne længst muligt og leve et selvstændigt og meningsfuldt liv. Det indebærer både sociale aspekter, herunder ensomhed, mental sundhed og den ældres fysiske helbred og velbefindende. Denne evaluering giver et aktuelt statusbillede af forebyggende hjemmebesøg i 2023 både i forhold til, hvordan forebyggende hjemmebesøg tager sig ud i praksis, udbyttet for borgerne, og hvordan kommunerne organiserer dem i forbindelse med øvrig ældrepleje og sundhedsfremmende indsatser.

I det følgende resumé opridses først en række hovedpointer fra evalueringen, hvorefter der gives en opsamling på de centrale pointer fra de enkelte kapitler, og endelig afsluttes med nogle perspektiveringer på, hvordan denne evaluering kan bidrage til det fremtidige forebyggende arbejde målrettet ældre.

### Hovedpointer

#### Udvikling i lovgivningen for forebyggende hjemmebesøg

Siden lovgivningen om forebyggende hjemmebesøg blev indført i 1996, har der været en række tiltag, som har forandret indsatsen og metoden. Man kan derfor ikke tale om én metode, da der er stor variation i dels mødeformer, individuelle besøg i borgerens hjem eller fælles arrangement i større lokaler, og i målgrupperne for besøgene og deres behov. Siden indførelsen af forebyggende hjemmebesøg er kadencen for besøgene for de aldersbestemte besøg således løbende blevet justeret, der er indført en risikobaseret tilgang med fokus på tilbud om besøg målrettet lokalt definerede udsatte grupper og endelig er der åbnet op for, at forebyggende hjemmebesøg kan gennemføres som kollektive arrangementer fremfor individuelle hjemmebesøg.

#### Målgruppen og tilslutningen til forebyggende hjemmebesøg

Andelen af borgere, der tager imod besøg, er faldende de seneste år. Der er her flere forhold, der gør sig gældende, og evalueringens resultater peger ikke på en entydig begrundelse. Faldet i besøg kan dels handle om, at færre borgere ønsker at tage imod tilbuddet om forebyggende hjemmebesøg fx på grund af øget trivsel og sund aldring, hvor behov for hjælp udskydes. En del af faldet fra 2020 og 2021 kan formentlig også tilskrives Danmarks nedlukning i forbindelse med covid-19, som har betydet et fald af den samlede aktivitet. Fundene fra denne evaluering tyder også på, at kommunens valg af invitationsform samt valg af mødeform til særligt de 75-årige borgere sandsynligvis bidrager til forskellen i tilslutning. Derved bliver tilrettelæggelsen også en måde hvorpå kommuner prioriterer deres ressourcer ved at række ud til de borgere, som efter kommunens mening har størst behov. Dermed nedprioriteres andre målgrupper, som kommunen vurderer har mindre behov.



### Udbytte for borgerne

Det er ikke muligt at konkludere entydigt og klart på forebyggende hjemmebesøgs effekt, dels fordi investeringen i denne type af forebyggelse kun vanskeligt kan påvise en kausal sammenhæng ift. virkninger, og dels fordi forebyggende hjemmebesøg bliver gennemført i mange forskellige udformninger, og derfor vanskeligt kan adskilles fra andre indsatser og forhold i borgerens liv. Noget tyder dog på, at udbyttet af besøgene for borgerne afhænger af, hvor meget man i den enkelte kommune prioriterer forebyggende hjemmebesøg. Evalueringen tyder på, at i kommuner hvor man gør meget for at sikre kvaliteten og fagligheden i forebyggende hjemmebesøg samt investerer i dem (fx ved at sende målrettede datobreve, som sikrer en højere besøgsrate) er der tegn på, at borgeren får et godt udbytte af besøget. Der hvor man i mindre grad investerer i det, er det mere uklart, hvad udbyttet er. Det opleves, at de borgere, der modtager besøg, har et udbytte i forbindelse med besøget, herunder at de bliver opmærksomme på og i højere grad handler på skavanker. Besøgene giver sandsynligvis også borgerne en samtalepartner og større trykthed i en svær livssituation, og borgeren får kendskab til målrettede kommunale og frivillige tilbud, som øger deres handlemuligheder.

### Organisering og indhold

Måden hvorpå forebyggelseskonsulenterne er forankret i kommunerne har stor betydning for, hvad der lægges vægt på i samtalerne og i sidste ende resultatet og udbyttet for borgeren. Der er stor variation i, om medarbejderne har en forankring over mod en myndighedsfunktion, der vil kunne visitere til hjælpemidler eller hjemmepleje eller til et sundhedscenter i kommunen. Desuden er der variation i, hvor tæt samarbejdet med øvrige sundhedsfremmende indsatser i kommunalt eller frivilligt regi er. På samme vis er det også forskelligt, hvor mange medarbejdere, der varetager denne opgave i hver kommune, og dermed muligheden for at skabe et fagligt miljø med fokus på kvalitetssikring og -udvikling af forebyggende hjemmebesøg. Det brede formål og åbenheden for selv at fastsætte indhold og form på forebyggende hjemmebesøg betyder, at den enkelte medarbejders faglighed og relationelle kompetencer har stor betydning for strukturen for samtalerne samt kvaliteten og udbyttet af indsatsen, hvis ikke der i den enkelte kommune er fokus på at definere et fælles indhold i besøgene.

## Opsamling fra kapitlerne

### Formål og oplevelse af udbytte

Først og fremmest beskriver forebyggelseskonsulenter og ledere, at forebyggende hjemmebesøg har et forebyggende- og sundhedsfremmende sigte med fokus på et bredt sundhedsbegreb af både fysisk-, psykisk- og socialt velvære. Generelt er fokus i forebyggende hjemmebesøg lige så meget på mental sundhed og sociale faktorer, såsom ensomhed, som på fysiske risikofaktorer, hvilket også er afspejlet i både lovgivningen, og Sundhedsstyrelsens faglige vejledning for gennemførelse af forebyggende hjemmebesøg. Interviews med forebyggelseskonsulenter og borgere ved hjælp af spørgeskemaundersøgelsen viser, at borgerne i besøgene bemærker og i højere grad handler på problematikker, som de ellers ikke ville have handlet på, og at de i de individuelle samtaler får en tillidsfuld og professionel samtalepartner og dermed mulighed for større trykthed i en svær livssituation. Endelig får borgeren øget viden om kommunale og frivillige tilbud samt en kontakt til kommunen.

### Organisering af forebyggende hjemmebesøg og sammenhæng med andre forebyggende aktiviteter

Forebyggende hjemmebesøg er organiseret meget forskelligt i de danske kommuner. Overordnet set kan indsatsen være organiseret sammen med enheder, som varetager opgaver inden for ældreområdet, fx rehabilitering, aktivitetscentre eller visitation, eller med de enheder, der varetager generelle forebyggelsesopgaver, fx rygestop, alkohol, motion, mental sundhed mv. Organiseringen har stor betydning for samarbejdet om forebyggelse med andre enheder og civilsamfundet. Det er udbredt, at forebyggelseskonsulenter udover forebyggende hjemmebesøg også bidrager med deres ressourcer i andre enheder samt varetager netværksaktiviteter. Udbyttet af forebyggelseskonsulenternes netværksaktivitet er, at de når ud til borgere med behov for en samtale i regi af forebyggende hjemmebesøg, der ellers ikke ville tage imod forebyggende hjemmebesøg.



## Borgergrundlaget

Tilslutningen til forebyggende hjemmebesøg er samlet set faldet i løbet af de seneste år og her kan faldet i 2020 og 2021 sandsynligvis tilskrives covid-19. Den aldersgruppe, der har størst tilslutning til forebyggende hjemmebesøg er 80-årige borgere, mens tilslutningen blandt de 75-årige er dalende. Forklaringen er ikke entydig. På den ene side kan det være, at nuværende 75-årige ser sig selv som aktive og sunde ældre og ikke oplever tilbuddet som relevant. På den anden side, kan faldet også skyldes at de begrænsede ressourcer i kommunerne prioriteres andetsteds end til at sikre deltagelse blandt denne målgruppe. Det er forskelligt, hvordan kommunerne definerer sårbare grupper, og det er således ikke muligt at angive andelen af sårbare grupper, der tager imod forebyggende hjemmebesøg på tværs af kommunerne. Samtidig er det ikke alle sårbare grupper, hvor det totale antal er kendt i den enkelte kommune (fx ensomme borgere).

## Invitation og motivation

Evalueringen viser, ligesom tidligere undersøgelser, at den mest effektive måde at sikre størst mulig tilslutning til forebyggende hjemmebesøg er at sende en invitation til den ældre borger med konkret dato for besøg (et såkaldt datobrev). Datobreve anvendes i mange kommuner særligt for at invitere de ældste borgere samt sårbare grupper, hvor kommunerne gerne vil prioritere, at de får et besøg. Derved varetager mange kommuner en selektion af borgerne og en prioritering af ressourcerne, når de vælger, hvordan borgerne skal inviteres. Som udgangspunkt udvælger de fleste kommuner hvilke borgere, der vurderes sårbare, ud fra ægteskabs-/

samleverstatus. Der er dog positive erfaringer fra ni kommuner med at opspore sårbare borgere på baggrund af borgerens selvrapporterede data.

## Mødeform

Det individuelle besøg er den mest benyttede mødeform i forebyggende hjemmebesøg. De fleste anser det individuelle besøg som den bedste mulighed for at tage udgangspunkt i den enkelte borger og komme i dialog med borgeren om liv og helbred, og dermed opnå det største udbytte ift. at forebygge mistrivsel og tab af funktionsevne. I de kommuner, som afholder kollektive arrangementer, er det hovedsageligt målgruppen af 75-årige, der inviteres til dette. Kommuner oplever blandt andet, at kollektive arrangementer giver mulighed for at skabe kontakt til borgere, som takker nej til et individuelt besøg.

## Kompetencer og faglighed

Det er forskelligt, hvordan forebyggelseskonsulenterne er organisatorisk forankret i kommunerne, og hvor mange kolleger, der er til denne opgave. Derfor er der heller ikke faste faglige fællesskaber. De medarbejdere, der varetager forebyggende hjemmebesøg, består af flere forskellige faggrupper, ofte sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter og SOSU-assistenten. Viden om sundhed og forebyggelse samt relationelle kompetencer vurderes at have en stor betydning for at varetage forebyggende hjemmebesøg. Ledere og forebyggelseskonsulenter oplever, at der er sparsomme ressourcer til formel kompetenceudvikling. Derfor prioriteres andre former for kompetenceudvikling, såsom praktik og deltagelse i konferencer.

## Perspektivering

I det følgende gives, på grundlag af fundene i rapporten, en fremadrettet perspektivering som inspiration til den videre udvikling af forebyggende hjemmebesøg og forebyggende indsatser for senior- og ældregruppen mere generelt. Perspektiverne er delt op i, hvad den enkelte kommune selv kan arbejde med, og hvad der er mere relevant at arbejde med på et nationalt niveau på tværs af landets kommuner.

### Perspektiver for kommunernes arbejde med forebyggende indsatser

#### Faglige fællesskaber om det forebyggende arbejde, der kan sikre kvalitet

For at fastholde et højt kompetenceniveau samt kvalitetssikring og -udvikling er det vigtigt, at kommunerne sikrer et solidt fagligt miljø ift. de forebyggende indsatser, herunder forebyggende hjemmebesøg. Her kan der sikres sammenhæng mellem forebyggelsesindsatser, sparring og kompetenceudvikling samt løbende tilpasning og forbedring af indsatserne. Ny viden om fx borgere i risiko for ensomhed, bevægelse i dagligdagen samt frivillige foreningstilbud og faglig sparring om faldforebyggelse og ernæring er essentielt for at sikre, at borgere mødes af en medarbejder, der kan gøre en forskel i det enkelte møde.

#### Systematik til at opspore sårbare ældre

Der findes mange steder en udbredt systematik for opsporing af borgere, der har mistet ægtefælle/samlever og dermed er i risiko for sorgreaktioner eller ensomhed. Imidlertid finder evalueringen, at forebyggende hjemmebesøg som tilbud oplever barrierer til at identificere og henvende sig til andre risikogrupper, med den konsekvens, at der kan være en geografisk forskel blandt disse grupper i adgangen til det forebyggende tilbud. Der er potentiale i, at alle kommuner i endnu højere grad systematisk og med brug af selvrapporteret data opsporer relevante sårbare borgere i risiko, som man er begyndt at gøre i et mindre antal kommuner.

#### Bygge bro mellem forebyggelsesindsatser

Evalueringen viser, at der er potentiale i at styrke den fælles forebyggende-, sundhedsfremmende- og rehabiliterende indsats i kommunerne. Forebyggelseskonsulenter, der varetager forebyggende hjemmebesøg, har en stor viden om forebyggelse samtale og indsats. De har derudover et stort kendskab til kommunale tilbud og civilsamfundet samt lokale handlemuligheder. Der er derfor potentiale i at bruge denne ekspertise og kendskab, så forebyggelseskonsulenter i højere grad kan bidrage til at åbne kommunen op – både mellem områder og forvaltninger, lokale foreninger og evt. private aktører. Der er ligeledes potentiale i, at de kan understøtte øvrige forebyggelsesindsatser ved i højere grad at være brobyggere mellem kommunale tilbud og initiativer i foreninger eller det lokale erhvervsliv.

## **Perspektiver for udviklingen af forebyggende hjemmebesøg nationalt**

### **Styrke kvaliteten af forebyggende indsatser ved at fjerne barrierer for og afdække virksomme måder til at opspore udsatte grupper**

Der kan være potentiale i at styrke en bedre opsporing på nationalt plan, da der ikke i alle kommuner er de nødvendige udviklingsressourcer og midler til kompetenceudvikling. Ved at fjerne juridiske barrierer ift. datadeling om kendte risikofaktorer på tværs af forvaltningsområder (fx social, bolig og sundhed) og sundhedsvæsenet, kunne man ligeledes markant styrke mulighederne for at identificere sårbare ældre med behov for en indsats. Endelig kan man i regi af KL eller statslig styrelse støtte arbejdet i alle kommunerne med nyeste viden om hvilke parametre og perspektiver, der vil være relevante ift. opsporing, fx med brug af viden fra ensomhedsstrategien, og dermed understøtte den kommunale praksis med simple og enkle måder og redskaber til opsporing af de relevante udsatte borgere.

### **Præciseringen af mål for udbytte samt nye måder at tilrettelægge forebyggende indsatser og forebyggende hjemmebesøg**

Forebyggende hjemmebesøg gennemføres med lokale tilpasninger i besøgsform og invitation afhængig af målgruppens behov, alder og kommunens øvrige prioriteringer. Forebyggende hjemmebesøgs formål

er meget bredt defineret, og indholdet er således også meget bredt. Der er i dag hverken konsensus om specifikke målsætninger eller egentlig effekt mål for forebyggende hjemmebesøg. Der kan derfor være behov for en præcisering af mål og værdi med besøgene, hvis man ønsker en nogenlunde ensartet forebyggende indsats på nationalt hold. På samme tid er der også behov for, at de enkelte kommuner har mulighed for at organisere og målrette besøgene til lokale forhold ift. både borgergrupper og rammevilkår.

På sigt kan det således overvejes, om man skal udvikle de faglige rammer for forebyggende hjemmebesøg ved på nationalt plan at afdække og beskrive fordele og ulemper ved forskellige måder at gennemføre samtaler og besøg til forskellige målgrupper. Herunder nye måder at tilrettelægge og gennemføre forebyggende samtaler med seniorer og ældre fx online møder, på et sundhedscenter i kommunen eller ved involvering af digitale hjælpemidler og velfærdsteknologi mm. Dermed kunne man i kommunerne blive klarere på mål, målgrupper og virksomme metoder, ved i højere grad lære af dele og lære af hinandens gode erfaringer og styrke vidensgrundlaget for de forebyggende indsatser – samt øge kommunernes mulighed for målrettet og fleksibelt at tilpasse indsatserne til de lokale forhold.





# 3

## Formål og udbytte

## 3. Formål og udbytte

Dette kapitel tager udgangspunkt i formålet med forebyggende hjemmebesøg, som det er beskrevet i lovgivningen og de kommunale kvalitetsstandarder. Disse sammenholdes med ledere og forebyggelseskonsulenters beskrivelser af formål. Derudover omhandler kapitlet den oplevede virkning af forebyggende hjemmebesøg, hvor der primært vil være tale om, hvordan ledere og forebyggelseskonsulenter beskriver deres oplevelse af tilbuddets virkning og udbytte hos borgere, der modtager besøg. Som en del af evalueringen er der foretaget interviews med ti borgere, som har taget imod forebyggende hjemmebesøg. Disse interviews bliver brugt til at sætte et borgerperspektiv eller uddybe de tematikker, eller virkningsmekanismer, der er fundet i interviews med ledere og medarbejdere.

Kapitlet bygger hovedsageligt på interviews med ledere, medarbejdere og borgere kombineret med et lille udpluk af data fra spørgeskemaundersøgelsen. Desuden vil de kommunale kvalitetsstandarder på området inddrages.

### 3.1. Formålet med forebyggende hjemmebesøg

Som det også fremgår af introduktionen, er der ifølge "Vejledning om hjælp og støtte efter serviceloven" to overordnede formål med forebyggende hjemmebesøg; for det første at opprioritere den forebyggende og sundhedsfremmende indsats ved at støtte ældre borgere til at udnytte egne ressourcer og yde råd og vejledning og, for det andet, at øge viden om eksisterende hjælpeforanstaltninger og aktiverende tilbud<sup>35</sup>.

Sundhedsstyrelsens faglige vejledning til forebyggende hjemmebesøg til ældre flugter i sin beskrivelse af formålet med besøgene. Den faglige vejledning angiver desuden specifikt for kolle-

tive arrangementer, at formålet er at sætte fokus på forebyggende- og sundhedsfremmende tiltag gennem formidling af viden om relevante temaer og aktiviteter. De overordnede formål med forebyggende hjemmebesøg er dermed meget brede, hvilket giver rum for at den enkelte kommune specificerer formålet yderligere, så det fx passer til lokale forhold<sup>36</sup>.

Lovgivningens brede formål og udgangspunktet i den enkelte gør det svært for nogle forebyggelseskonsulenter at komme med en konkret beskrivelse af formålet med besøgene, da det enkelte besøg kan have mange forskellige udfald og derudover have vidt forskelligt fokus afhængig af, hvem borgeren er. Uklarheder i forhold til det specifikke formål fandt Marselisborg også i 2017, hvor det bl.a. blev konkluderet, at der var behov for en mere målrettet formidling til målgruppen, da der var uklarhed omkring formålet med besøget både hos borgere, der tog imod besøg og blandt, dem, som ikke tog imod besøg<sup>37</sup>.

Ifølge "Vejledning om hjælp og støtte efter serviceloven" har det desuden stor betydning, at der tages hensyn til den enkeltes individuelle forhold, og at besøgene tilrettelægges fleksibelt<sup>38</sup>. Dette udgangspunkt i den enkelte er ifølge interviews med forebyggelseskonsulenter og ledere et centralt aspekt i forebyggende hjemmebesøg. Indsatsen tager altså udgangspunkt i den livssituation den ældre borger befinder sig i, og der er dermed ikke en fast procedure eller et fast udfald af besøget. Dette bakkes op af interviews med borgere, hvor størstedelen udtrykte en oplevelse af, at samtalen tog udgangspunkt i deres livssituation, og at samtalen kom hele vejen rundt i forhold til den enkelte. En borger siger bl.a. "*Hun (forebyggelseskonsulenten) er god til at afkode min situation.*" (Interview med borger).

<sup>35</sup> Vejledning om hjælp og støtte efter serviceloven, 2015, §79 a

<sup>36</sup> Sundhedsstyrelsen, 2020

<sup>37</sup> Marselisborg, 2017

<sup>38</sup> Vejledning om hjælp og støtte efter serviceloven, 2015, §79 a

## **Boks 2: Kommunale kvalitetsstandarder for forebyggende hjemmebesøg**

En gennemgang af de kommunale kvalitetsstandarder viser en stor variation på tværs af de danske kommuner i forhold til tilrettelæggelsen af forebyggende hjemmebesøg. Eksempelvis er der stor variation i, hvilke borgere i særlig risiko for at få nedsat social-, psykisk- eller fysisk funktionsevne, der tilbydes forebyggende hjemmebesøg. Sammenlagt ses der 26 forskellige grupperinger af borgere, der defineres som i særlig risiko eller sårbar. Den gruppe af borgere i en sårbar livssituation, som størstedelen af kommuner angiver at tilbyde forebyggende hjemmebesøg, er borgere, der har mistet ægtefælle/samlever. Dernæst kommer borgere, der er ensomme/isolerede; borgere, hvis samlever/ægtefælle flytter på plejehjem; borgere, der udskrives fra rehabilitering/hospital; borgere, hvis ægtefælle/samlever bliver alvorligt syg, og ved bekymringshenvendelser.

Ud over variationerne i målgruppen viser gennemgangen af kvalitetsstandarder også en variation i selve udførelsen af kvalitetsstandarder. Beskrivelsen af tilbuddet i de fundne kvalitetsstandarder er ikke ensartet på tværs. Eksempelvis findes der en beskrivelse af målgrupperne for borgere i risiko for at få nedsat social-, psykisk- eller fysisk funktionsevne i under halvdelen af kvalitetsstandarderne. Ligeledes er opfølgningen på besøgene blot beskrevet i 26 af de kommunale kvalitetsstandarder.

Formålet med tilbuddet er beskrevet i fire ud af fem kvalitetsstandarder. Ud af de kommuner, der beskriver et formål, har størstedelen en beskrivelse, der næsten er enslydende med formuleringen i lovtæksten. De resterende kommuner (ca. en femtedel af alle kommuner) har indholdsmæssigt tilføjet elementer til formålet, der specificerer det lokale fokus, udover lovtækstens generelle beskrivelse. Flest kommuner angiver at have fokus på ensomhed. Andre fokuspunkter, der er nævnt i de mere specifikke formål, er et fokus på rehabilitering, livskvalitet og overgange ved sygehuset. Enkelte kommuner nævner et fokus på hhv. tobak, demens og tværfagligt samarbejde. Nogle kommuner beskriver desuden forebyggende hjemmebesøg som en del af en tidlig opsporing.

Derudover varierer det i kvalitetsstandarderne, om beskrivelsen udelukkende henviser til muligheder for yderligere kommunale tilbud eller også inddrager tilbud, der fx er foreningsbaserede, regionale eller private.

**Kilde:** *De 98 kommunale kvalitetsstandarder fundet via kommuners hjemmeside medio 2022. Det har dog ikke været muligt at finde samtlige opdaterede kvalitetsstandarder for 2022/2021, og derfor er nogle af de inkluderede kvalitetsstandarder ældre.*

Som det fremgår af boks 2, er de to overordnede formål, som de er formuleret i lovgivningen, tydelige i de kommunale kvalitetsstandarder, og beskrivelsen af formålet holdes generelt i kvalitetsstandarderne på samme overordnede niveau. Mange kommuner har dog også et specifikt fokus på ensomhed, som en del af deres formål. Det brede formål og ikke mindst udgangspunktet i den enkelte er ifølge interviews med medarbejdere og ledere med til at gøre forebyggende hjemmebesøg meningsfuldt for borgerne, da besøget omhandler

det, der har betydning for den enkelte og kommer ind på de områder, som borgeren efterspørger viden og information omkring. Et interviewet ægtepar udtaler bl.a., at "*hun (forebyggelseskonsulent) mødte os, hvor vi var i vores liv.*" (Interview med borgere).

Nedenfor uddybes ledere, forebyggelseskonsulenters og borgeres overvejelser og operationalisering af formålet med indsatsen opdelt på de to overordnede formål.

### 3.1.1. Understøtter den sundhedsfremmende og forebyggende indsats

Først og fremmest beskriver forebyggelseskonsulenter og ledere, at forebyggende hjemmebesøg har et forebyggende- og sundhedsfremmende sigte med fokus på et bredt sundhedsbegreb af både fysisk-, psykisk- og socialt velvære. En forebyggelseskonsulent beskriver fx, at formålet er: *"at forebygge de aldersbetingede tab som kommer til alle ældre. Fokus på, at det ikke bare er det fysiske (KRAM<sup>39</sup>), men også den mentale sundhed og trivsel og forebyggelse af ensomhed"*. Generelt er fokus i interviewene lige så meget på mental sundhed og sociale faktorer, såsom ensomhed, som på fysiske risikofaktorer, hvilket også er afspejlet i både lovgivningen og Sundhedsstyrelsens faglige vejledning på området.

Da det forebyggende hjemmebesøg typisk er enkeltstående begivenheder over en længere periode, handler det også om at give borgeren værktøjer og redskaber, som de kan arbejde videre med i deres egen hverdag. En forebyggelseskonsulent beskriver det således: *"Det er vigtigt at borgere får en viden, som de kan tage med sig. Jeg plejer at sige, at forebyggelseskonsulenten sår frø – nogle frø spirer under besøget, nogle er latente og kan spire senere, hvis borgeren får behov for det, andre (frø) skraber forebyggelseskonsulenten væk, fordi hun fagligt har vurderet, at de ikke er relevante i borgers liv pga. livshistorie. Vi tager altid udgangspunkt i borgeren og den enkeltes livshistorie."* (Interview med forebyggelseskonsulent).

Når forebyggelseskonsulenter og ledere beskriver forebyggende hjemmebesøg, ligger der en forventning om, at der skabes en form for handlekompetence eller lignende hos den ældre, som opbygges og varer ved efter besøget. Samme forventning beskrives også i vejledningen om hjælp og støtte efter serviceloven<sup>40</sup> og de kommunale kvalitetsstandarder. Eksempelvis formuleres formålet i en kommunal kvalitetsstandard således: *"Formålet med kommunens indsats er at understøtte dine handlemuligheder, så du opnår et så selvstændigt og meningsfuldt liv som muligt."* Som en del af Sund-

hedsstyrelsens faglige vejledning til forebyggende hjemmebesøg foreslås det også, at forebyggelseskonsulenten vurderer den enkeltes sundheds- og handlekompetence. Som det også ses af boks 1 i kapitel 1 vedr. terminologi er mobilisering af handlekompetence en del af selve definitionen af sundhedsfremmebegrebet, og der ligger altså et element af sundhedsfremme i forebyggende hjemmebesøg.

Samtidig har ledere og forebyggelseskonsulenter også et fokus på forebyggelse af sygdom og funktionsnedsættelse ved fx at henvise den enkelte borger videre til relevante aktiviteter eller give konkrete råd. Dette sker, bl.a. set i lyset af borgernes livssituation og aldringens forskellige forløb (se figur 2). Forebyggelse tænkes både inden sygdom og funktionsnedsættelse opstår, ved at opspore og begrænse sygdom og funktionsnedsættelse tidligt, og når der konstateres en funktionsnedsættelse, for at forhindre dens udvikling og/eller et tilbagefald. Eller ved kronisk sygdom (når borgeren ellers ikke modtager andre indsatser), for at gøre opmærksom på relevante tilbud. Der er på den måde tale om hhv. primær-, sekundær- og tertiær forebyggelse<sup>41</sup>. Således er der i interviews med både forebyggelseskonsulenter og ledere eksempler på, at der ved kollektive arrangementer informeres om risikofaktorer for fx ensomhed eller fald, eller at forebyggelseskonsulenten ved individuelle besøg hjælper med at tage kontakt til lægen eller snakker med borgeren om vedkommendes inkontinens.

Formålet med det forebyggende- og sundhedsfremmende perspektiv er først og fremmest, at det skal være til gavn for den enkelte borger: *"At borgerne skal have mulighed for at bo længst muligt i eget hjem, have bedst mulig sundhed. De skal kunne håndtere deres hverdag med størst mulig livskvalitet."* (Interview med leder).

Udover et fokus på at fremme den enkeltes sundhed, trivsel og tryghed er formålet med den sundhedsfremmende- og forebyggende tilgang også at udskyde behovet for fx sygepleje, personlig pleje,

<sup>39</sup> Kost, Rygning, Alkohol, Motion

<sup>40</sup> Vejledning om hjælp og støtte efter serviceloven, 2015, §79 a

<sup>41</sup> Sundhedsstyrelsen 2005.

praktisk hjælp og/eller genoptræning. Dette formål var især tydeligt i interviews med ledere, der bl.a. beskriver det således: *"Fokus på at være opsporende, så man vender borgere i døren (til kommunen) eller udskyder at borger har brug for massiv kommunal støtte."* (Interview med leder).

Det bliver således klart af interviewene med ledere, at intentionen med forebyggende hjemmebesøg, efter deres mening, også er at forebygge, at kommunen på et senere tidspunkt skal støtte borgeren i dennes sygdom og/eller funktionsnedsættelse, som kunne være forebygget på et tidligere tidspunkt.

### **3.1.2. Gør opmærksomhed på eksisterende hjælpeforanstaltninger og tilbud**

Det andet overordnede formål med besøgene er, at forebyggelseskonsulenterne kan fungere som et bindeled mellem borgeren og relevante tilbud i borgerens nærområde.

Forebyggelseskonsulenten behøver ikke nødvendigvis at have en konkret løsning på borgerens behov, men kan henvise videre. En forebyggelseskonsulent siger fx.: *"Vi gør det meget tydeligt på besøgene, at vi ikke nødvendigvis kan svare på alle borgernes spørgsmål, men at vi kan hjælpe borgerne videre derfra."* (Interview med forebyggelseskonsulent). Flere interviewede borgere fortæller også, at forebyggelseskonsulenten har fortalt dem om tilbud i lokalområdet – som de enten har eller ikke selv har opsøgt efterfølgende.

I spørgeskemaundersøgelsen er kommunerne blevet spurgt ind til, hvordan de følger op på de individuelle besøg (se figur 16 i appendiks 1). Af svarene er det tydeligt, at der typisk henvises videre til andre aktiviteter hos interne eller eksterne samarbejdspartnere. Således angiver størstedelen af respondenter at henvise til aktiviteter i civilsamfundet (94%) og at overlevere til andre enheder i kommunen eller praktiserende læge i tilfælde, hvor der er brug for en større indsats (92%). Omkring en tredjedel (36%) angiver, at de selv tilrettelægger og afholder opfølgende aktiviteter. Derudover angiver størstedelen (95%) også, at de aftaler et nyt besøg eller anden kontakt til borgeren. Der sker altså typisk en eller anden form for opfølgning på de

individuelle besøg. I interviews med ledere og forebyggelseskonsulenter forekommer umiddelbart en større variation i omfanget af, om borgerne udelukkende henvises til kommunale aktiviteter, eller om der også henvises videre til aktiviteter i civilsamfundet, folkekirken, patientforeninger, almen praksis og lignende (læs mere i kap. 4).

Da forebyggende hjemmebesøg jf. forrige afsnit bevæger sig over hele sundhedsfremme- og forebyggelsespektret gælder dette også for typen af tilbud, som borgere henvises videre til. Borgeren kan i nogle tilfælde blive henvist videre til den kommunale visitation, egen læge eller lignende og på den måde kan forebyggende hjemmebesøg også blive en indgang til andre offentlige ydelser for behandling og pleje, hvor borgeren har behov for det, men ikke har fået den nødvendige hjælp endnu.

I interviews med ledere og medarbejdere er der desuden en bevidsthed om, at forebyggende hjemmebesøg er en mulighed for at etablere kontakt til borgere, som kommunen ellers ikke har kontakt til: *"Forebyggende hjemmebesøg er en mulighed for at komme et skridt længere ud, nemlig til den store gruppe, som kommunen ellers ikke ser eller har nogen kontakt til."* (Interview med forebyggelseskonsulent). Målgruppen for forebyggende hjemmebesøg er baseret ud fra alder eller særlige behov, og gruppen rummer altså en stor del af ældre borgere, der som udgangspunkt ikke modtager øvrig kommunal hjælp eller har anden kontakt til kommunen. Ifølge både de kommunale kvalitetsstandarder og interviews med ledere og forebyggelseskonsulenter, gør den tidlige kommunale kontakt det muligt for forebyggelseskonsulenten at sætte ind med en tidligere forebyggende- og sundhedsfremmende indsats end det ellers er muligt for kommunen og fx henvise til aktiviteter i civilsamfundet eller kommunens andre forebyggende tilbud, hvor der vurderes at være behov for det. Interviewede borgere beretter om en oplevelse af, at de følte sig friske og selvhjulpne, da de i første omgang fik tilbud om forebyggende hjemmebesøg. Set i bakspejlet udtrykker flere en glæde over, at det første besøg lå på det tidspunkt som det gjorde, idet der så var taget hul på samtalen i tide.

På den anden side, er der også en borger, der siger, at *"Forebyggelseskonsulenten er kommet ind i vores liv, før at vi havde behov for det. Der var nok andre, som havde mere behov for det, end mig og min kone."* (Interview med borger). Efterfølgende fortæller borgeren dog om, at hans kone senere blev ramt af demenssygdom, og hvordan forebyggelseskonsulenten hjalp med at vurdere, om konen efter et fald bør komme på plejehjem.

Forebyggelseskonsulenterne henviser og vejleder altså både til sundhedsfremmende- og forebyggende aktiviteter i kommunal-, frivillig- og anden regi, og kan samtidig fungere som en indgang til en tertiær forebyggelsesindsats og/eller understøttende kommunal ydelse for borgeren i besøget.

### 3.2. Den oplevede virkning af forebyggende hjemmebesøg og udbytte for borgerne

Som beskrevet i indledningen beskæftiger denne evaluering sig ikke med egentlige effektmål af forebyggende hjemmebesøg. I stedet beskrives den oplevede virkning og udbytte af forebyggende hjemmebesøg ud fra forebyggelseskonsulenters, leders og borgers oplevelse.

Forebyggelseskonsulenterne kan mundtligt berette om konkrete eksempler på, at besøgene har gjort en forskel: *"...har lige besøgt en borger, der er blevet 82 år og takkede ja til individuelt besøg. Hun havde tidligere deltaget i fælles 80-års fødselsdag, hvor der var fokus på forebyggelse af fald, hvor hun havde fået råd om at købe nogle specielle sko. Og til det individuelle besøg et par år efter fortalte borgeren, at det var det bedste hun havde gjort for sig selv."* (Interview med forebyggelseskonsulent).

I interviewerne med forebyggelseskonsulenter og ledere er denne type beretning langt fra unik. Imidlertid bliver de enkelte fortællinger ikke samlet systematisk, og opfølgning på forebyggende hjemmebesøg foregår kun sporadisk.

I opfølgning på interviewene har enkelte kommuner

kunne vise opgørelser over, at besøgene eksempelvis har gjort, at borgere har etableret kontakt til civilsamfundsorganisationer, eller til andre enheder i kommunen, såsom træning. Ellers foregår opfølgningen, hvis der er en aftale om, at borgeren skal genbesøges, eller når næste hjemmebesøg foretages (hvilket kun gælder en gang årligt for borgere over 82).

Ledere og forebyggelseskonsulenter vurderer, at borgerne, som modtager besøg, generelt får et relevant udbytte af besøgene, som det er defineret i formålet. Derudover vurderer de, at borgere, som modtager besøg, er tilfredse. Denne vurdering baseres bl.a. på en oplevelse af, at de borgere, som forebyggelseskonsulenter besøger, virker tilfredse i besøget, og at mange takker ja til et opfølgende besøg, hvis de får det tilbudt.

De interviewede borgere beskriver forebyggelseskonsulenten som en støtte, både på et praktisk plan, men også som en mental og psykisk støtte når livet er svært. En borger fortæller, at forebyggelseskonsulenten bl.a. kom på besøg, da vedkommende var indlagt på hospitalet. En anden fik støtte til at tackle sorg og tab og blev sat i kontakt med en psykolog. Denne borger udtaler også: *"Hun (forebyggelseskonsulenten) er en rigtig god vejleder og har hjulpet meget bredt. Både psykologisk og med de mere lavpraktiske ting."* (Interview med borger).

Baseret på interviewene med borgere, ledere og forebyggelseskonsulenter samt svar i spørgeskemaundersøgelsen er der overordnet set fire gennemgående virksomme mekanismer i forhold til borgernes udbytte af forebyggende hjemmebesøg:

1. Borgeren får talt om sit helbred og trivsel samt hjælp til at handle.
2. Besøgene giver borgerne en samtalepartner og større tryghed i en svær livssituation.
3. Borgeren får kendskab til målrettede kommunale og frivillige tilbud, som øger deres handlemuligheder.
4. Et venligt ansigt giver borgeren tillid til kommunen.

Disse fire virkningsmekanismer uddybes i det følgende afsnit.

### 3.2.1. Borgeren får talt om sit helbred og trivsel samt hjælp til at handle

Når forebyggelseskonsulenterne beskriver deres virke, fortæller de ofte at deres personcentrerede tilgang giver dem rum for, at borgeren kan dele bekymringer og spørgsmål. Som beskrevet ovenfor arbejder forebyggelseskonsulenterne ud fra et bredt sundhedsbegreb af både fysisk-, psykisk- og socialt velvære. Under forebyggende hjemmebesøgs formål ligger et arbejde med den enkeltes handlekompetence (som beskrevet i afsnit 3.1.1), så borgeren får mulighed for at handle på de forhold omkring eget helbred og trivsel, som er relevant for den enkelte. Dette kan både være de problematikker og spørgsmål, som borgeren selv har øje for og dem, som opstår hos borgeren under besøgene. Gennem opklarende spørgsmål og fx ved at observere borgerens bevægelse eller omgivelser, kan forebyggelseskonsulenten også spørge ind til problematikker, som borgeren i første omgang måske ikke er bevidst om.

Besøget kan altså også: *"støtte op om borgerens trivsel. Det kan være godt at have en snak om ens liv og ens ønsker, hvor der kan dukke noget op, som borgeren ikke var opmærksom på."* (Interview med forebyggelseskonsulent). Ifølge ledere og forebyggelseskonsulenter kan forebyggende hjemmebesøg dermed også være med til at vejlede borgeren om spørgsmål, som opstår i besøget, og som de ellers ikke har været opmærksomme på. Med et tilsvarende billede fortæller en borger, at *"besøget kunne være med til at forebygge og fange nogle signaler i hjemmet, som jeg ikke selv var opmærksom på."* (Interview med borger).

Især det individuelle besøg bliver italesat som at indbyde til et fortroligt rum, og flere forebyggelseskonsulenter fortæller, hvordan de oplever, at borgerne deler fortrolige og private forhold omkring deres liv. Ved interviews med borgere nævner flere, at det at have et menneske at tale med, som ikke er familie eller nærtstående, gør at de kan åbne sig mere op.

For nogle forebyggelseskonsulenter er det forhold, at besøgene er i borgerens eget hjem med til at fremme oplevelsen af det fortrolige rum. De hjemlige rammer giver derudover forebyggelseskonsulenterne mulighed for at vurdere borgerens bolig og på den måde få et indblik i borgerens liv, og om der fx er en faldrisiko i hjemmet, som borgeren ikke er opmærksom på.

I et interview fortæller en borger, at forebyggelseskonsulenten bemærkede, at hun var begyndt at halte siden sidste besøg. Selvom borgeren mente, det måtte være på grund af alderen, så mente forebyggelseskonsulenten alligevel at læge og fysioterapeut skulle ind over. Borgeren fortæller videre, at hun var taknemmelig for det nu, da fysioterapeuten fik sammensat et træningsprogram, så borgeren igen kan gå daglige ture i skoven.

### 3.2.2. En samtalepartner i en svær livssituation giver tryghed

Når forebyggelseskonsulenter omtaler de fornødne kompetencer og færdigheder, man skal besidde for at være forebyggelseskonsulent (se også kap. 8) nævner de ofte, at man skal have relationelle kompetencer og besidde en vis livsballast, da man ofte møder borgere i svære livssituationer, fx borgere i sorg efter tab af ægtefælle.

Forebyggelseskonsulenter beskriver deres virke som tryghedsskabende for de borgere, som de besøger. Nogle gange er der behov for at hjælpe borgeren i en svær livssituation, fx ved at ringe til en afdeling i kommunen på vegne af borgeren, når borgeren ikke selv er i stand til det. I interviewene med borgere beskrives forebyggelseskonsulenten som en "samtalepartner", som bl.a. rækker ud, der hvor det kan være svært selv at tage handling: *"(Forebyggelseskonsulenten) var helt fantastisk, da han (borgerens mand) havde fået af vide, at han var terminal. Hun (forebyggelseskonsulenten) fortalte ham, hvad han skulle gøre."* (Interview med borger). På samme måde fortæller en forebyggelseskonsulent: *"Borgerne giver udtryk for, at de forebyggende hjemmebesøg skaber en tryghed, og at det er guld værd at blive tilbudt uden selv at skulle bede om det."* (Interview med forebyggelseskonsulent).

En anden måde, hvorpå forebyggende hjemmebesøg er med til at skabe tryk hos borgere, beskrives i forbindelse med samtaler i perioder, hvor borger gennemgår en svær livskrise. En forebyggelseskonsulent fortæller fx om en borger, som snakkede meget om sin kat. Igennem sin faglighed havde forebyggelseskonsulenten redskaberne til at kunne tolke, at grunden til at katten fyldte så meget i samtalerne og hos borgeren var, at borgeren kunne være ensom og måske derfor så katten som sin nære ven i dagligdagen.

Sorg og ensomhed beskrives som et centralt tema under besøgene. Sorg kommer især op som tema i forbindelse med besøg hos enker/enkemænd, som mange definerer som en risikogruppe. Sorg er også en stor del af den kompetenceudvikling, som ledere og forebyggelseskonsulenter beskriver at få i forbindelse med deres arbejde.

Flere borgere giver i interviewene konkrete billeder på, hvordan forebyggelseskonsulenterne har været en støtte i svære livssituationer. Som eksempel nævner én det fortrolige bånd, som opstod i forbindelse med ægtefællens død. En anden beretter om konflikter med voksne børn, hvor forebyggelseskonsulenten har lyttet, vejledt og rådgivet, og en tredje den støtte, opbakning og forslag som forebyggelseskonsulenten bliver ved med at give i forhold til tab, afmagt og ensomhed i forbindelse med at blive ældre.

### **3.2.3. Kendskab til kommunale og frivillige tilbud giver handlemuligheder**

I spørgeskemaundersøgelsen fik kommunerne i et fritekstspørgsmål mulighed for at beskrive, hvordan de oplevede borgernes udbytte af henholdsvis individuelle besøg og kollektive arrangementer. De indkomne svar blev efterfølgende kategoriseret efter tendenser.

En af de mest udbredte tendenser i besvarelsen er, at "borgerne får en introduktion til de mulige tilbud, de kan benytte sig af, hvis de har interesse" (se afsnit 2.5 i appendiks 1).

Ifølge dette udsagn præsenterer forebyggelseskonsulenterne altså de tilbud, som giver mening for borgeren i den konkrete livssituation, borgerne befinder sig i. Tilbuddet præsenteres på forskellige måder, afhængig af om der er tale om individuelt besøg eller kollektivt arrangement (læs mere i kap. 4 og kap. 7). Det ses også af spørgeskemaundersøgelsen, hvor det i ovenstående afsnit er nævnt, at størstedelen af respondentkommuner angiver at henvise videre til frivillige tilbud eller andre kommunale tilbud (se afsnit 2.5 og 3.4 i appendiks 1).

Interviewede borgere beskriver, at i de tilfælde hvor forebyggelseskonsulenten var på besøg for første gang handlede samtalerne mest om fremtidige behov og gode råd til hvad kommunen kunne tilbyde på længere sigt. Borgerne fik dermed et kendskab til, hvad kommunen kunne tilbyde.

Denne virkningsmekanisme er desuden direkte koblet til forebyggende hjemmebesøgs overordnede formål, som det er beskrevet i afsnit 3.1.2.

### **3.2.4. Et venligt ansigt giver tillid til kommunen**

I spørgeskemaet er en anden udbredt besvarelse omkring det oplevede udbytte, at borgerne med besøgene møder et ansigt, som de kan kontakte fremadrettet i det tilfælde, de får brug for hjælp fra kommunen (se afsnit 2.5 i appendiks 1).

Generelt har forebyggelseskonsulenter en oplevelse af, at deres besøg giver tillid til at kontakte kommunen, når behovet opstår: "*Borgerne føler, at de har en kontaktperson i kommunen, også selvom de aldrig har takket ja til besøget.*" (Interview med forebyggelseskonsulent).

En interviewet borger (der har taget i mod besøg) siger: "*Jeg har både en mail og et nummer til hende (forebyggelseskonsulenten), og føler mig meget tryk ved at kunne tage kontakt til hende, hvis jeg skulle få behov for det.*" (Interview med borger).



Det er generelt ledere og medarbejders oplevelse, at denne indledende kontakt giver tryk hos borgere og gør det nemmere for borgere, at tage kontakten op, når/hvis borgeren på et senere tidspunkt har behov for hjælp og støtte. På den måde kan forebyggende hjemmebesøg fx også fungere som en (fremtidig og lettere) indgang til kommunens tilbud og visitation. Ledere og medarbejdere beskriver i interviewene, at borgere – både dem, der tidligere har takket nej til besøg og dem, som har haft besøg tidligere – ringer til forebyggelseskonsulenten på et senere tidspunkt, hvis borgeren oplever ændringer i tilværelsen, som giver et behov for støtte eller hjælp fra kommunen: *"Helt lavpraktisk handler det om at få en ven i kommunen – at skabe kontakt med en borger, der gør, at hvis noget i borgerens liv ændrer sig, så ved de, hvor de skal henvende sig."* (Interview med forebyggelseskonsulent).

Dette underbygges også af spørgeskemaundersøgelsen, hvor især de kollektive arrangementer fremhæves som at gøre det nemmere for deltagere at tage kontakt til kommunen på et senere tidspunkt. Således svarer 90%, at en fordel ved de kollektive arrangementer er, at det er nemmere for borgere, der har deltaget i et kollektivt arrangement, at henvende sig til kommunen, hvis der opstår brug for dette (se figur 17 i appendiks 1). Når adspurgt om opfølgning på de kollektive arrangementer angiver respondentkommunerne typisk, at borgerne får en kontakt ind i kommunen og samtidig får sat ansigt på, hvem de kan kontakte fremadrettet (se afsnit 3.6 i appendiks 1).

Flere interviewede borgere beskriver desuden, at de forebyggende hjemmebesøg, som de har modtaget, har givet en indgang og et ansigt på en kontakt i kommunen, som var højt værdsat. En borger siger: *"Hun (forebyggelseskonsulenten) kom med nogle fremtidige gode råd, hvis vi (ham og hans kone) ville få brug for det. Jeg fik en indgang ind i kommunen gennem hende (forebyggelseskonsulenten)."* (Interview med borger).

### 3.3. Opsummering

Først og fremmest beskriver forebyggelseskonsulenter og ledere, at forebyggende hjemmebesøg har et forebyggende- og sundhedsfremmende sigte med fokus på et bredt sundhedsbegreb af både fysisk-, psykisk- og socialt velvære. Generelt er fokus i forebyggende hjemmebesøg lige så meget på mental sundhed og sociale faktorer, såsom ensomhed, som på fysiske risikofaktorer, hvilket også er afspejlet i både lovgivningen og Sundhedsstyrelsens faglige vejledning for gennemførelse af forebyggende hjemmebesøg. Interviews med forebyggelseskonsulenter og borgere samt spørgeskemaundersøgelsen viser, at borgerne i besøgene bemærker og i højere grad handler på problematikker, som de ellers ikke ville have handlet på, og at de i de individuelle samtaler får en tillidsfuld og professionel samtalepartner og dermed mulighed for større mestring i en svær livssituation. Endelig får borgeren øget viden om kommunale og frivillige tilbud samt en kontakt til kommunen.



# 4

## **Organisering af forebyggende hjemmebesøg**

## 4. Organisering af forebyggende hjemmebesøg

Dette kapitel handler om organiseringen af forebyggende hjemmebesøg som en del af kommunernes generelle forebyggelsesindsats over for ældre borgere. Kapitlet beskriver derfor, hvilke rammer tilbuddet er organiseret under, og hvordan forebyggende hjemmebesøg tænkes sammen med øvrige forebyggende indsats i kommunen.

Kapitlet bygger på data fra spørgeskemaet til kommunerne samt interviews med ledere og forebyggelseskonsulenter.

### 4.1. Rammer for opgaveløsningen – organisering og opgaveportefølje

Forebyggende hjemmebesøg er organiseret forskelligt i de danske kommuner. Overordnet set er tilbuddet enten organiseret under de enheder, som varetager opgaver inden for ældreområdet, fx rehabilitering, aktivitetscentre eller visitation, eller under de enheder, der varetager generelle forebyggelsesopgaver, fx rygestop, alkohol, motion, mental sundhed mv.

Flere forebyggelseskonsulenter giver i interviewene udtryk for, at forebyggende hjemmebesøg er en "flyvergruppe", som ofte bliver omorganiseret og placeret i forskellige konstellationer. Det gælder både i forbindelse med andre organisatoriske enheder i kommunen og i forbindelse med den geografiske placering. Der kan være forskellige afvejninger for hver organiseringsform, fx hvis de forholdsvis få medarbejdere i forebyggende hjemmebesøg skal være tæt på borgerne i et geografisk område, kan det betyde, at de bliver mere fragmenteret fra hinanden som team, og at der også kan være større fysisk afstand til lederen.

I spørgeskemaet har kommunerne fået mulighed for at svare med fritekst på spørgsmålet: "Hvordan hænger de forebyggende hjemmebesøg sammen med kommunens øvrige indsats inden for forebyggelse og sundhedsfremme? Fx generelt tværgående fokus på ensomhed, mental sundhed, pårørende mm.". Det hyppigste svar blandt respondenter er, at forebyggelseskonsulenterne er organiseret på en måde, der sikrer sammenhæng med kommunens øvrige tilbud og indsats inden for forebyggelse og sundhedsfremme (se afsnit 4.4 i appendiks 1).

I forlængelse af organiseringen med andre enheder, viser spørgeskemaet, at forebyggelseskonsulenterne ofte også varetager andre opgaver end forebyggende hjemmebesøg. Arbejdsopgaverne er hovedsageligt inden for brobygning og civilsamfundet (14%), rehabilitering (13%), visitation (10%) eller hjemmesygeplejen (6%) (se figur 37 appendiks 1).

I interviewene giver forebyggelseskonsulenterne to perspektiver på, hvorfor medarbejderne løser andre opgaver end forebyggende hjemmebesøg:

- Et perspektiv bygger på den faglige sammenhæng på tværs af opgaver. En forebyggelseskonsulent forklarer, at når man både er forebyggelseskonsulent samtidig med, at man varetager visitation, så er der kortere vej til hjælp for borgeren.
- Et andet perspektiv er, at et tæt samarbejde med øvrige enheder, som varetager forebyggelses- eller rehabiliteringsopgaver, kan understøtte et sammenhængende tilbud til borgeren, fx ved systematisk at vurdere behov for træning blandt modtagere af forebyggende hjemmebesøg.

På tværs af interviewene med forebyggelseskonsulenter og ledere opstår der generelt et billede af forebyggende hjemmebesøg som et mindre og til dels isoleret team blandt større og højere prioriterede enheder. En leder fortæller: *"Men forebyggende hjemmebesøg er et niche-område i kommunen. En niche, fordi det er et isoleret og typisk enkeltstående tilbud fra kommunens side. Og typisk følges der ikke meget op. Typisk er der ikke nogen anden kontakt med borger og derfor ikke et naturligt samarbejde om borgeren."* (Interview med leder).

En anden leder siger: *"Det kræver, at de (forebyggelseskonsulenterne) selv tager initiativ og inviterer, for i en så stor forvaltning bliver de ellers glemt."* (Interview med leder).

Interviews giver således også et billede af, at forebyggelseskonsulenter varetager andre opgaver for at udnytte ressourcer og kompetencer i kommunen mest muligt. Prioriteringen resulterer i, at timer fra forebyggende hjemmebesøg bliver overført til andre enheder. En forebyggelseskonsulent forklarer: *"alting kan gøres bedre – for at lykkedes er økonomi en udfordring. Forebyggende hjemmebesøg bliver nedprioriteret, vi er næsten et år bagud i forhold til de borgere, vi skal besøge. Der kommer ikke støtte nok til at udføre det arbejde"*. (Interview med forebyggelseskonsulent).

## 4.2. Samarbejde om forebyggelse på tværs af kommunen

Ifølge respondenter i spørgeskemaundersøgelsen samarbejder forebyggelseskonsulenter primært med visitationen (86%), demenskoordinatorerne (55%) og hjælpemiddelområdet (43%) (se figur 12 i appendiks 1), når det gælder de individuelle besøg. Derudover angiver 23% at samarbejde med træningsmedarbejdere, 20% med medarbejdere i folkesundhedstilbud/sundhedshuse og 16% med frivillighedscoordinatorer. Samarbejdet omhandler hovedsageligt deling af viden om borgernes psykiske-, fysiske- og sociale trivsel (89%) (se figur 13 i appendiks 1).

Når det gælder samarbejde om kollektive arrangementer ser mønstrene lidt anderledes ud (se figur 23 i appendiks 1). Andelen, der samarbejder med demenskoordinatorer er også her relativt højt (37%), men næsten lige så højt er samarbejdet med træningsmedarbejdere (25%) og medarbejdere i sundhedshuse (31%) samt med frivillighedscoordinatorer (31%). Umiddelbart er der altså et større fokus på sundhedsfremme ved de kollektive arrangementer end ved de individuelle besøg – hvilket umiddelbart understøtter, at de kollektive arrangementer primært målrettes til de mere ressourcestærke borgere (se også kap. 7).

I interviewene uddyber forebyggelseskonsulenter fx, at de med borgerens samtykke drøfter deres bekymring for enkelte borgere med en demenskoordinator. Det kan eksempelvis være, at borgeren har en ægtefælle med demens og har svært ved at gennemskue sygdommen eller hvilke muligheder, der er i kommunen. Når medarbejderne på denne måde deler viden om, hvad der kan være af tegn på mistro hos borgeren, er det nemmere at følge op på et enkelt besøg og i dette eksempel tilbyde et genbesøg med en demenskoordinator.

I interviews bliver det påpeget, at det der kan fremme et tæt samarbejde er, at kollegaerne har deres daglige gang i fysisk nærhed eller mødes i forskellige faglige sammenhænge. Flere små kommuner fremhæver, at det kommer af sig selv, når man er i en lille kommune: *"Vi har ikke behov for mange procedurer, når vi alle kender hinanden."* (Interview med forebyggelseskonsulent).

Samarbejdet med andre enheder handler også ofte om at dele viden om tilbud og støttemuligheder, hvilket 88% af respondenter svarer, når adspurgt om, hvordan de samarbejder med interne samarbejdspartnere (se figur 13 i appendiks 1). Det kunne fx være, at forebyggelseskonsulenterne ønsker at kende et aktivitetscenter, inden de præsenterer den mulighed for en borger. I disse forhold bruges forebyggelseskonsulenterne også som ressourcpersoner af kommunale kollegaer, når der er behov for at kende til aktiviteter i civilsamfundet, fx kan personalet på et aktivitetscenter spørge forebyggelseskonsulenten, om der kunne være et tilbud i civilsamfundet, som kunne matche en ressourcestærk borger.

Da forebyggelseskonsulenterne ofte er et bindeled mellem borgeren og kommunen og formidler tilbud fra kommunen til borgeren, har forebyggelseskonsulenterne behov for at orientere sig i, hvorvidt et tilbud fra kommunen kan være relevant for borgeren. Derfor er der fx et tæt samarbejde med visitationen om, hvad der er muligt. Som en leder udtrykker det: *"Hvis borgeren ønsker hjælp, men ligger lige på kanten til at være berettiget til det, så kan der være en sandsynlighed for, at de får et afslag, som de skal gøres opmærksom på"*. (Interview med leder).

Både forebyggelseskonsulenter og ledere giver i interviews udtryk for, at der kan være forskellige opfattelser af behov hos borgerne på tværs af myndighed og forebyggende hjemmebesøg. Hvor forebyggelseskonsulenten ved individuelle besøg får det indtryk, at borgeren kunne få gavn af fx hjælpemidler, madservice eller aktivitetscenter og giver borgeren råd og vejledning herom, så kan visitationen efterfølgende give borgeren et afslag på netop denne service. I den forbindelse taler en leder om, at forebyggelseskonsulenterne ikke altid føler sig fri til at formidle tilbud fra kommunen, da borgeren muligvis kan få afslag: *"Det vi har mulighed for at tilbyde og hjælpe med, sætter også en begrænsning hos os"*. (Interview med leder).

Jf. forrige afsnit varetager forebyggelseskonsulenter i nogle kommuner visitation og kan derfor visitere til fx rehabiliteringsforløb, hjemmehjælp, hjemmesygepleje, hjælpemidler, boliger mv. Denne konstellation modtager flere reaktioner blandt informanterne på tværs af interviewene. Flere informanter mener, at forebyggelse principielt skal være adskilt fra myndighedsopgaven og give borgeren råd og vejledning ud fra det behov, de ser hos borgeren, i

stedet for samtidig at have en "myndighedskasket" på. At holde de to opgaver adskilte fra hinanden giver efter denne opfattelse mulighed for at tilbyde borgeren det, de har behov for, i stedet for at tilbyde borgeren det, der er ressourcer til. Andre informanter argumenterer tværtimod for, at det giver borgeren hurtigere ekspedition, når forebyggelseskonsulenten kan visitere, og samtidig får visitatoren et bedre kendskab til borgeren.

På den anden side er der også et synspunkt om, at alle medarbejdere på tværs af kommunen bør have forebyggelse som sigte, og derfor bør tænke forebyggelseskonsulenterne ind i deres arbejde på den ene eller anden måde.

### **4.3. Samarbejde med civilsamfundet og andre eksterne samarbejdspartnere**

Forebyggelseskonsulenterne samarbejder i høj grad med civilsamfundet og andre aktører uden for de kommunale rammer. Ifølge spørgeskemaet samarbejder 92% af kommunerne med seniorklubber og andre civilsamfundsorganisationer, mens andre aktører er almen praksis (55%), folkekirken (43%) og pårørendeorganisationer (41%), selvhjælpsgrupper (18%) og idrætsorganisationer (13%) (se figur 14 appendiks 1).

Når adspurgt hvad samarbejdet med eksterne samarbejdspartnere omhandler, svarer størstedelen af respondentkommuner (88%), at det er vidensdeling om tilbud og støttemuligheder (se figur 15 i appendiks 1). Som det fremgår af kapitel 3, er både formålet med og en identificeret virkningsmekanisme i forebyggende hjemmebesøg at give kendskab til kommunale- og frivillige tilbud. En forebyggelseskonsulent siger fx, at forebyggende hjemmebesøg er "*en reklamesøjle eller opslagsværk, som kan præsentere borgerne for, hvad der er for nogle tilbud, der kan være relevante for den enkelte*". (Interview med forebyggelseskonsulent).

#### 4.4. Internt og eksternt samarbejde der fordrer opsøgende forebyggelseskonsulenter

En leder forklarer, at samarbejdet – internt i kommunen og eksternt – betyder, at forebyggelseskonsulenterne skal varetage andre opgaver udover selve det forebyggende hjemmebesøg hos borgerne: *"Der er sket en rivende udvikling fra bare at skulle nå at besøge dem, man skulle, til at forebyggende hjemmebesøg også har (en) konsulentrolle"*. Her menes bl.a., at forebyggelseskonsulenterne er ude og fortælle om forebyggende hjemmebesøg i civilsamfundet og deltage i aktiviteter, som frivillige organisationer afholder for deres medlemmer eller i forbindelse med projekter.

Denne opsøgende rolle er ikke beskrevet som en del af forebyggende hjemmebesøg i lovteksten. På tværs af interviewene går det dog igen, at forebyggelseskonsulenter oplever, at de på denne måde skal være proaktive i deres arbejde. De mest udbredte værktøjer til vidensdeling, som bliver omtalt i interviewene er:

- Formaliserede tværfaglige møder: Forebyggelseskonsulenterne deltager i møder med frivilligcentre, pårørendevejledere, demenskoordinatorer, aktivitetscentre, ensomhedsprojekter mv, hvor de deler viden om forskellige tilbud.
- Deltagelse i sundhedsmesser, ældredag mv: Forebyggelseskonsulenter tildeles en stand ved arrangementer, som kommunen eller seniororganisationer afholder, fx kollektive fødselsdagsarrangementer, som kommunen afholder for borgere på en bestemt alder, den årlige ældredag mv. En interviewet leder siger: *"Det fungerer godt, at forebyggelseskonsulenterne er synlige. De har været ude på forskellige messer med stande. Det gør dem selv mere synlige ved at samarbejde med de organisationer, der også er der."* (Interview med leder).

- Oplæg om sund aldring og forebyggelse: Flere forebyggelseskonsulenter nævner, at de lokale foreninger beder forebyggelseskonsulenterne om at holde små foredrag om, hvad forebyggende hjemmebesøg er, eller om et bestemt forebyggelsestema. Samarbejdet går begge veje, dvs. at det varierer hvem der rækker ud til hvem. Forebyggelseskonsulenter kan fx også uddele foldere fra en forening og i spørgeskemaet angiver 57%, at der er oplæg fra samarbejdspartnere til forebyggende hjemmebesøgs kollektive arrangementer (se figur 25 i appendiks 1) (læs også kap. 7).
- Håndbåret netværk med frivillige: Det går igen i interviews, at den enkelte forebyggelseskonsulent i stor grad anvender eget professionelle netværk i civilsamfundet, når de giver råd og vejledning til borgere. En leder udtaler: *"Samarbejdet til eksterne er meget personafhængigt. Det afhænger af, hvem der sidder i den anden ende ift. at være opsøgende. Den ene forening kan eksempelvis godt finde på at kontakte forebyggelseskonsulenterne, hvis de er bekymrede omkring en borger, fordi de kender hinanden – det afhænger i høj grad af personerne."* (Interview med leder).



## 4.5. Udbytte af forebyggelseskonsulenternes netværksdannelse

Jf. kapitlets forrige afsnit har forebyggelseskonsulenterne både samarbejde internt i kommunen og med eksterne samarbejdspartnere, primært i civilsamfundet. Det giver anledning til at undersøge, hvilket udbytte forebyggelseskonsulenterne har af dette samarbejde.

På den ene side opnår forebyggelseskonsulenterne et godt billede af de tilbud og støttemuligheder, som de kan præsentere for borgeren. Frivillige organisationer kan give borgerne andre muligheder end kommunen kan, både ift. sociale aktiviteter og træningsmuligheder. I interviewene er der forskellige eksempler som viser, at forebyggelseskonsulenterne vurderer, om borgeren bedst kan profitere af et tilbud fra civilsamfundet eller fra kommunen, og at denne vurdering tager udgangspunkt i borgernes fysiske- og psykiske formåen: *"Aktivitetscenteret er tilpasset dem med svagt aktivitetsniveau, og dem kan de (forebyggelseskonsulenter) samarbejde med omkring mere skrøbelige borgere, men viden om de mange andre tilbud i civilsamfundet er der også energi i."* (Interview med leder). En forebyggelseskonsulent nævner, at de har opstartet en formaliseret aftale med et træningscenter, hvor de har en fælles vurdering af, hvilket tilbud der passer bedst til borgeren. Dette er muligt, fordi forebyggelseskonsulenten kender tilbud i civilsamfundet, hvor der nogle gange findes en mere relevant løsning end i kommunen.

Ved dette samarbejde kan forebyggelseskonsulenterne derudover nå ud til borgere, som ellers generelt takker nej til sundhedstilbud fra kommunen,

inklusive forebyggende hjemmebesøg. Når andre kommunale enheder og civilsamfundsorganisationer har et godt kendskab til forebyggende hjemmebesøg kan det betyde, at der er en større tendens til at sende såkaldte bekymringshenvendelser om en bestemt borger, så forebyggende hjemmebesøg kan række ud for at tilbyde besøg – og målrette invitationen på en anden måde (jf. anvendelse af datobrev o.l., se kap 6).

Forebyggende hjemmebesøg henviser også til andre enheder. Dette foregår typisk som en opfølgende aktivitet efter det forebyggende hjemmebesøg. Størstedelen af respondentkommuner i spørgeskemaet angiver at henvise videre til aktiviteter i civilsamfundet eller at overlevere til andre enheder i kommunen eller praktiserende læge, hvor der er brug for en større indsats (se figur 16 i appendiks 1).

## 4.6. Opsummering

Forebyggende hjemmebesøg er organiseret meget forskelligt i de danske kommuner. Overordnet set kan indsatsen være organiseret sammen med enheder, som varetager opgaver inden for ældreområdet, fx rehabilitering, aktivitetscentre eller visitation, eller med de enheder, der varetager generelle forebyggelsesopgaver, fx rygestop, alkohol, motion, mental sundhed mv. Organiseringen har stor betydning for samarbejdet om forebyggelse med andre enheder og civilsamfundet. Det er udbredt, at forebyggelseskonsulenter udover forebyggende hjemmebesøg også bidrager med deres ressourcer i andre enheder samt varetager netværksaktiviteter. Udbyttet af forebyggelseskonsulenternes netværksaktivitet er, at de når ud til borgere med behov for en samtale i regi af forebyggende hjemmebesøg, der ellers ikke ville tage imod forebyggende hjemmebesøg.



# 5

**Borgergrundlaget:  
Hvem modtager  
forebyggende  
hjemmebesøg?**

## 5. Borgergrundlaget: Hvem modtager forebyggende hjemmebesøg?

Dette kapitel forsøger at give et overblik over, hvem der tager imod forebyggende hjemmebesøg på nationalt plan.

Dette gøres primært ved hjælp af en registerundersøgelse (se appendiks 2) på baggrund af de indberetninger, som kommunerne hvert år sender til Danmarks Statistik om borgere, som tager imod forebyggende hjemmebesøg (cpr.nr. samt dato for besøg). Disse data er koblet til øvrige oplysninger på baggrund af CPR-register samt data fra Danmarks Statistik (uddannelse og formue). Udover registerundersøgelsen bygger kapitlet også på besvarelser fra spørgeskemaet til kommunerne, interviews med ledere og medarbejdere samt gennemgangen af kvalitetsstandarderne i samtlige kommuner.

Det er i læsningen af kapitlet vigtigt at bemærke, at:

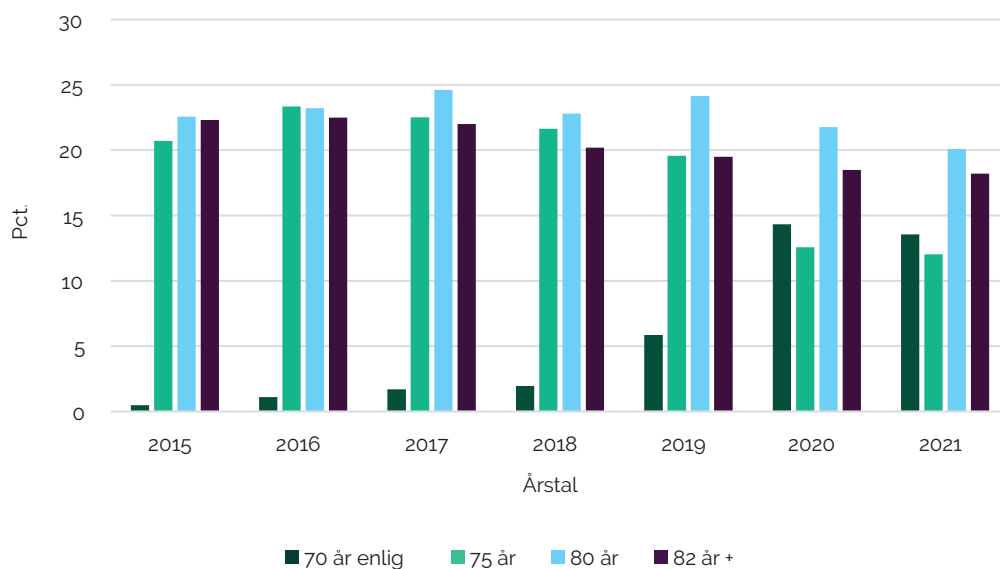
- I opgørelsen indgår der borgere fra kommuner med et tilstrækkeligt datagrundlag. Det betyder, at der er variation i, hvilke kommuner, der er inkluderet fra år til år. Der er inkluderet mellem 67 og 87 kommuner i de forskellige år (se bilagstabel 1 i appendiks 2).
- Andel af borgere på landsplan, der er inkluderet i opgørelsen for 2021 svarer til 88,8% af borgere på landsplan. Det er den næsthøjeste andel efter opgørelsen fra 2015. Omvendt svarer opgørelsen for 2018 til 69,5% af borgere på landsplan.
- Variationen i de inkluderede kommuner betyder, at det er mest hensigtsmæssigt at sammenligne deltagelsen på baggrund af andelen af borgere og ikke på baggrund af det absolutte antal borgere, når man ser på udviklingen gennem årene.
- Antal borgere i absolutte tal bliver vist for at give et nedslag i 2021. Det er vigtigt at understrege, at Danmark i 2021 stadig var ramt af forbud mod besøg i en periode i forbindelse med covid-19, og at de ældres ønske om at takke ja til et forebyggende hjemmebesøg sandsynligvis var påvirket negativt i noget tid efterfølgende. Antallet af besøg var derfor generelt påvirket.
- Medmindre andet er angivet, svarer andelen til den del af borgere, der har deltaget, ud fra det samlede antal borgere i befolkningen med samme karakteristika (alder, køn, uddannelse mv.) (se forklaringer i afsnit 5.2).
- De angivne data er baseret på unikke borgere, dvs. antal personer og ikke antal besøg. For yderligere data (bl.a. genbesøg) og forklaring om dokumentationen, se appendiks 2.
- Borgere, som modtager både personlig pleje og praktisk hjælp efter servicelovens § 83, kan være undtaget fra tilbuddet (jf. §79a stk. 6) og er ikke fratrukket fra baggrundspopulationen.

## 5.1. Udvikling af tilslutning til forebyggende hjemmebesøg

I det følgende beskrives, hvordan andelen af modtagere af forebyggende hjemmebesøg har udviklet sig siden 2015. Figur 4 viser andel af tilslutning til

forebyggende hjemmebesøg blandt de forskellige målgrupper i lovgivningen. Udviklingen, som kan ses i figuren, vil nedenfor blive sammenholdt med andre kilder (primært interviews) for at komme nærmere en forklaring på udviklingen.

**Figur 4:** Andel af borgere, der modtager forebyggende hjemmebesøg, 2015-2021. Målgrupper for aldersbestemte besøg.



**Kilde:** Kommunernes elektroniske omsorgsjournalsystemer (EOJ) og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

**Anm.:** Alderen er beregnet på datoen for det forebyggende hjemmebesøg og pr. 1. januar i opgørelsesåret for baggrundsbeholdningen. Enlig er defineret ved, at der ikke er registeret andre på samme adresse som modtageren af det forebyggende hjemmebesøg, på datoen for det forebyggende hjemmebesøg og pr. 1. januar i opgørelsesåret for baggrundsbeholdningen. Der indgår ikke samme antal kommuner på tværs af årene, da opgørelsen er afgrænset til kommuner med et acceptabelt datagrundlag. Danmarks nedlukning i forbindelse med covid-19 påvirkede antallet af besøg gennemført i 2020 og 2021. Se definitioner af målgrupper samt kommuner med et acceptabelt datagrundlag i Appendiks 2.

### 5.1.1. Borgere på 70 år, der bor alene

I perioden 2015-2021 er der en stigning i andelen af borgere, der bor alene i det år, de bliver 70 år, som tager imod forebyggende hjemmebesøg. Stigningen er markant fra 2018 til 2019 og herefter.

Stigningen kan forklares med lovændringen fra 2019 (Serviceloven §79a, stk. 3), som specifikt gjorde, at "alle borgere, som bor alene i kommunen, i deres fyldte 70. år" skulle tilbydes besøg. På den måde ses den første stigning fra 2018 til 2019, hvor 5,8% af borgere i denne befolkningsgruppe tager imod tilbuddet, og stigningen fortsætter i 2020 med 14,3% og ser ud til at stabilisere sig i 2021 på 13,6%. Intentionen med lovændringen var at forebygge ensomhed blandt en bestemt målgruppe, dvs. borgere, der bor alene, når de bliver ældre (se figur 1 vedr. lovgivning i kapitel 1).

I interviewene med forebyggelseskonsulenter kan man tydeligt genkende opmærksomheden omkring forebyggelse af ensomhed blandt borgere, der bor alene. Dette ses fx ved følgende citat: "*man mangler én, der skubber lidt til at komme ud eller gå til lægen.*" (Interview med forebyggelseskonsulent). I et andet interview kobler forebyggelseskonsulenten risikoen for ensomhed specifikt til denne gruppe. De 70-årige, der bor alene, "*er specielle i den forstand, at de har en truende ensomhed, hvis de ikke er aktive. Små ændringer kan hurtigt vælte det hele.*" (interview med forebyggelseskonsulent).

Fokus på ensomhed er dog ikke eksklusivt for borgere, der bor alene. Ensomhed har i det hele taget en høj prioritering i forebyggende hjemmebesøg. I spørgeskemaet svarer 39% af kommunerne, at ensomhed er en af de tre mest prioriterede fokusområder (se figur 27 i appendiks 1 samt uddybning af temaer i kapitel 7).

I et par enkelte interviews udtrykker forebyggelseskonsulenterne forundring over, at borgere på 70 år bliver tilbudt besøg, alene af den grund at de bor

alene. Forundringen går på, at forebyggelseskonsulenterne oplever en tendens til, at flere og flere ressourcestærke ældre borgere bor alene. På den måde ser det ikke ud til, at intentionen med lovgivningen er helt tydelig.

### 5.1.2. Borgere på 75 år

Over årene er der et gradvis fald i andelen af borgere, der modtager forebyggende hjemmebesøg det år, de bliver 75 år. Faldet går fra 23,3% i 2016 til 12% i 2021. En del af faldet de seneste år kan tilskrives Danmarks nedlukning i forbindelse med covid-19 (se boks 3 på side 47)<sup>42</sup>.

Lovgivningen har haft flere ændringer ift. denne målgruppe. I 2010 blev kravet for tilbuddet til 75-årige nedsat fra mindst to årlige besøg til ét årligt besøg. I lovændringen fra 2016 holdt man fast i tilbuddet om et besøg til denne målgruppe, men hævede aldersgrænsen for de næste aldersbestemte besøg. Samtidig blev der åbnet op for en "samordning med andre generelle kommunale forebyggende og aktiverende foranstaltninger og ... andre måder at gennemføre det forebyggende hjemmebesøg på end ved besøg i hjemmet" (Serviceloven §79a, stk. 7).

Lempelsen af kravet om, at besøget foretages i hjemmet, har åbnet op for, at flere kommuner vælger at invitere 75-årige borgere til kollektive arrangementer. I spørgeskemaundersøgelsen er de 75-årige den gruppe, som flest kommuner angiver at invitere til kollektive arrangementer (se figur 6 i appendiks 1 og derudover kap. 7). Den noget lavere tilslutning til tilbuddet blandt 75-årige borgere kan derfor sandsynligvis tilskrives, at gruppen i højere grad inviteres til kollektive arrangementer i stedet for besøg i eget hjem.

Hvorvidt borgerne tilslutter sig til kollektive arrangementer kan ikke ses i data. Kommunerne skal indberette deltagelsen til kollektive arrangementer sammen med individuelle besøg. I indberetningen

---

<sup>42</sup> Danmarks Statistik har i juni 2023 offentliggjort data for forebyggende hjemmebesøg i 2022. Det fremgår heraf, at antal af 75-årige, der modtog forebyggende hjemmebesøg i 2022, var 7.904, mens det var 7.666 i 2021. Det skal dog gøres opmærksom på, at der kan være variation i antal kommuner, der har indberettet aktivitet til Danmarks Statistik.

er der således ikke mulighed for at skelne, det vil sige ét kollektivt arrangement med eksempelvis 50 deltagere vil vise sig på samme måde som 50 individuelle besøg. Imidlertid har 18% af kommuner i spørgeskemaet svaret, at de slet ikke registrerer deltagelse til kollektive arrangementer. Og selv om andre 18% af kommuner angiver at registrere deltagere ved ankomst, og 47% kommuner angiver at registrere ved tilmelding (se figur 20 i appendiks 1), betyder det ikke nødvendigvis, at registreringen bliver gjort klar til efterfølgende indberetning. Landsforeningen for ansatte i sundhedsfremmende forebyggende hjemmebesøg (SUFO) årskonference i 2022 satte fokus på netop indberetninger med oplæg fra Danmarks Statistik. Det fremgik af oplægget, at indberetningen af deltagelse til kollektive arrangementer er mangelfuld.

Den lavere tilslutning af denne målgruppe kan derudover skyldes, at gruppen i mindre grad end andre grupper inviteres med datobrev, som er kendt for at resultere i højere deltagelse end invitation med åbent brev (dette forhold bliver belyst i kapitel 6). Det er en udbredt oplevelse hos de interviewede medarbejdere og ledere, at de 75-årige borgere i dag har en bedre fysisk formåen end gruppen havde for nogle år tilbage, og dette bliver i interviewene ofte præsenteret som en logisk forklaring på, at færre i denne alder deltager. Dog skal det

bemærkes, at befolkningens forbedring i funktions-evne er langstrakte udviklinger og kan ikke være den eneste forklaring<sup>43</sup>.

Omvendt er det også udbredt at argumentere for den tidlige indsats. En leder fortæller: *"Jeg ser det meget som en tidlig opsporing af risikofaktorer. Og det kan være risikofaktorer for faldende funktionsniveau, sygdom, ensomhed, hele pakken. Og hvis det bliver opsporet, får vi mulighed for at handle på det i tide, fremfor at det bliver på et tidspunkt, hvor der så er behov for sygepleje/hjemmepleje, og det ikke kan løses med fx civilsamfund"*. (Interview med leder).

### 5.1.3. Borgere på 80 år samt borgere på 82 år og derover

Tilslutningen til forebyggende hjemmebesøg er gennem årene den højeste blandt borgere, i det år de fylder 80 år. Samtidig ligger deltagerne stabilt omkring 24% af alle borgere i denne aldersgruppe. Kun i 2020 og 2021 er der registreret et fald i tilslutningen, som var på 21,8% for 2020 og på 20,1% i 2021. Ligesom for de 75-årige kan faldet sandsynligvis tilskrives nedlukningerne af Danmark i forbindelse med covid-19. For målgruppen af borgere, der fylder 82 år eller derover, i det år, de får tilbudt forebyggende hjemmebesøg, er tilslutningen også stabil men en smule lavere (på 18,2% i 2021).

#### Boks 3: Betydning af covid-19 for forebyggende hjemmebesøg

Ifølge et notat fra Danmarks Statistik faldt aktiviteten i 2020 med 16% i forhold til 2019. *"Faldet i forebyggende hjemmebesøg kan sandsynligvis tilskrives covid-19-pandemien og nedlukningen af Danmark fra marts 2020. Nedlukningen medførte, at kommunerne grundet bl.a. restriktionerne ikke gennemførte de sædvanlige forebyggende hjemmebesøg, ligesom nogle af de ældre borgere ikke ønskede besøg af fremmede i deres hjem. Det afspejler sig i tallene ved, at der i månederne efter nedlukningen ses et stort fald i de forebyggende hjemmebesøg. Tydeligst var det i april 2020, hvor der kun blev leveret ca. 30% af de forebyggende hjemmebesøg, der blev leveret i februar 2020. Fra juni og året ud blev der leveret stort set det samme antal besøg som før nedlukningen."* (nr. 221 fra 11. juni 2021)

<sup>43</sup> Se fx VIVE – Det Nationale Forsknings og Analysecenter for Velfærd, 2018, s. 61, som konkluderer, at alderdommen ikke er blevet betydeligt anderledes i de seneste 10- 15 år, hvad angår helbred og fysisk funktion.

Det fremgår af interviewene, at besøgene til 80-årige prioriteres højt, da det er det første besøg efter besøget til borgere på 75 år, og der kan ske meget hos den enkelte borger i netop det interval. Samtidig er der også en forståelse for ændringen i lovgivningen, da der, som tidligere nævnt, er en tendens til, at gruppen af ældre borgere er friskere i længere tid. En forebyggelseskonsulent siger fx, at: *"den nye lovgivning afspejler, at mange 75-80-årige ser sig selv som aktivt unge seniorer, så det giver god mening, at loven er ændret til, at man først får årlige besøg som 82-årig"* (Interview med forebyggelseskonsulent).

I forhold til de årlige besøg, bemærker de fleste af de interviewede forebyggelseskonsulenter, at muligheden for at besøge borgerne en gang årligt fra 82 år, giver dem mulighed for at registrere, om der er sket ændringer i borgernes tilstand, som der skal følges op på.

Ikke desto mindre nævner enkelte forebyggelseskonsulenter, at de gerne så deres faglige råderum øget, ved at de i stedet for at besøge borgerne

efter aldersbestemmelse kunne foretage faglige vurderinger: *"vi når ikke listerne igennem, er hele tiden under et tidspres. Det er svært at nå hele listen, og vi kommer ofte ud til de samme borgere, hvor de overordnet har det godt og er velfungerende. Idéen giver god mening, men der mangler fagligt ræsonnement."* (Interview med forebyggelseskonsulent). Citatet afspejler et udbredt dilemma blandt forebyggelseskonsulenter: Skal tilbuddet forstås som et universelt sundhedsfremmende tilbud, som både ressourcestærke og mere skrøbelige borgere kan have gavn af? Eller er tilbuddet målrettet de mere skrøbelige borgere, der allerede har behov for en indsats?

Som det fremgår af nedenstående boks 4 er to kommuner i regi af Aftale om velfærdsaftaler på ældreområdet i gang med at afprøve, hvordan kriterier og intervaller for forebyggende hjemmebesøg ellers ville kunne se ud, med frisættelse fra lovgivningen<sup>44</sup>.

#### **Boks 4: Forsøg med at ændre kriterier og intervaller for forebyggende hjemmebesøg**

I forbindelse med velfærdsaftalerne 2021-2024 har Viborg og Langeland kommuner igangsat forsøg med forebyggende hjemmebesøg, som kræver frisættelse fra servicelovens §79 a.

Forebyggelsesteamet i Viborg kommune har ændret kriterier og intervaller for forebyggende hjemmebesøg for 80-årige borgere samt borgere over 82 år. I stedet for at tilbyde mindst ét årligt forebyggende hjemmebesøg til borgere i det år, de fylder 80 år samt til borgere, der er over 82 år, tilbydes borgerne en faglig vurdering. Forebyggelseskonsulenten kan i dialog med borgeren udsætte næste besøg. Med forsøget ønskes at øge medarbejdernes faglige råderum og frigøre ressourcer til andre borgere med et vurderet større behov.

I Langeland kommune har man undtaget de borgere, som modtager praktisk hjælp (frem for borgere, der er visiteret til både praktisk hjælp og personlig pleje, som §79 a stk. 6 giver mulighed for at undtage). Medarbejdere, der yder praktisk hjælp, skal til gengæld foretage hverdagsobservationer, og hvis der er ændringer i borgernes tilstand, skal medarbejderen sende besked til sygeplejen. Kommunen er opmærksom på risikoen for, at denne medarbejdergruppe ikke i tilstrækkelig grad opsporer behov for indsatser, som kan understøtte borgeren i at udnytte egne ressourcer.

**Kilde:** VIVE (2023): *Midtvejsevaluering af velfærdsaftaler – Forsøg med frisættelse i syv kommuner på dagtilbuds-, folkeskole- og ældreområdet, 2021-22*

<sup>44</sup> Lov om velfærdsaftaler på ældreområdet, 2021



## 5.2. Hvad kendetegner modtagerne af forebyggende hjemmebesøg?

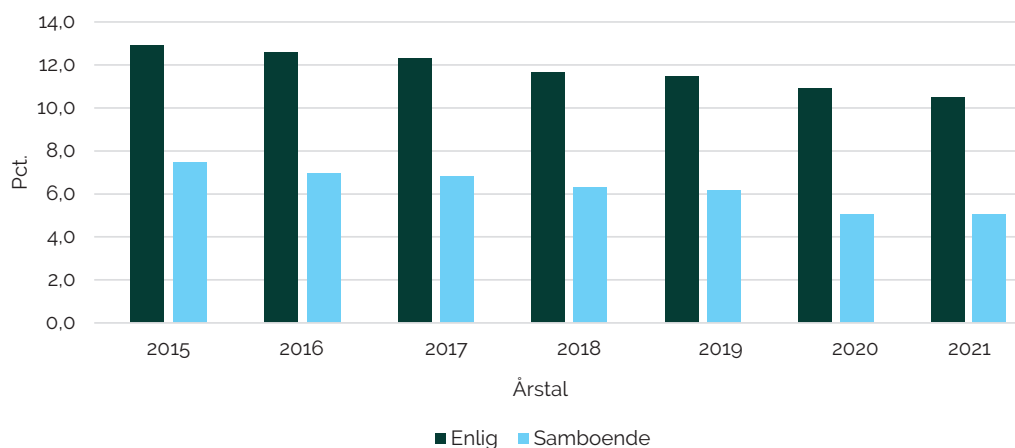
I dette afsnit angives andelen af borgere, som modtager forebyggende hjemmebesøg, ud fra forskellige befolkningskategorier.

I forhold til køn har der gennem årene været en lidt større tilslutning blandt kvinder end blandt mænd for borgere på 75 år og 80 år. Omvendt er det for borgere på 70, der bor alene og for borgere på

82 år og derover, hvor der er en højere tilslutning blandt mænd. For 2020 og 2021, som var påvirket af Danmarks nedlukning i forbindelse med covid-19 er forskellen lidt mindre (se tabel 1 i appendiks 2).

Tilslutningen af borgere, der bor alene, er knap dobbelt så stort som for borgere, der bor sammen med andre. I 2021 deltog 10,5% af alle borgere der bor alene over 65 år, mens det var 4,9% af borgere, der bor med mindst en person mere på folkeregisteradressen, som modtog besøg (se figur 5 nedenfor).

**Figur 5:** Andel borgere, der modtager forebyggende hjemmebesøg, fordelt på samliv, 2015-2021



**Kilde:** Kommunernes elektroniske omsorgsjournalsystemer (EOJ) og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

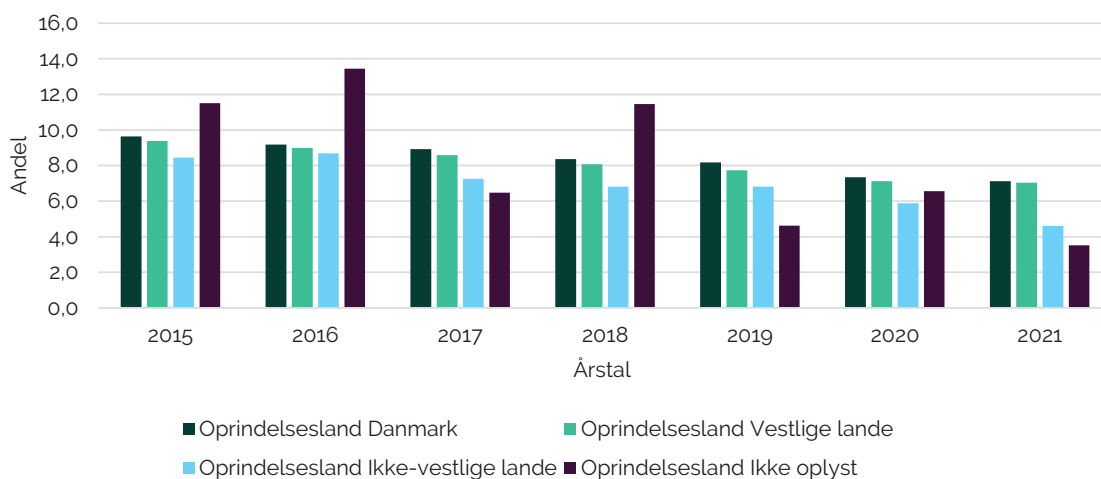
**Anm.:** Samliv er inddelt i 2 kategorier: Enlig: Der er ikke registreret andre på samme adresse som modtageren af det forebyggende hjemmebesøg, på datoen for det forebyggende hjemmebesøg og pr. 1. januar i opgørelsesåret for baggrundsbefolkningen. Samboende: Der er registreret mindst én anden på samme adresse, som modtageren af det forebyggende hjemmebesøg, på datoen for det forebyggende hjemmebesøg og pr. 1. januar i opgørelsesåret for baggrundsbefolkningen. Der indgår ikke samme antal kommuner på tværs af årene, da opgørelsen er afgrænset til kommuner med et acceptabelt datagrundlag. Se definitioner af samt kommuner med et acceptabelt datagrundlag under Dokumentation i appendiks 2.

I forhold til modtagernes oprindelsesland, følges andelen af borgere over 65 år med hhv. dansk og vestlig baggrund tæt over tid, mens andelen af borgere med ikke-vestlig baggrund er lavere. For 2021 var det hhv. 7,1%, 7% og 4,6% af befolkningskategorierne, der tog imod et forebyggende hjemmebesøg (se figur 6).

Tilslutningen til forebyggende hjemmebesøg er højere for borgere med grunduddannelse end for

borgere med videregående uddannelse. Ud af alle borgere i Danmark, der fyldte 65 år eller derover i 2021 og har en grunduddannelse, tog 9% imod forebyggende hjemmebesøg, mens det for borgere med en gymnasial eller erhvervsuddannelse var 6,4% af borgere, der tog imod besøg, og 5,5% af borgere med en videregående uddannelse (se figur 5 uddannelse i appendiks 2).

**Figur 6:** Andelen af borgere, der modtager forebyggende hjemmebesøg, fordelt på oprindelsesland, 2015-2021



**Kilde:** Kommunernes elektroniske omsorgsjournalsystemer (EOJ) og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

**Anm.:** Oprindelsesland er defineret på baggrund af forældres fødested eller statsborgerskab, hvis fødested ikke er kendt. Der indgår ikke samme antal kommuner på tværs af årene, da opgørelsen er afgrænset til kommuner med et acceptabelt datagrundlag. Se definitioner af oprindelsesland samt kommuner med et acceptabelt datagrundlag under Dokumentation i appendiks 2.

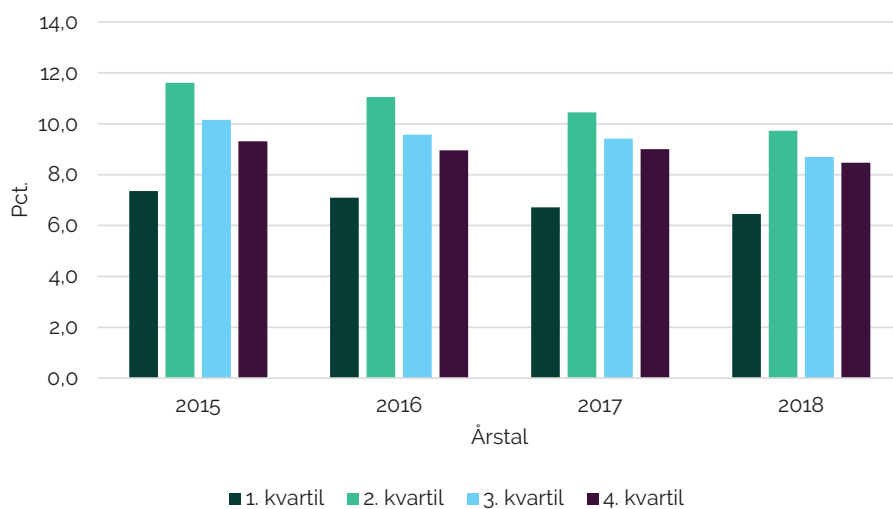
Hvis man deler borgergruppen i fire grupper, hvor gruppe 1 har mindst formue og gruppe 4 har størst formue, så er tilslutningen til forebyggende hjemmebesøg lavest for gruppe 1 og højest for gruppe 2 (se figur 7).

Ud fra registerundersøgelsen er det også muligt at se, hvilket forbrug af sundhedsydelser modtagere af forebyggende hjemmebesøg har. Her ser vi, at over halvdelen af borgere, som har sagt ja til forebyggende hjemmebesøg, har over 10 fysiske kontakter med praktiserende læge. Af gruppen, der i 2021 modtog forebyggende hjemmebesøg, var der 29,1%, der havde over 10 kontakter og 30,2%

der havde 5-9 kontakter. Til sammenligning var der 40% af borgere, der tog imod besøg, som havde lidt kontakt til praktiserende læge (fra 0 til 5 kontakter). Over tid er der kun få variationer (se figur 6 i appendiks 2).

Ud af de borgere, der i 2021 modtog forebyggende hjemmebesøg, var der 20% der også modtog hjemmeplej i samme måned, hvor besøget fandt sted. Det skal her nævnes, at borgere, som modtager både personlig pleje og praktisk hjælp efter servicelovens § 83, kan være undtaget fra tilbuddet (jf. Serviceloven §79 a stk. 6) (se figur 7 i appendiks 2).

**Figur 7:** Andel borgere, der modtager forebyggende hjemmebesøg, fordelt på formue, 2015-2018



**Kilde:** Kommunernes elektroniske omsorgsjournalsystemer (EOJ) og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen samt Forebyggelsesregisteret, Danmarks Statistik.

**Anm.:** I denne opgørelse indeles borgerne i 4 grupper efter kvartiler. Første kvartil indeholder den fjerdedel af borgerne med den mindste personlige formue, mens fjerde kvartil indeholder den fjerdedel med den største personlige formue. Der indgår ikke samme antal kommuner på tværs af årene, da opgørelsen er afgrænset til kommuner med et acceptabelt datagrundlag. Se definitioner af formue samt kommuner med et acceptabelt datagrundlag under Dokumentation i appendiks 2.

### 5.3. Forebyggende hjemmebesøg i tal – et nedslag for 2021

Laver man et nedslag i aktiviteten for 2021, kan man se, at der i alt var 73.712 modtagere af forebyggende hjemmebesøg. Tabel 1 viser, hvordan modtagerne fordeler sig i alderssegmenter. Fordelingen skal betragtes som et billede af, hvem forebyggelseskonsulenterne havde kontakt til og hvilke alderssegmenter, der fylder i den samlede aktivitet. Som angivet længere oppe består datasættet af unikke borgere, hvilket betyder, at der i dette tilfælde er taget udgangspunkt i borgerens første forebyggende hjemmebesøg i 2021. Det er dermed ikke medtaget, hvis den enkelte borger har modtaget flere besøg.

Tabel 2 viser antal aldersbestemte besøg og andel af borgere, der i 2021 modtog forebyggende hjemmebesøg, ud fra det antal borgere i Danmark, der er i samme alderskategori. Af tabellen fremgår det, at 20,1% af samtlige borgere i Danmark, der fyldte 80 år i 2021, tog imod forebyggende hjemmebesøg samme år. Til sammenligning var tilslutningen til forebyggende hjemmebesøg på 12% blandt samtlige borgere i Danmark, der fyldte 75 år i 2021. Det skal her igen nævnes, at borgere, som modtager både personlig pleje og praktisk hjælp efter servicelo-

vens §83, kan være undtaget fra tilbuddet (jf. §79a stk. 6). Derfor kan andelen, der modtager besøg, komme til at fremstå lidt lavere i tallene end den faktiske virkelighed. For overblik over borgere, der er visiteret til hjemmehjælp og samtidig har modtaget forebyggende hjemmebesøg, se afsnit 5.2.

Det er ikke muligt at vise andelen af borgere, der modtog behovsbestemte besøg (borgere i alderen 65 til 81 år, som er i særlig risiko for at få nedsat social-, psykisk- eller fysisk funktionsevne), da denne gruppe defineres forskelligt i de enkelte kommuner. Selvom kommunerne indberetter antal borgere i risiko, der modtager forebyggende hjemmebesøg, er det ikke muligt at vise en andel på tværs af kommunerne af to grunde: for det første definerer nogle kommuner risikogrupper, som man ikke har et bestemt antal for i den pågældende kommune (for eksempel, borgere der oplever ensomhed). For det andet er der forskel på, hvilke målgrupper der defineres som sårbare fra kommune til kommune, hvilket gør at man ikke kan sammenligne målgrupperne på tværs (for eksempel kan den ene kommune definere ensomme borgere, mens den anden kommune definerer pårørende til borgere, der flytter på plejehjem som risikogrupper).

**Tabel 1:** Modtagere af forebyggende hjemmebesøg i 2021. Alderssegmenter.

Alderssegmenter	Antal modtagere	Andel af gennemførte besøg
65-69	3.581	4,9%
70-74	10.308	14,0%
75-79	15.941	21,6%
80-84	24.094	32,7%
85+	19.788	26,8%
<b>I alt</b>	<b>73.712</b>	<b>100%</b>

**Kilde:** Sundhedsstyrelsen på baggrund af data fra Sundhedsdatastyrelsen. Antal modtagere og aldersfordeling af de gennemførte besøg. Danmarks nedlukning i forbindelse med covid-19 påvirkede antallet af besøg gennemført i 2021. Borgere, som modtager både personlig pleje og praktisk hjælp efter servicelovens § 83, kan være undtaget fra tilbuddet (jf. §79a stk. 6) og er ikke fratrukket fra baggrundspopulationen.

**Tabel 2:** Modtagere af forebyggende hjemmebesøg i 2021. Aldersbestemte besøg.

Aldersbestemt besøg	Antal modtagere	Andel af baggrundsbefolkning
70 år, bor alene	2.163	13,6%
75 år	7.056	12%
80 år	7.159	20,1%
82 år+	34.318	18%

**Kilde:** Sundhedsstyrelsen på baggrund af data fra Sundhedsdatastyrelsen. Antal modtagere og andel ud af baggrundsbefolkning. Danmarks nedlukning i forbindelse med covid-19 påvirkede antallet af besøg gennemført i 2021. Borgere, som modtager både personlig pleje og praktisk hjælp efter servicelovens § 83, kan være undtaget fra tilbuddet (jf. §79a stk. 6) og er ikke fratrukket fra baggrundspopulationen.

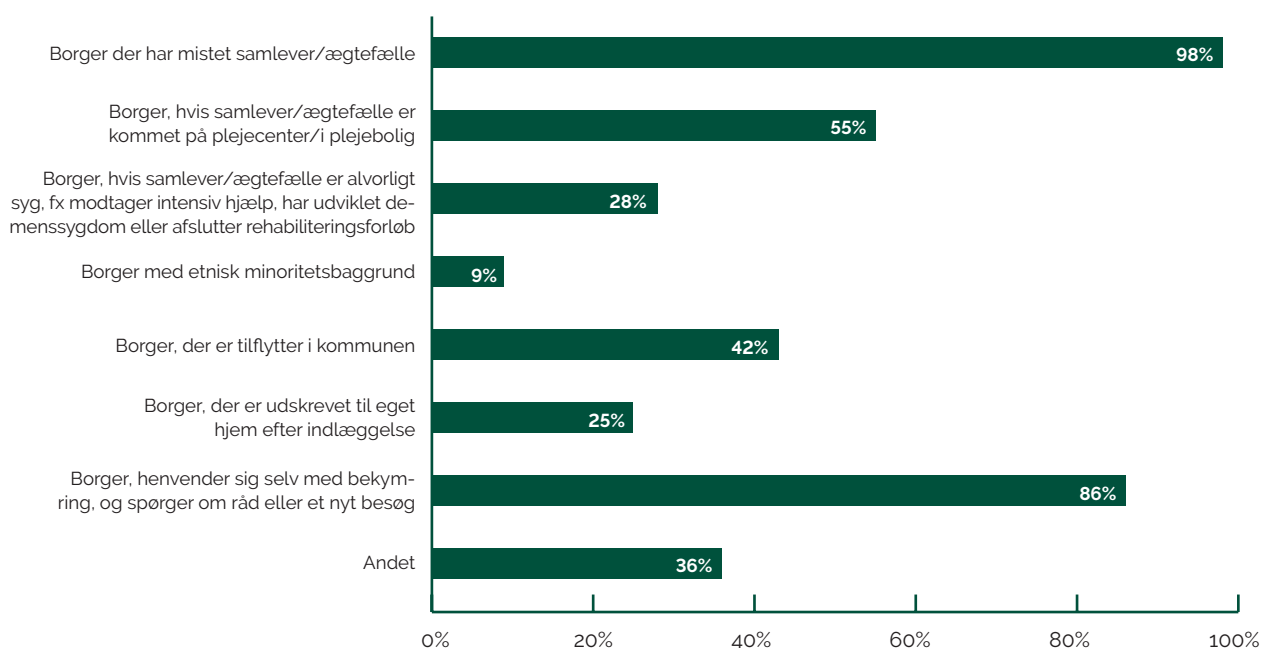
## 5.4. Behovsbestemte besøg (sårbare grupper 65-81 år)

Kommunerne skal ifølge loven (Serviceloven §79 a, stk. 4) tilbyde forebyggende hjemmebesøg efter behov til borgere i alderen 65 år til 81 år, som er i særlig risiko for at få nedsat social-, psykisk- eller fysisk funktionsevne (herefter sårbare grupper). Det er den enkelte kommune, som i kommunens kvalitetsstandard skal beskrive, hvordan forpligtelsen opfyldes.

Kommunerne er i spørgeskemaet blevet spurgt, hvordan de definerer de sårbare grupper. Som det fremgår af figuren nedenfor, tilbyder stort set alle

respondentkommuner i spørgeskemaundersøgelsen forebyggende hjemmebesøg til borgere, der har mistet en ægtefælle/samlever. Andre udbredte målgrupper er borgere, hvis samlever eller ægtefælle er kommet på plejecenter (55%) eller er alvorligt syg (28%). Derefter er tilflyttere til kommunen (43%) og borgere, der er udskrevet fra hospitalet uden yderligere tilbud i primær sektor (25%), defineret som sårbare grupper, mens færre kommuner definerer borgere med etnisk minoritetsbaggrund som særlig målgruppe til forebyggende hjemmebesøg (9%).

**Figur 8:** Hvad karakteriserer de borgere, som jeres kommune har defineret som sårbare ældre i aldersgruppen 65-81 år? (Jf. Servicelovens § 79 stk. 4). Sæt gerne flere kryds.



**Kilde:** Spørgeskema 2022, appendiks 1  
N=88

Det er værd at nævne, at langt de fleste kommuner (86%) åbner op for, at borgere selv henvender sig, hvis de selv mener, at de er i en svær livssituation (ensomhed er det eksempel, som kommunerne oftest nævner i de åbne svar på spørgsmålet i spørgeskemaet) (læs mere om det i kap 6).

Der ses en tendens til at definere målgruppen på baggrund af, hvilke kontaktmuligheder kommunen har for at kunne henvende sig til borgeren. Hvor det ikke er muligt at trække lister fra folkeregistret, forventes borgerens netværk eller andre enheder i kommunen at henvende sig til forebyggende hjemmebesøg (gennem bekymringshenvendelser). Ellers er det borgeren, der selv kan henvende sig (læs mere i kap. 6).

Af interviews bliver det klart, at enkelte kommuner har haft mulighed for at lave udviklingsarbejde i tilbuddet til sårbare grupper. Eksempelvis sætter en kommune fokus på borgere med etnisk minoritetsbaggrund ved at ansætte forebyggelseskonsulenter med anden herkomst end dansk. Kommunen oplever, at det kan fungere som et tillidsbånd i kontakten med borgere fra bestemte nationaliteter, som ellers plejer at takke nej til sundhedsfremmende tilbud. En anden kommune er opmærksom på, at borgere, som er fritaget fra E-Boks, ofte er i en sårbar situation. Kommunen overvejer derfor at lægge et forslag om, at denne gruppe skal defineres som sårbar, op til kommunalbestyrelsen næste gang

kvalitetsstandarderne i kommunen skal godkendes. Generelt har det opsøgende arbejde for at finde sårbare grupper ofte karakter af enkeltstående initiativer eller deltagelse i projekter, eksempelvis relateret til nye initiativer i bestemte lokale boligområder, forebyggelse af ensomhed eller forebyggelse af kompliceret sorg.

## 5.5. Opsummering

Tilslutningen til forebyggende hjemmebesøg er samlet set faldet i løbet af de seneste år. Faldet i 2020 og 2021 kan tilskrives Danmarks nedlukning i forbindelse med covid-19. Den aldersgruppe, der har størst tilslutning til forebyggende hjemmebesøg er 80-årige borgere, mens tilslutningen blandt de 75-årige er dalende. Forklaringen er ikke entydig. På den ene side kan det være, at nuværende 75-årige ser sig selv som aktive og sunde ældre og ikke oplever tilbuddet som relevant. På den anden side, kan faldet også skyldes, at de begrænsede ressourcer i kommunerne prioriteres andetsteds end til at sikre deltagelse blandt denne målgruppe. Det er forskelligt, hvordan kommunerne definerer sårbare grupper, og det er således ikke muligt at angive andelen af sårbare grupper, der tager imod forebyggende hjemmebesøg på tværs af kommunerne. Samtidig er det ikke alle sårbare grupper, hvor det totale antal er kendt i den enkelte kommune (fx ensomme borgere).





# 6

## I praksis: Invitation og motivation

## 6. I praksis: Invitation og motivation

Dette kapitel belyser, hvordan borgerne bliver inviteret til forebyggende hjemmebesøg samt kommunernes arbejde med at opspore og motivere borgerne til at deltage i tilbuddet.

Kapitlet bygger hovedsageligt på data indsamlet gennem interviews med forebyggelseskonsulenter og ledere. Derudover suppleres den kvalitative data med data fra spørgeskemaundersøgelsen samt kommunernes kvalitetsstandarder.

### 6.1. Invitation ved datobrev og åbent brev

Forebyggelseskonsulenterne skelner mellem to typer invitationer. Den ene er datobrev, hvor der er angivet en konkret dato og tid for, hvornår besøget finder sted. Borgeren opfordres til at kontakte forebyggelseskonsulenten, hvis datoen skal laves om. Den anden type brev bliver af faggruppen kaldt åbent brev (eller evt. tilbuds-brev). Her inviteres borgeren til at kontakte forebyggelseskonsulenten for at aftale en dato for besøget. Forskellen på de to invitationsformer er derfor, at borgeren ved åbne breve skal være proaktiv og selv tage kontakt til forebyggelseskonsulenterne for at planlægge et besøg,

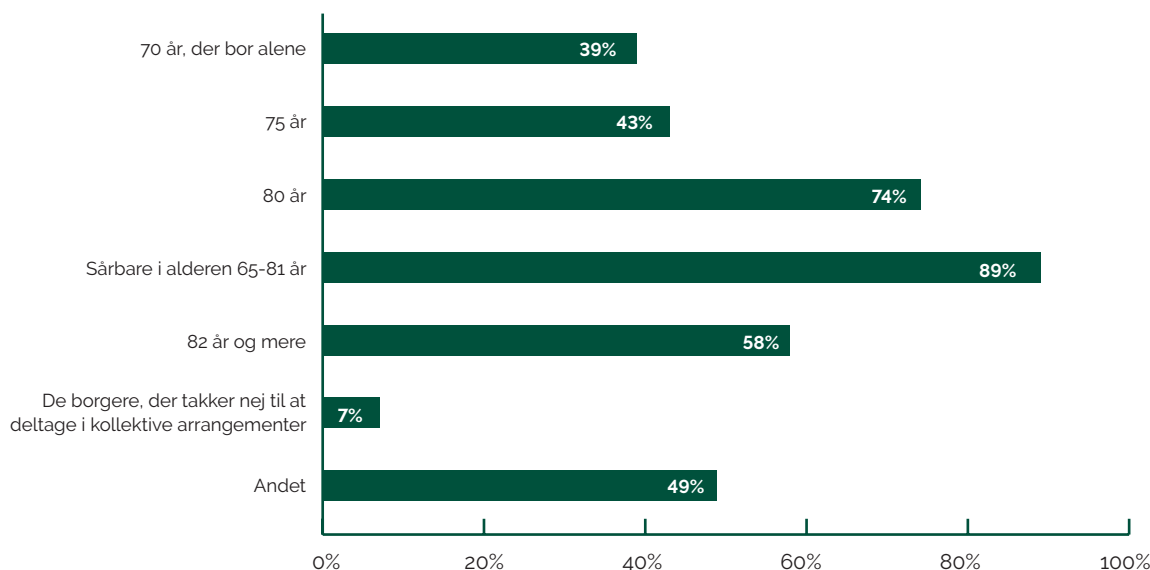
mens borgeren ved datobrev skal være proaktiv for at fravælge tilbuddet.

Der fremgår af VIVEs undersøgelse, at datobrev er med til at højne andelen af borgere, der tager imod tilbuddet om et forebyggende hjemmebesøg, sammenlignet med borgere, der får et brev uden konkret dato for besøget eller opringning<sup>45</sup>.

I forbindelse med nærværende evaluering er kommunerne blevet spurgt ind til deres praksis med invitationsformer. Spørgeskemaundersøgelsen viser, at kommunerne hovedsageligt anvender begge invitationsformer, henholdsvis datobrev (82%) og åbent brev (80%) (se figur 28 i appendiks 1).

De fleste kommuner differentierer typen af invitation efter målgruppe. Det fremgår af besvarelserne på spørgeskemaet, at kommunerne hovedsageligt anvender datobrev til at invitere sårbare grupper (89%), 80-årige (74%) samt 82-årige og derover (58%). Under halvdelen af kommuner anvender datobrev som invitationsform til andre målgrupper. Fx inviterer 43% af kommunerne de 75-årige med datobrev og 39% inviterer de 70-årige, der bor alene (se figur 29 i appendiks 1).

**Figur 9:** Hvilke(n) målgruppe(r) sender I datobreve til? Sæt gerne flere kryds.



**Kilde:** Spørgeskema 2022, appendiks 1

N=72 (kun kommuner, der har svaret, at de sender datobrev ud)

<sup>45</sup> VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2019

En gennemgang af kommunernes kvalitetsstandarder viser, at 22 kommuner angiver at sende datobreve til borgerne i et vist omfang. Der er derfor en forskel i brug af datobrev, når besvarelsener fra spørgeskemaet sammenlignes op mod kvalitetsstandarderne.

Der er en generel forståelse af, at datobreve er den største motivationsfaktor til at få borgere til at tage imod tilbuddet om forebyggende hjemmebesøg. En leder tilskriver fx brugen af datobreve som årsag til, at de har en høj procentsats af borgere, der takker ja til tilbuddet. Lederen tillægger grunden til den høje svarprocent, at borgerne ikke selv skal række ud.

## 6.2. Datobreve giver mulighed for at komme i kontakt med sårbare grupper

Som nævnt i kapitel 5 afhænger mulighederne for at sende invitation til sårbare grupper af muligheder for at trække kontaktoplysninger fra kommunale systemer. Det er ikke muligt at trække en liste over borgere, der er ensomme, men til gengæld kan man trække en liste over borgere, der bor alene (og derved er de i højere risiko for ensomhed). Eller lister over borgere, hvor der er en ændring i civilstatus (for enker og enkemænd).

Forebyggelseskonsulenterne er opmærksomme på, at prioritering af en målgruppe har konsekvenser for andre målgrupper: "... at prioritere bestemte grupper, hvilket så kan være på bekostning af andet. Fx ved at nogle grupper bliver prioriteret mere frem for andre." (Interview med forebyggelseskonsulent).

Argumentet for, at datobrev fører til øget deltagelse forklares af forebyggelseskonsulenterne (og i litteraturen) ved, at det kræver flere ressourcer at ændre invitationen eller takke nej til tilbuddet, end at lade sig besøge. Derfor konkluderer rapporten fra VIVE 2019, at datobrevene bidrager til at reducere social ulighed i, hvem der accepterer tilbuddet om forebyggende hjemmebesøg<sup>46</sup>. Dette genkendes blandt flere forebyggelseskonsulenter og ledere i interviewene. De fortæller, hvordan det er deres oplevelse, at datobreve er en god måde at få adgang til borgerne.

<sup>46</sup> VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2019

## 6.3. Anvendelse af datobrev og prioritering af ressourcer

Brug af datobreve anses for at være mere ressourcekrævende for kommunerne, da flere borgere takker ja til tilbuddet<sup>47</sup>. Hermed ligger der for kommunerne en prioriteringsopgave i, hvem der skal modtage denne form for invitation. Der er ledere og forebyggelseskonsulenter, der kan berette, hvordan de i øjeblikket af ressourcehensyn ikke anvender datobreve, til trods for viden om den gode effekt. En leder fortæller, at de i perioder, hvor de ikke kan følge med i antallet af besøg, sender færre datobreve ud og i højere grad prioriterer, hvem der har behov for datobrevet.

En anden leder udtrykker sammenhængen med ressourcer på følgende måde: "*Jeg mangler lige nu en masse timer pga. sygdommelding hos medarbejder og det eneste håndtag, jeg kan skrue på, er at lave flere breve uden at sætte dato.*" (Interview med leder).

Og en leder udtrykker konsekvensen af prioriteringerne (ved datobrev og kollektive arrangementer): "*Dem, som er mest sårbare, siger oftest nej. Og derfor, hvis der kun sendes udaterede breve eller arrangeres kollektive arrangementer vil det betyde, at de sårbare falder fra.*" (Interview med leder).

Da invitationsformen er en måde at skrue op og ned ift. ressourcer, kan anvendelsen af datobrev også ses som et udtryk for, hvilke målgrupper der prioriteres i det hele taget. I den forbindelse er der blandt ledere og forebyggelseskonsulenter en udbredt forståelse af, at de åbne breve målretter sig en ressourcestærk målgruppe, som har energi og kompetencer til selv at kontakte de forebyggende konsulenter.

Som vi så i kapitel 5 er tilslutningen til forebyggende hjemmebesøg højere blandt de 80-årige og de 82-årige og derover, end tilslutningen blandt de 75-årige borgere. Kommunernes prioritering ved valg af invitationsform samt valg af mødeform bidrager sandsynligvis til denne forskel i tilslutning (læs om prioritering af målgrupper ift. mødeform i kap. 7).

<sup>47</sup> VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2019

## 6.4. Anvendelse af telefonopkald – erfaringer under covid-19

Det fremgår af notat fra Sundhedsdatastyrelsen fra 2022: *"Flere kommuner er begyndt at afholde samtalerne telefonisk, disse er dog ikke egentlige forebyggende hjemmebesøg og indgår derfor ikke i opgørelsen"*<sup>48</sup>. Hermed konkluderes det, at telefonopkald ikke kan erstatte de fysiske besøg, men bruges som et supplement til forebyggende hjemmebesøg.

I interviewene beskriver ledere og forebyggelseskonsulenter, hvordan telefonopkald til borgere anvendes i varierende grad og på forskellig vis. De beretter, hvordan de blandt andet bruger telefonopkald til at kontakte borgere, der har takket nej til forebyggende hjemmebesøg, for at motivere borgerne til at tage imod besøget, til at foretage en faglig vurdering og triagering af borgere mm. Derudover anses telefonopkaldet også som en god måde at følge op på besøget, hvis forebyggelseskonsulenten ikke har mulighed for at tilbyde endnu et besøg.

En leder forklarer fx en lokal indsats for at motivere borgere, der typisk ikke tager imod besøg. Man har prioriteret at ringe alle de borgere op, der ikke henvender sig til forebyggelseskonsulenterne efter modtagelse af åbent brev: *"Motivationen består meget i vores valg om at foretage telefonopkald. Vi tror på, at telefonopkald kan noget andet og i sig selv kan fungere som en "mindre" udgave af et forebyggende hjemmebesøg."* (Interview med leder). Kommunen har derfor valgt at fravælge brugen af datobreve, da de oplever at telefonopkaldet bidrager til at skabe en relation til borgeren. Dermed oplever de, at der er større sandsynlighed for, at borgeren på egen hånd rækker ud til forebyggelseskonsulenterne senere. Opkaldet fra forebyggelseskonsulenterne giver derudover mulighed for at formidle, hvad forebyggende hjemmebesøg er, og imødekomme en barriere blandt borgere.

At bruge telefonopkald som et led i forebyggende hjemmebesøg er blandt andet sket på baggrund af de erfaringer, flere kommuner har gjort sig i forbindelse med nedlukningerne under covid-19. En leder

fortæller, hvordan de under covid-19 anvendte telefonopkald for at holde kontakten med borgere, som forebyggelseskonsulenterne tidligere havde haft besøg til.

Der er ganske få kommuner, som har gjort deres erfaringer med forebyggende hjemmebesøg under covid-19 offentligt tilgængelige. Ældrerådet i Esbjerg kommune skriver, at de i forbindelse med aflysningen af fysiske forebyggende hjemmebesøg, i stedet for tilbød borgerne en tryghedssamtale. Esbjerg modtog positive tilbagemeldinger fra borgere, som oplevede telefonsamtalen at være mere uforpligtende<sup>49</sup>. En årsrapport fra Vordingborg kommune redegør for, hvordan de under covid-19 fik godkendt brugen af telefonopkald som forebyggende hjemmebesøg til kendte borgere (dvs. i forbindelse med genbesøg)<sup>50</sup>. Borgere, der modtog forebyggende hjemmebesøg for første gang, fik ikke tilbud om forebyggende hjemmebesøg som telefonopkald, da det "ved første møde er af afgørende betydning, at møde borger i hjemmet". Enslydende har Sund By Netværket konkluderet i en vidensopsamling, at forebyggende hjemmebesøg anses som værende særligt udfordret uden det egentlige hjemmebesøg<sup>51</sup>.

## 6.5. Opsporing og motivation af borgere

I spørgeskemaundersøgelsen er der blevet spurgt ind til, om kommunerne har en særlig strategi for, hvordan de får flere til at takke ja til forebyggende hjemmebesøg. Af de 41% af respondentkommuner, der svarede ja til dette spørgsmål (se afsnit 4.3 i appendiks 1), var de hyppigste strategier,

- At kommunen sender datobreve, da det betyder at færre melder afbud,
- At kommunen har telefonisk kontakt med borgerne for at motivere dem til at takke ja til et besøg. I den forbindelse kan forebyggelseskonsulenterne fortælle om besøgets indhold.
- At kommunen har et tæt samarbejde med både interne og eksterne medarbejdere om at synliggøre muligheden for forebyggende hjemmebesøg.

<sup>48</sup> Sundhedsdatastyrelsen, 2022

<sup>49</sup> Ældrerådet Esbjerg kommune, 2021

<sup>50</sup> Vordingborg kommune, 2020

<sup>51</sup> Sund By Netværket, 2020

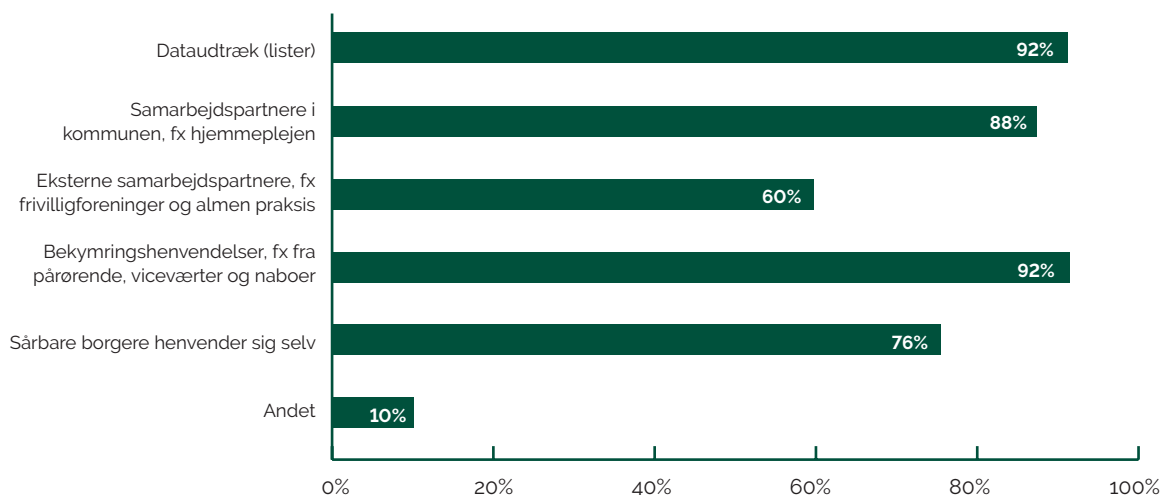
Både datobrev og telefonisk kontakt anses altså som en måde at motivere borgere til at sige ja til forebyggende hjemmebesøg. Desuden anses samarbejdspartnere som en vigtig del af motivationen – dette har også indflydelse på opsporingen, hvilket vil blive berørt længere nede i dette afsnit.

Kollektive arrangementer anses også som en motivationsfaktor for nogle borgere. I spørgeskemaundersøgelsen fremgår det således, at 76% af respondentkommuner ser de kollektive arrangementer som en måde at få kontakt til borgere, der ellers ville takke nej til tilbuddet (se figur 17 i appendiks 1).

Flere forebyggelseskonsulenter italesætter, at de har stort fokus på at få den rette målgruppe til at takke ja til forebyggende hjemmebesøg: *"Vores oplevelse er, at dem der er mest sårbare, er dem, vi ikke når ud til. Vi har diskuteret rigtig meget, hvordan*

*vi får fat i de rigtige og ikke bare dem, vi plejer at få fat i. Langt hen ad vejen er vi med til at skabe mere lighed, men der er også mange vi taber, fordi vi aldrig får fat i dem."* (Interview med leder). Med den rette målgruppe forstås den målgruppe, hvor de oplever, at der er forebyggelsespotentiale. I spørgeskemaundersøgelsen angiver 92% af kommunerne at anvende dataudtræk for at opspore den sårbare målgruppe, men denne målgruppe kan ikke nødvendigvis opspores gennem dataudtræk. Kommunerne er derfor i ligeså høj grad afhængig af, at andre hjælper dem i kontakt med målgruppen. Som det ses af nedenstående figur fremgår det af spørgeskemaundersøgelsen, hvor stort set alle kommuner også benytter sig af bekymringshenvendelser (92%), samarbejdspartnere i kommunen (88%) og eksterne samarbejdspartnere (60%), som tilgang til at opspore de sårbare målgrupper, der er kategoriseret i deres kvalitetsstandarder.

**Figur 10:** Hvordan opsporer I generelt borgerne i de sårbare målgrupper 65-81 år? (Jf. Service lovens § 79 stk. 4). Sæt gerne flere kryds



**Kilde:** Spørgeskema 2022, appendiks 1  
N=88

I spørgeskemaundersøgelsen blev kommunerne spurgt om antal bekymringshenvendelser modtaget pr. kvartal. 30% af respondenterne svarede, at de modtager 10 eller flere bekymringshenvendelser, 19% modtager mellem 7-9, 31% modtager mellem fire-seks, mens 20% modtager en til tre bekymringshenvendelser (se figur 3 i appendiks 1). Bekymringshenvendelser er på den måde et udbredt værktøj til at gøre opmærksom på en borgers trivsel. Kommunerne er derudover blevet spurgt om, hvor bekymringshenvendelsen bliver sendt fra. 85% respondenter svarer, at bekymringshenvendelserne kommer fra andre enheder i kommunen og 88% angiver, at de kommer fra borgerens familie. (se figur 4 i appendiks 1).

Det fremgår tydeligt, hvordan forebyggelseskonsulenterne bruger meget tid på at udbrede viden omkring forebyggende hjemmebesøg og alternative metoder til at opspore den sårbare målgruppe (se kap. 4). Foruden disse tiltag, oplever flere af forebyggelseskonsulenterne, at de er afhængige af, at budskabet og positive oplevelser deles blandt borgerne. De oplever, at den positive omtale fra borger til borger bidrager til, at borgere, der normalt ikke tager imod sådan et tilbud, takker ja. Dermed medvirker borgere, der tidligere har modtaget forebyggende hjemmesøg, som motivationsfaktor for andre, lyder argumentet.

Derudover bidrager kontinuitet ifølge flere forebyggelseskonsulenter og ledere til at skabe en tillidsfuld relation til borgerne. Derfor følger forebyggelseskonsulenten borgerne i flere kommuner, uanset om borgeren flytter fra et område til et andet område i kommunen. En forebyggelseskonsulent

udtrykker det: *"Vi prioriterer kontinuitet højt, så det er den samme medarbejder, der kommer år efter år og dermed får skabt en tillidsfuld relation, som er god at have, når det så begynder at gå ned ad bakke for borgeren. Tillid er vigtig i borgerkontakten for, at man kan få ting igennem."* (Interview med forebyggelseskonsulent).

Udover personkontinuitet kan god kontinuitet sikres ved at opsamle og overlevere viden om borgeren blandt personalet<sup>52</sup>. Desuden viser en undersøgelse af borgeres oplevelse af sammenhæng i ældreplejen, at overensstemmelse mellem borgerens forventninger og den faktiske hjælp giver tryghed og tilfredshed blandt borgere<sup>53</sup>.

Fælles for ledere og forebyggelseskonsulenter er, at de oplever, at de har godt fat i de ressourcestærke ældre borgere. Oplevelsen er, at det er de ressourcestærke borgere, der tager imod tilbuddet, og at denne gruppe møder op til de kollektive arrangementer. Dette er i overensstemmelse med VIVEs rapport fra 2019, der belyser, at høj socioøkonomisk status er forbundet med højere grad af accept af tilbuddet<sup>54</sup>. En forebyggelseskonsulent udtaler: *"det er vigtigt at få fat på de sårbare, men de andre målgrupper er stadig vigtige. (Det er) stadig vigtigt at få snakket med de velfungerende."* (Interview med forebyggelseskonsulent). Ikke desto mindre indikerer registerdata, som beskrevet i kapitel 5, at den højeste andel af deltagere til forebyggende hjemmebesøg findes blandt borgere, der har en grunduddannelse og derudover blandt borgere, der i forhold til formue, er placeret i gruppe 2 ud af 4 (hvor gruppe 4 er dem med højeste formue).

---

<sup>52</sup> Sundhedsstyrelsen, 2021

<sup>53</sup> VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2021

<sup>54</sup> VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2019

### **Boks 5: Forskningsbaseret opsporing og triagering af borgere til forebyggende hjemmebesøg**

Ni kommuner har dannet det såkaldte WIPP 360° netværk og anvender et fælles værktøj til at opspore og triagere borgere til forebyggende hjemmebesøg. Der er tale om et digitalt spørgeskema, hvor borgeren selv rapporterer, hvordan hun eller han har det ud fra en række indikatorer. Indikatorerne er testet i regi af et europæisk forsknings samarbejde.

På baggrund af det samlede resultat bliver borgeren triageret og modtager tilbud om forebyggende hjemmebesøg på forskellige måder. Borgere i rød kategori modtager datobrev eller telefonsamtale. Borgere i gul kategori modtager tilbud om telefonsamtale. Borgere i grøn kategori får tilbud om selv at henvende sig. Alle får derudover tilbud om besøg via ja/nej-spørgsmål.

Erfaringerne med modellen er i 2023 evalueret positivt i forhold til besvarelserne af det digitale spørgeskema (der havde en svarprocent på 58,8%). 31,8% af de borgere, som besvarede spørgeskemaet blev triageret rød, 22,3% gul og 45,9% grøn.

Evalueringsrapporten konkluderer, at modellen "evner at opspore skrøbelige ældre borgere samt at motivere disse ældre til at tage imod tilbuddet om et forebyggende hjemmebesøg." Derudover er der overensstemmelse mellem modellens triagering, fagmedarbejdernes vurderinger og borgernes selvvaluerede livskvalitet og helbredstilstand. Derudover understøtter modellen medarbejdernes faglighed, hvor fagmedarbejdere oplever, at den bidrager til at skabe mere kvalitet i mødet med en ældre borger.

***Kilde:** WIPP-360 (2023) En digital screenings- og triageringsmodel. Et evidensbaseret værktøj til målretning af de forebyggende hjemmebesøg. Evalueringsrapport.*

## **6.6. Opsummering**

Evalueringen viser, ligesom tidligere undersøgelser, at den mest effektive måde at sikre størst mulig tilslutning til forebyggende hjemmebesøg er at sende en invitation til den ældre borger med konkret dato for besøg (et såkaldt datobrev). Datobreve anvendes i mange kommuner særligt for at invitere de ældste borgere samt sårbare grupper, som er målgrupper, kommunerne gerne vil prioritere, får

et besøg. Derved varetager mange kommuner en selektion af borgerne og en prioritering af ressourcerne, når de vælger, hvordan borgerne skal inviteres. Som udgangspunkt udvælger de fleste kommuner hvilke borgere, der vurderes sårbare, ud fra alder og fx ægteskabs-/samleverstatus. Der er dog positive erfaringer fra ni kommuner med at opspore sårbare borgere på baggrund af borgerens selvrapporterede data.





# 7

**I praksis:  
Mødeform og indhold**

# 7. I praksis: Mødeform og indhold

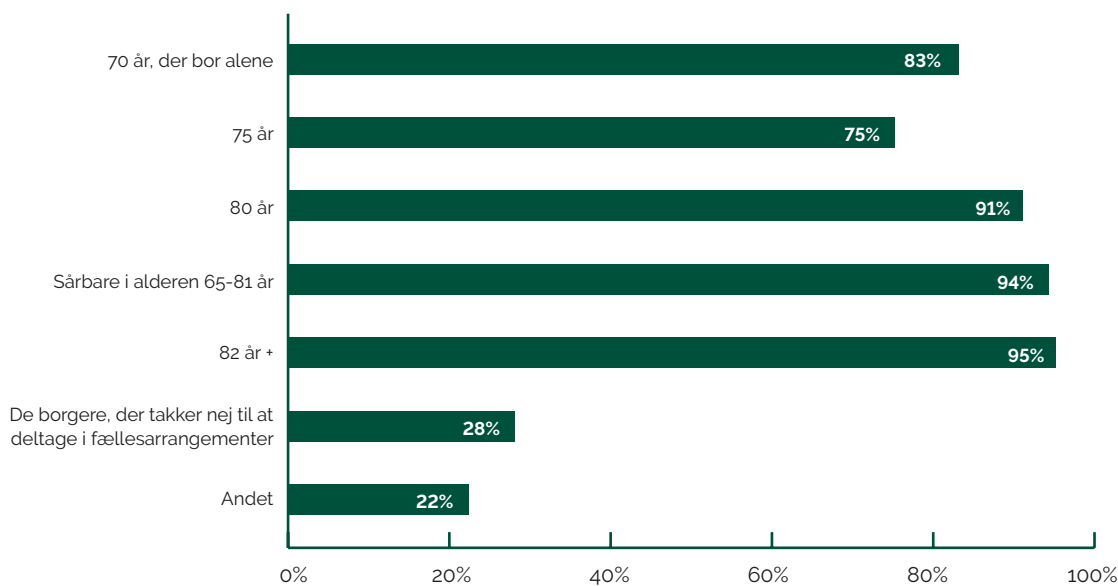
Dette kapitel ser nærmere på de to mødeformer, som primært tilbydes til målgruppen for forebyggende hjemmebesøg: Det individuelle besøg i eget hjem og deltagelse i kollektive arrangementer. Mødeformerne uddybes både hvad angår struktur og deltagelse samt indholdet i form af de temaer, som typisk berøres.

I kapitlet inddrages data fra både spørgeskemaundersøgelsen samt interviews med ledere og forebyggelseskonsulenter.

## 7.1. Anvendelsen af individuelle besøg og kollektive arrangementer

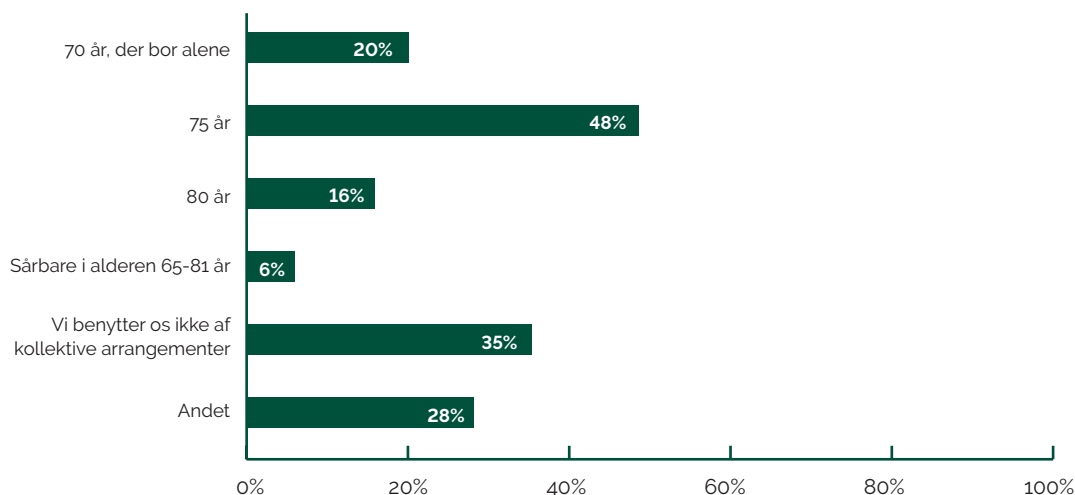
I spørgeskemaundersøgelsen er kommunerne blevet spurgt ind til, hvilken målgruppe der tilbydes henholdsvis individuelle besøg og kollektive arrangementer. 35% af kommunerne angiver, at de ikke afholder kollektive arrangementer, hvorimod alle kommuner angiver, at de tilbyder individuelle besøg til forskellige målgrupper (se appendiks 1 under kollektive og individuelle besøg). De individuelle besøg er altså den hyppigst forekomne udgave af forebyggende hjemmebesøg. Nedenstående figur viser, at det individuelle besøg i varierende grad tilbydes størstedelen af målgrupperne i de fleste af de adspurgte kommuner.

**Figur 11:** Hvilke målgrupper tilbyder I individuelle besøg? Sæt gerne flere kryds.



**Kilde:** Spørgeskema 2022, appendiks 1  
N=88

**Figur 12:** Hvilke målgrupper inviterer I til kollektive arrangementer? Sæt gerne flere kryds.



**Kilde:** Spørgeskema 2022, appendiks 1  
N=88

Langt de fleste kommuner tilbyder et individuelt besøg til borgere over 82 år (95%), sårbare grupper i alderen 65-81 år (94%) og borgere på 80 år (91%). Størstedelen af kommuner tilbyder også det individuelle besøg til 70-årige, der bor alene (83%). For 28% af kommuner tilbydes borgere, som har takket nej til at deltage i et kollektivt arrangement, et individuelt besøg.

Den målgruppe, som færrest kommuner angiver at tilbyde et individuelt besøg er borgere på 75 år (75%). Som det fremgår af figur 12, er det til gengæld den målgruppe, som flest kommuner angiver at tilbyde deltagelse i et kollektivt arrangement (48%) (se kap. 5 for et overblik over deltagelsen blandt målgruppen).

Derudover er det blot en femtedel eller færre kommuner, som inviterer de resterende målgrupper til kollektive arrangementer. 20% af kommunerne angiver at invitere 70-årige, der bor alene, til kollektive arrangementer, 16% inviterer borgere på 80 år og kun 6% anvender kollektive arrangementer til gruppen af sårbare borgere i alderen 65-81 år.

Ved interviews med ledere og forebyggelseskonsulenter beskrives mange af de kollektive arrangementer som brede fødselsdagsarrangementer eller "seniordage". Typisk for denne type arrangement

er, at det afholdes en til to gange om året med deltagelse af op til 150 eller flere borgere. Nogle kommuner beskriver desuden, at de ved de kollektive arrangementer inviterer en specifik målgruppe fx mænd i risiko for ensomhed, enker/enkemænd eller de borgere, som har takket nej til individuelt besøg. For mindre målgrupper kan de kollektive arrangementer tage form af forløb af et antal gange for en mindre skare af deltagere. Det gælder eksempelvis forløb, der arrangeres i forbindelse med ensomhedsinitiativer eller for enker og enkemænd. Dette kan forklare, at der i spørgeskemaet er en stor variation i forhold til antal årlige arrangementer og antal deltagere (se figurerne 18-21 i appendiks 1).

Overordnet set er det dog hovedsageligt målgruppen af 75-årige, der inviteres til kollektive arrangementer i de kommuner, som anvender denne mødeform. De individuelle besøg dækker fortrinsvis de resterende målgrupper og er i det hele taget mest udbredt. Dette kan både ses af spørgeskemaundersøgelsen, men det bliver også tydeligt i interviews med medarbejdere og ledere, hvor de fleste forebyggelseskonsulenter betragter det individuelle besøg som "kerneydelsen", og både ledere og forebyggelseskonsulenter italesætter de kollektive arrangementer som "et supplement" til de individuelle besøg.

## 7.2. Individuelle besøg

### 7.2.1. Fordele og ulemper ved individuelle besøg

For størstedelen af de adspurgte kommuner i spørgeskemaundersøgelsen betragtes det som en fordel, at det individuelle besøg giver mulighed for at gennemføre en fortrolig samtale med udgangspunkt i borgeren (97%) og at rådgivning, vejledning og det generelle indhold af besøget kan skræddersyes den enkelte borger (92%) (se figur 7 i appendiks 1). Når adspurgt om forhold, der ligger i planlægningen op til besøget, fx om det anses som en fordel, at det individuelle besøg kan tilrettelægges fleksibelt på et tidspunkt, der passer borgeren, og at antallet af besøg kan variere efter behov, er det blot hhv. 19% og 15%, der angiver dette som en fordel. Det tyder altså på, at det især er betydningsfuldt, at indholdet i det individuelle besøg kan skræddersyes den enkelte under selve besøget fremfor, at fordelene ligger i, at planlægningen af besøget kan gøres individuel.

Dette går igen i interviews med ledere og forebyggelseskonsulenter. Især forebyggelseskonsulenter synes at fremstille det individuelle besøg som symbolet på, hvad mange af dem betragter som forebyggende hjemmebesøgs centrale formål: At tage udgangspunkt i den enkelte. Desuden angiver en stor del af kommunerne (72%) i spørgeskemaundersøgelsen det som en fordel, at de individuelle besøg giver mulighed for at vurdere borgerens funktionsevne (hvordan borgeren kommer rundt, rejser og sætter sig mv.) (se figur 7 i appendiks 1).

Sammenlignet med de kollektive arrangementer oplever forebyggelseskonsulenter også at kunne skræddersy vejledningen bedre til den enkelte ved de individuelle besøg. Dette giver et større fagligt råderum for målrettet vejledning og forebyggelse – også om emner, som kan være svære at tale om. En forebyggelseskonsulent beskriver denne fordel således: *"På de personlige besøg kan man lettere skubbe til folk og give personlig vejledning. Fx turde en ældre mand ikke række hånden op til infomøde og fortælle, at han ikke kunne holde på vandet. Det kunne han bedre snakke med mig om til et individuelt besøg, som han efterfølgende har fået tilbudt."* (Interview med forebyggelseskonsulent).

Udfordringer ved det individuelle besøg er ikke helt så tydelige i evalueringens datakilder. Mange forebyggelseskonsulenter taler dog om, at man bør være opmærksom på at udvise respekt for borgerens privatliv, når man besøger borgere i eget hjem. En leder siger fx *"Det er et tilbud og det er ikke noget, vi kan presse ned over folk. Mange oplever en frygt ved, at kommunen kommer og kigger og ser negativt på det, selvom intentionen er god."* (Interview med leder). I "Det Ethiske Råds udtalelse om tidlig opsporing af sygdom" pointeres netop denne opmærksomhed på indgriben i den enkeltes privathedszone, når man tilrettelægger forebyggende indsatser.<sup>55</sup>

Som det beskrives i afsnittet om kollektive arrangementer, angiver en stor del af kommuner i spørgeskemaundersøgelsen, at en fordel ved de kollektive arrangementer er, at de giver mulighed for at skabe kontakt til borgere, som takker nej til et individuelt besøg (se figur 17 i appendiks 1). Det tyder altså på, at kommunerne også oplever, at nogle borgere hellere vil mødes udenfor eget hjem. En enkelt leder italesætter, at nogle borgere med ikke-vestlig baggrund er tilbageholdende med at invitere forebyggelseskonsulenter med dansk baggrund ind i deres hjem. Her har de arbejdet med alternative mødeformer, hvor forebyggelseskonsulenten møder målgruppen i lokalområdet.

Den generelle oplevelse blandt medarbejdere og ledere er dog, at det individuelle besøg bidrager til at skabe trygge og fortrolige rammer med samtalen som udgangspunkt. Dette muliggør en forebyggende indsats med borgeren i fokus samt tid og mulighed for også at snakke om forhold, som kan være svære.

### 7.2.2. Struktur og indhold i individuelle besøg

I spørgeskemaundersøgelsen angiver lidt over halvdelen af respondentkommunerne, at der i de individuelle besøg tages udgangspunkt i en semistruktureret spørgeguide (57%) og/eller at de lader borgeren styre samtalen med det, de har behov for (56%) (se figur 9 i appendiks 1). 11% strukturerer samtalen på baggrund af et skema, der er tilsendt borgeren på forhånd og 19% tager udgangspunkt i en samtalemodel. I interviews beskriver forebyggel-

<sup>55</sup> Det Ethiske Råd, 2019

seskonsulenter, at samtalemødelierne og spørgeguides nogle gange tages frem under besøget, og andre gange bruges som et fagligt udgangspunkt for samtalen, uden at den nødvendigvis er fremme hos borgeren.

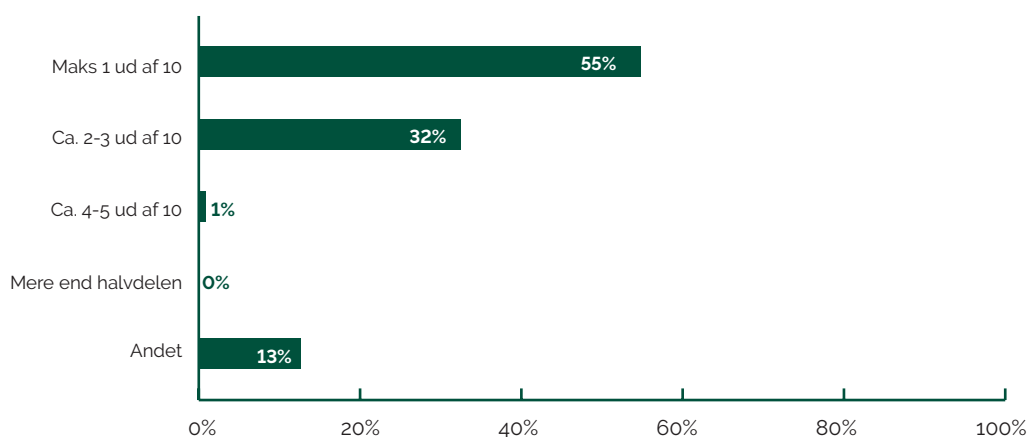
I forhold til brugen af redskaber eller tests svarer lidt over halvdelen af kommunerne (54%), at de sjældent eller aldrig benytter sig af tests eller redskaber, mens lidt under halvdelen (42%) angiver at bruge dem en gang i mellem eller ofte. Det er et fåtal af kommuner, der altid bruger test eller redskaber under besøget (3%) (se figur 10 i appendiks 1). Der anvendes mange forskellige typer af test under forebyggende hjemmebesøg. De test, som hyppigst angives at blive benyttet under besøgene er: 1) fysiske test (balance, rejse/sætte sig, syn, hørelse mm.), 2) kognitive test (demens), 3) trivselstest (fx ensomhed, depression), 4) fysiske målinger (blodtryk, puls, BMI mm). samt test af vaner (fx ernæring, alkohol).

I 2019 fandt VIVE også en variation i brugen af test i forebyggende hjemmebesøg, hvor et fællestræk på tværs af kommuner var, at anvendelsen af konkrete

redskaber er baseret på en faglig vurdering i relation til samtalen med borgeren. Dette går igen i interviews med forebyggelseskonsulenter og ledere i denne evaluering, hvor forebyggelseskonsulenter primært omtaler brugen af test, hvis det vurderes fagligt relevant i situationen. Nogle forebyggelseskonsulenter og ledere anser dog brugen af test som i vejen for selve samtalen, som er den de anser som den centrale metode i besøget.

Det fremgår desuden af interviewerne, at bestemte redskaber eller tests kan anvendes i opfølgende besøg, hvis forebyggelseskonsulenterne vurderer det. Servicelovens §79 a giver nemlig mulighed for at følge op med et genbesøg, hvor nogle forebyggelseskonsulenter vælger at anvende relevante tests. Genbesøg er dog ikke en mulighed, som bruges hyppigt. 55% af respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen angiver at maks. én ud af 10 borgere har fået et genbesøg det seneste kvartal, 32% har tilbudt et genbesøg til to-tre borgere ud af 10 og kun 1% har inviteret fire-fem borgere til genbesøg det seneste kvartal (se figur 13).

**Figur 13:** Hvis du tænker tilbage på de sidste tre måneder, hvor mange borgere har du tilbudt ekstra hjemmebesøg? (Ud fra dine egne erfaringer)



**Kilde:** Spørgeskema 2022, appendiks 1  
N=88

## 7.3. Kollektive arrangementer

### 7.3.1. Fordele og ulemper ved kollektive arrangementer

Når adspurgt om fordelene ved kollektive arrangementer, angiver langt de fleste kommuner i spørgeskemaundersøgelsen, at det er nemmere for borgere, der har deltaget i et kollektivt arrangement, at henvende sig til kommunen, hvis der opstår brug for dette (90%) (se figur 17 i appendiks 1). En stor del (76%) af respondentkommuner mener, at det er en fordel, at de kollektive arrangementer giver mulighed for at skabe kontakt til borgere, som takker nej til et individuelt besøg. En tredjedel angiver, at kollektive arrangementer kan være et redskab til at opspore potentielt sårbare borgere (33%), og 16% af kommunerne giver udtryk for, at de kollektive arrangementer udelukkende er et spørgsmål om prioritering og ressourcer. Nogle kommuner har angivet andre fordele; Dette har typisk været mulighed for at facilitere fællesskaber for borgerne, at kollektive arrangementer frigiver ressourcer til de sårbare borgere som kræver individuelle hjemmebesøg, og at kollektive arrangementer skal ses som et supplement til de individuelle besøg i hjemmet. At de kollektive arrangementer betragtes om et supplement til det individuelle besøg fremgår som nævnt også af interviews med ledere og forebyggelseskonsulenter.

I interviewundersøgelsen lægger ledere og forebyggelseskonsulenter vægt på, at de kollektive arrangementer også er en mulighed for at give en introduktion til forebyggende hjemmebesøg som tilbud samt til kommunens tilbud generelt. Der er derudover et fokus på den sociale del af de kollektive arrangementer, hvor borgerne får mulighed for at mødes og snakke med hinanden. På den måde tyder det på, at de kollektive arrangementer i større omfang anvendes som en primær forebyggelsesindsats (jf. formål med de forebyggende hjemmebesøg beskrevet i kap. 3), hvor borgerne selv skal

være mere opsøgende i mødet end de nødvendigvis behøver ved det individuelle besøg.

Desuden har ledere og forebyggelseskonsulenter en generel oplevelse af, at det primært er de ressourcestærke borgere, der møder op til de kollektive arrangementer. Dette anses af nogle som en mulighed for at differentiere målgruppen, så der i de individuelle besøg kan være et større fokus på den sårbare gruppe, måske især med henblik på, at gruppen af ældre borgere generelt er mere friske end tidligere. For andre giver det til gengæld et indtryk af, at de kollektive arrangementer ikke har særlig stor betydning, da de borgere, der har ressourcerne til at møde op, ikke nødvendigvis har brug for støtte i første omgang. VIVE fandt også, at det generelt er de mere ressourcestærke borgere, der deltager i de kollektive arrangementer<sup>57</sup>.

Flere interviewede forebyggelseskonsulenter nævner, at man forsøger at afholde de kollektive arrangementer på steder, som ikke nødvendigvis associeres med kommunen. De oplever, at dette kan motivere til deltagelse blandt en gruppe af borgere, der af den ene eller anden grund ikke er interesseret i, at "kommunen" skal blive en del af deres liv.

Til slut er der også ressourcemæssige betragtninger, som bliver tydelige i interviews med ledere og forebyggelseskonsulenter. En del mener at kunne spare ressourcer ved at afholde kollektive arrangementer fremfor individuelle besøg, hvorimod der også er nogle, der har vurderet, at afholdelse af kollektive arrangementer er så ressourceintensivt rent administrativt, at det ikke kan betale sig. VIVEs rapport finder primært eksempler på det sidste perspektiv, hvor flere kommuner finder det ressourcekrævende at planlægge kollektive arrangementer og dertil, at det kan være svært at opnå det ønskede fremmøde<sup>58</sup>.

<sup>57</sup> VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2019

<sup>58</sup> VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2019

Det fremgår desuden af interviewene, at de kollektive arrangementer, som afholdes i regi af forebyggende hjemmebesøg, overlapper i målgruppen for andre kollektive arrangementer kommunens forvaltning inviterer til (fx seniormesser, fødselsdagsarrangementer for seniorer mv) eller arrangementer i civilsamfundet, som kan have et trivselsformål (fx fællesspisninger for at forebygge ensomhed). Således ender de samme borgere med at have mange forskellige arrangementer at kunne gå til, som konkurrerer om deres deltagelse.

### 7.3.2. Struktur og indhold i kollektive arrangementer

Ligesom for de individuelle besøg er der ikke nogen fast defineret ramme i lovgivningen for, hvordan de kollektive arrangementer skal afholdes. Spørgeskemaundersøgelsen giver en indikation af, hvordan de kollektive arrangementer afholdes, i de kommuner, som angiver at afholde kollektive arrangementer i tillæg til det individuelle besøg. Der er en forholdsvis stor variation blandt kommunerne, når det kommer til, hvor ofte der afholdes kollektive arrangementer (se figur 22 i appendiks 1). I spørgeskemaundersøgelsen svarer 12% af respondentkommuner, at der bliver afholdt 1-2 arrangementer pr. kvartal, 33% holder 1-2 arrangementer pr. år, mens 55% svarer "Andet" med et fritekstsvar, hvor enkelte kommuner bl.a. skriver, at de afholder over 15 arrangementer om året (hvilket typisk er i form af gruppeforløb for eksempelvis borgere, der har mistet ægtefælle).

Der er derudover en stor variation i, hvor mange der i gennemsnit deltager i de kollektive arrangementer i de respektive kommuner. Deltagerantal varierer fra 10-20 til mere end 150 (se figur 18 i appendiks 1). I forhold til andelen af inviterede, der deltager i de kollektive arrangementer, er der sjældent over 50% af de inviterede, som møder op (se figur 19 i appendiks 1).

Når kommunerne i spørgeskemaundersøgelsen er blevet adspurgt, hvordan et typisk kollektivt arrangement foregår, svarer 61% at der er oplæg ved forebyggelseskonsulenten. 45% svarer, at det er en kombination af faglige oplæg og messestande, og 41% angiver, at det er en kombination af faglige oplæg og oplæg fra civilsamfundet. 18% angiver, at der er mulighed for fællesspisning og 6%, at de kollektive arrangementer foregår som en messe med forskellige tilbud (se figur 26 i appendiks 1).

### 7.4. Temaer og mødeform

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at der er et stort fokus på den mentale og sociale sundhed i forebyggende hjemmebesøg. Når respondentkommuner vurderer, hvilke temaer, der fylder mest for borgerne i de individuelle besøg, angiver størstedelen hhv. mental sundhed og trivsel i hverdagen (76%), fysisk formåen, herunder faldrisiko (64%), ensomhed og betydningsfulde relationer (58%) og tanker om fremtiden (50%) (se figur 11 i appendiks 1). Mellem 25 og 50% af respondenter angiver desuden, at ofte forekommende sygdomme og tilstande hos ældre (sansenab, tandpleje, medicin mv.) (45%), sorgreaktioner (39%) og meningsfulde aktiviteter (39%) fylder meget, hos de borgere, som de besøger. Når kommunerne skal svare på, hvilke temaer de prioriterer højest, da de planlagte kollektive arrangementer i 2022, svarer 59%, at de især prioriterede temaet mental sundhed og trivsel i hverdagen. To andre temaer, som relaterer sig til mental og social sundhed bliver også prioriteret i en stor andel af kommunerne, hhv. meningsfulde aktiviteter (45%) og ensomhed/betydningsfulde relationer (39%) (se figur 27 i appendiks 1).

Der er altså både i de individuelle besøg og ved kollektive arrangementer et stort fokus på mental sundhed og trivsel samt temaer, der relaterer sig til den sociale trivsel.

I interviews beskrives fald og faldrisiko også som et tema, som forebyggelseskonsulenterne har fokus på i deres besøg. I spørgeskemaundersøgelsen gengives til dels et fokus på fald, hvor to tredjedele af kommuner angiver, at det fylder hos borgerne, de besøger (se ovenfor) og for de kollektive arrangementer angiver 22% af kommuner, at fysisk formåen, herunder faldrisiko, er et af de temaer, der prioriteres (se figur 27 i appendiks 1).

For de faktorer, der relaterer sig mere til den fysiske sundhed (med udgangspunkt i KRAM) fremhæves alkohol og ernæring i interviews, som temaer, der er fokus på. I spørgeskemaundersøgelsen er de fysiske sundhedsfaktorer dog ikke så udtalte blandt respondentkommuner. For de individuelle besøg angiver 15% af respondentkommuner, at mad og måltider, over- og undervægt, fylder mest hos borgerne (se figur 11 i appendiks 1). For motion/fysisk aktivitet er det 14% og for både alkohol og rygning er det 0%. Det er her værd at bemærke, at dette er med udgangspunkt i, hvad der fylder for borgerne, og forebyggelseskonsulenterne derfor godt kan have et større fokus på fx alkohol og rygning, fx i form af en spørgeguide, observationer i hjemmet e.l. For de kollektive arrangementer er der en lidt større andel af respondentkommuner, der angiver at have fokus på faktorer relateret til den fysiske sundhed; 24% angiver at prioritere mad og måltider, over- og undervægt, 37% angiver at prioritere motion/fysisk aktivitet, 8% angiver at prioritere alkohol og 2% angiver at prioritere rygning.

## 7.5. Opsummering

Det individuelle besøg er den mest benyttede mødeform i forebyggende hjemmebesøg. De fleste anser det individuelle besøg som den bedste mulighed for at tage udgangspunkt i den enkelte borger og komme i dialog med borgeren om liv og helbred, og dermed opnå det største udbytte ift. at forebygge mistrivsel og tab af funktionsevne. I de kommuner, som afholder kollektive arrangementer, er det hovedsageligt målgruppen af 75-årige, der inviteres til dette. Kommuner oplever blandt andet, at kollektive arrangementer giver mulighed for at skabe kontakt til borgere, som takker nej til et individuelt besøg.







# 8

## Kompetencer og faglighed

## 8. Kompetencer og faglighed

Dette kapitel ser nærmere på forebyggelseskonsulenternes kompetencer og faglighed i varetagelsen af forebyggende hjemmebesøg.

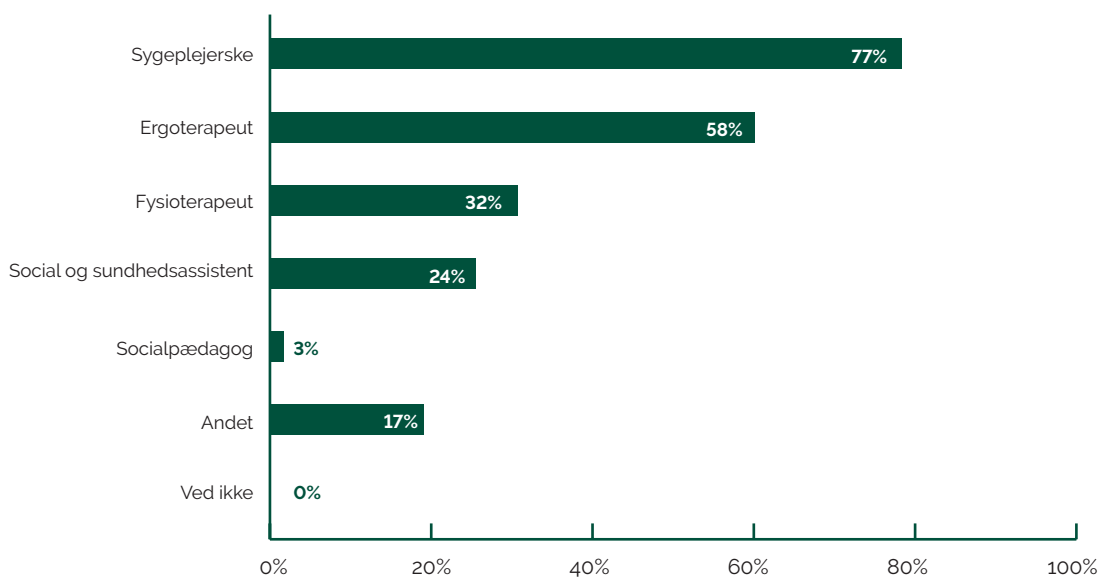
Kapitlet tager udgangspunkt i interviews med ledere og forebyggelseskonsulenter samt kommunale kvalitetsstandarder. Ud fra dette beskrives forebyggelseskonsulenters og lederes egen vurdering af, hvilken faglighed der er nødvendigt for at kunne bestride jobbet som forebyggelseskonsulent. Kapitlet belyser ligeledes forebyggelseskonsulenters mulighed for kompetenceudvikling.

### 8.1. Forebyggelseskonsulenternes faglige baggrund og kompetencer

Det står ifølge lovgivningen kommunerne frit for at vælge, hvilke faggrupper der kan bestride opgaverne i forbindelse med forebyggende hjemmebesøg. Forebyggende hjemmebesøg kan således varetages af medarbejdere med flere forskellige uddannelsesbaggrunde.

Det fremgår af gennemgangen af kommunernes kvalitetsstandarder, at der fortrinsvist er en præference for, at forebyggelseskonsulenter har en sundhedsfaglig uddannelse, herunder sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter og SOSU-assisterter. I enkelte kvalitetsstandarder er det angivet, at medarbejdere med social- eller pædagogisk baggrund kan udføre forebyggende hjemmebesøg. I spørgeskemaundersøgelsen angiver 77% af respondentkommunerne, at de forebyggelseskonsulenter, der er i kommunen, har en faglig baggrund som sygeplejerske, efterfulgt af 58% med en faglig baggrund som ergoterapeuter. En fjerdedel af kommuner angiver, at social- og sundhedsassistenter varetager opgaven (24%). Derudover angiver 17%, at de har forebyggelseskonsulenter med en anden baggrund, som dækker over diætist, plejehjemsassistent, cand.scient. i idræt og folkesundhed, kontorassistent, bachelor i human ernæring, m.m.

**Figur 14:** Hvilken faglig baggrund har forebyggelseskonsulenterne i jeres kommune? Angiv antallet af medarbejdere ud for hver faglig baggrund



**Kilde:** Spørgeskema 2022, appendiks 1  
N=88

**Anm:** Den samlede andel besvarelser er over 100%, da det har været muligt at angive flere svar.

Hovedparten af de interviewede forebyggelseskonsulenter og ledere nævner, at de anser det som vigtigt, at forebyggelseskonsulenter har en sundhedsfaglig baggrund. En forebyggelseskonsulent siger fx: *"Det er det sundhedsfaglige der fylder."* (Interview med forebyggelseskonsulent).

De interviewede forebyggelseskonsulenter har primært en baggrund som sygeplejerske, fysioterapeut eller ergoterapeut. I interviews angiver forebyggelseskonsulenterne, at det er deres opgave at kunne identificere behov og rammesætte formålet med besøgene hos den enkelte, især fordi det som udgangspunkt er borgeren, der sætter dagsordenen for samtalen. Forebyggelseskonsulenten bør både have et blik for den aktuelle livssituation, men også i forhold til at iværksætte den fornødne hjælp på det rette tidspunkt i fremtiden for borgeren.

Det kræver ifølge de interviewede forebyggelseskonsulenter et vidensniveau, hvor man er i stand til at reflektere, tænke kritisk og anvende sin viden. Flere fremhæver desuden også færdigheder, hvor man er i stand til at tænke systematisk og metodisk, som vigtigt. Her henviser de bl.a. til deres faglighed gennem dokumentationsredskaber og deres dokumentationspligt som sundhedsprofessionelle. Nogle sygeplejersker nævner desuden de 12 sygeplejefaglige problemområder og sygeplejeprocesen som en systematisk rettesnor og et metodisk værktøj til det forebyggende- og sundhedsfremmende arbejde.

Fælles for de forskellige faggrupper er, at de ser deres forskellige faglige indgang til forebyggende hjemmebesøg som en måde at supplere og inspi-

rere hinanden på. Dette giver kvalitet på tværs af den samlede gruppe af forebyggelseskonsulenter: *"De forebyggende medarbejdere er meget forskellige, og derfor bliver deres besøg også meget forskellige. Når de så taler sammen, kan de give hinanden rigtig meget."* (Interview med forebyggelseskonsulent).

I interviewene med lederne går det igen, at de ligesom forebyggelseskonsulenterne anser det som en ressource for forebyggende hjemmebesøg, hvis de har en medarbejdergruppe med forskellige fagligheder. Størstedelen af lederne beskriver, hvordan de *"har gjort noget ud af at ansætte forskellige sundhedsfaglige profiler..."* (Interview med leder). Styrken ved at have bredde i de sundhedsfaglige profiler er, at de kan have faglig sparring med hinanden i det daglige arbejde og belyse, hvordan de beskuer tingene forskelligt. Derudover lægger både ledere og forebyggelseskonsulenter vægt på en bred erfaring. At have forskellige kompetencer mener de er essentielt for at kunne varetage opgaverne i forbindelse med forebyggende hjemmebesøg. Foruden bred praksiserfaring fortæller lederne, at forebyggelseskonsulenterne bør være i besiddelse af kliniske-, pædagogiske-, organisatoriske-, sociale- og personlige kompetencer.

Derudover bliver relationelle kompetencer fremhævet af både ledere og forebyggelseskonsulenter. De relationelle kompetencer har stor betydning for at kunne give borgerne en tryghed under besøget, og det resulterer ofte i, at nogle borgere åbner op og deler betydningsfulde episoder fra deres liv, som kan være vigtige for at kunne give råd og vejledning (se også afsnit 3.2.1).

## 8.2. Muligheder for kompetenceudvikling

Der er i interviewene bred enighed om, at kompetenceudvikling er vigtigt, men også at det i høj grad varierer, om der er afsat ressourcer hertil. Kompetenceudviklingen er afhængig af den enkelte leders økonomiske råderum samt prioriteringen af de økonomiske ressourcer omkring den faglige udvikling. Enkelte ledere beskriver forskellige måder at understøtte kompetenceudviklingen, når ressourcerne er begrænset. Eksempelvis ved at være i praktik hos samarbejdspartnere, invitere en præst til oplæg om sorgbesøg, faglig vidensdeling, når nogle i teamet har været på konference, til kursus e.l. eller ved at bruge kommunens andre afdelinger til at dele viden. Derudover bliver SUFO's årskonference nævnt som et forum, som prioriteres at deltage i.

Flere interviewede nævner efteruddannelse inden for sorg som en af de formelle uddannelser, der bliver prioriteret. Dette vurderes positivt, da de fleste kommuner tilbyder forebyggende hjemmebesøg til borgere, der har mistet ægtefælle/samlever. Nogle kommuner etablerer i den forbindelse sorggrupper i regi af forebyggende hjemmebesøg.

SVarene fra respondentkommuner i spørgeskemaundersøgelsen viser, at der er gode muligheder for faglig udvikling gennem jobbet. Mulighederne spænder vidt fra at 94% af respondentkommunerne oplyser, at de kan deltage i faglige konferencer, 73% i endagskurser, 58% i struktureret faglig sparring og e-læring, og 45% i længerevarende kurser (se figur 49 i appendiks 1).

En større del af respondentkommunerne, 72%, angiver, at der ikke er obligatorisk efteruddannelse i forbindelse med ansættelsen i deres kommune, mens 9% har obligatorisk efteruddannelse og kurser for at styrke opgavevaretagelsen (se figur 48 i appendiks 1)

Respondentkommunerne finder endvidere inspiration til forebyggende hjemmebesøg gennem erfaringsnetværk, SUFO, Sundhedsstyrelsen og andre foreninger, f.eks. patientforeninger, KL, mm. (se afsnit 5.1 i appendiks 1).

## 8.3. Opsummering

Det er forskelligt, hvordan forebyggelseskonsulenterne er organisatorisk forankret i kommunerne, og hvor mange kolleger, der er til denne opgave. Derfor er der heller ikke faste faglige fællesskaber, hvilket varierer fra kommune til kommune. De medarbejdere, der varetager forebyggende hjemmebesøg, består af flere forskellige faggrupper, ofte sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter og SOSU-assistenten. Viden om sundhed og forebyggelse samt relationelle kompetencer vurderes at have en stor betydning for at varetage forebyggende hjemmebesøg. Ledere og forebyggelseskonsulenter oplever, at der er sparsomme ressourcer til formel kompetenceudvikling. Derfor prioriteres andre former for kompetenceudvikling, såsom praktik og deltagelse i konferencer.







# **Referenceliste og bilagsfortegnelse**

# Referenceliste

1. Afbureaukratisering af området for ældre, handicappede m.fl. (2010 L 177). Forslag til lov om ændring af lov om social service, lov om retssikkerhed og administration samt om ophævelse af lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre m.v. Socialministeriet. <https://www.ft.dk/samling/20091/lovforslag/L177/index.htm>
2. Ankestyrelsen (2008). Håndbog om forebyggende hjemmebesøg til ældre. København: Ankestyrelsen
3. Ankestyrelsen (2010). Ankestyrelsens undersøgelse af Forebyggende hjemmebesøg til ældre. København: Ankestyrelsen
4. Bekendtgørelse om tilrettelæggelse af samt kvalitetsstandarder for de forebyggende hjemmebesøg efter servicelovens §79 a (2019 BEK nr. 716 af 07/07/2019). Indenrigs- og Sundhedsministeriet. <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/716>
5. Det Ethiske Råd (2019). Det Ethiske Råds udtalelse om Tidlig opsporing af sygdom
6. Hjemmehjælpskommissionen (2013). Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats. København: Social- og Integrationsministeriet
7. Kommunernes Landsforening (2012). Det nære sundhedsvæsen. Lov om velfærdsaftaler på ældreområdet (2021 LOV nr. 879 af 12/05/2021). Social-, Bolig- og Ældreministeriet. <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2021/879>
8. Marselisborg – Center for Udvikling, Kompetence og Viden (2017). Inspirationskatalog. Målretning af de forebyggende hjemmebesøg – Viden, redskaber og erfaringer med udvikling af praksis. Aarhus: Marselisborg
9. Målretning af de forebyggende hjemmebesøg (2015/1 LSF 47). Forslag til Lov om ændring af lov om social service. Sundheds- og Ældreministeriet. <https://www.retsinformation.dk/eli/ft/201512L00047>
10. Målretning af de forebyggende hjemmebesøg (2019 L 148). Forslag til lov om ændring af lov om social service. Sundheds- og Ældreministeriet. <https://www.ft.dk/samling/20181/lovforslag/L148/index.htm>
11. Serviceloven (2022, LBK nr. 170 af 24/01/2022). Bekendtgørelse af lov om social service. Social-, Bolig- og Ældreministeriet
12. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (2016). Forebyggelse på ældreområdet. Evaluering af forebyggelse af fysisk, social og psykisk mistrivsel blandt ældre borgere. København: Sundhedsstyrelsen
13. Skriftlig fremsættelse (23. februar 2005) (2004/2 SF L 34). Socialministeriet. <https://www.retsinformation.dk/eli/ft/20042XX00009>
14. Social-, Bolig- og Ældreministeriet (2023). Redegørelse om ældreområdet. København: Social-, Bolig- og Ældreministeriet
15. Sund By Netværket (2020). Refleksioner i en corona-tid – set i et folkesundhedsfagligt perspektiv fra Sund By Netværket
16. Sundhedsdatastyrelsen (2022). Kommunale sundheds- og ældredata. Dokumentation af kommunale sundheds- og ældredata i Sundhedsdatastyrelsen. København: Sundhedsdatastyrelsen
17. Sundhedsstyrelsen (2022). Danskernes sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2021. København: Sundhedsstyrelsen

18. Sundhedsstyrelsen (2020). Forebyggende hjemmebesøg til ældre. Vejledning. København: Sundhedsstyrelsen
19. Sundhedsstyrelsen (2015). Forebyggelse på ældreområdet – Håndbog til kommunerne. København: Sundhedsstyrelsen
20. Sundhedsstyrelsen (2019). Gode ældreliv med trivsel og sundhed. Fagligt oplæg til handlingsplanen for "Det gode ældreliv". København: Sundhedsstyrelsen
21. Sundhedsstyrelsen (2021). Løftestænger til udvikling af hjemmeplejen. København: Sundhedsstyrelsen, Udarbejdet af PwC for Videnscenter for Værdig Ældrepleje
22. Sundhedsstyrelsen (2017). Opsporing af ældre i særlig risiko for nedsat funktionsevne. En guide til kommuner vedrørende forebyggende hjemmebesøg. København: Sundhedsstyrelsen
23. Sundhedsstyrelsen (2023 a). Resultater fra rapporterne Sygdomsbyrden i Danmark 2022. København: Sundhedsstyrelsen
24. Sundhedsstyrelsen (2023 b). Sygdomsbyrden i Danmark – Risikofaktorer. København: Sundhedsstyrelsen
25. Sundhedsstyrelsen (2005): Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og Folkesundhed. København: Sundhedsstyrelsen
26. Vass, M., Avlund, K. og Hendriksen C. (2005). Ældre & forebyggende hjemmebesøg. København: ÆldreForum
27. Vejledning om hjælp og støtte efter serviceloven (2015 VEJ nr. 9341 af 08/05/2015). Indenrigs- og Sundhedsministeriet. <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2015/9341>
28. VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (2019). Forebyggende hjemmebesøg til ældre – tidlig opsporing. Litteraturgennemgang og ti kommuners erfaringer. København: VIVE
29. VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (2021). Oplevelse af sammenhæng i den kommunale pleje og hjælp. En kvalitativ undersøgelse blandt hjemmeboende ældre. København: Videnscenter for værdig ældrepleje, Sundhedsstyrelsen
30. Vordingborg kommune (2020). Årsrapport 2020. Det forebyggende Team. Vordingborg: Vordingborg kommune
31. WIPP 360 (2023). En digital screenings- og triageringsmodel. Et evidensbaseret værktøj til målretning af de forebyggende hjemmebesøg. Evalueringsrapport
32. World Health Organization (2015). World report on ageing and Health. Geneve: World Health Organization
33. Ældrerådet Esbjerg kommune (2021). Forespørgsler, Forespørgsler 2021, Håndtering af Forebyggende hjemmebesøg i forbindelse med COVID-19 (Online juli 2023) <https://xn--ldrerdet-e0ae.esbjerg.dk/foespoergsler-hoe-ringssvar-og-laeserbrev/foespoergsler>

# Bilagsfortegnelse

## **Bilag 1**

Appendiks 1: Spørgeskemaundersøgelse

## **Bilag 2**

Appendiks 2: Registeranalyse



**Sundhed for alle ♥ + ●**