S T A N D A R D F O R S I D E

T I L

E K S A M E N S O P G A V E R

Udfyldes af den studerende. Venligst med blokbogstaver.

Fag: (sæt kryds)	Forhistorisk Arkæologi	Klassisk Arkæologi	Etnologi X

Eksamenskode:	47440326-01 A
Studieelement:	Etnologisk Projekt
Navn:	Liv Cæcilie Grønnow
Cpr. nr.:	609862106
Eksamenstermin og år:	Sommer, 2012
Studieordning:	KA, 2008
Eksamensform:	Individuel hjemmeopgave A
Opgavens hoved- og undertitel:	Forebyggelse for ældre – politik og professionel omsorg 1980-1995
Opgavens samlede antal enheder:	48000
Gruppedeltagere:	
Bilag:	Se indholdsfortegnelse, 1-7
Andet:	
Vejleder:	Lene Otto

Udfyldes af eksamensleder/eksaminator:

Censor:	Intern bestået/ikke bestået:
Ekstern karakter:	Kursusdeltagelse/praktik:
Intern karakter:	Særlige bemærkninger:

Husk at vedlægge petitum underskrevet af eksaminator.

Forebyggelse for ældre
– politik og professionel omsorg
1980-1995

Af Liv Grønnow
Etnologisk Projekt, KA, 2012

Indhold

Indledning s.4
Kilder og teori s.5
Offentlig forebyggelse s.6
Analyse
Del 1, En ny ældrepolitik? s.8
Del 2, Professionel omsorg i opbrud s.12
Del 3, Forsøg før loven om forebyggende hjemmebesøg s.15
Del 4, De tidligste besøg s.20

Konklusioner
Litteraturliste
Kildeliste

Oversigt over bilag

1. Deltagerobservation ved lanceringen af rapporten ”Forebyggelse -ifølge danskerne
2. Loven om forebyggende hjemmebesøg og lovgivningen i firserne
3. Kurve fra *Sygeplejersken* nr. 35, 1990 om væksten i hjemmesygeplejen
4. Interview med Carsten Hendriksen
5. Analyse af tidlige journaler fra Frederiksberg Kommune
6. Interview med Kirsten Voss Andersen og Ingeborg Byskov
7. Underskrevet projektbeskrivelse

Indledning

I april offentliggjorde Mandag Morgen i samarbejde med Trygfonden deres undersøgelse af danskernes holdning til forebyggelse og sundhedsfremme[1]. Her var konklusionen at befolkningen mener, at forebyggelse både er den enkeltes ansvar og det offentliges[2]. I takt med, at synet på ældre ændrer sig, og at EU har fokus på "aktiv aldring" i 2012, kobles forebyggelse i høj grad til denne del af befolkningen. Ikke bare Danmark, men Europa, ældes, og "ældre" udgør en gruppe der kræver opmærksomhed, opgør med fordomme og innovative løsninger for at skabe balance i samfundet. Aktiv aldring henviser i den sammenhæng til, at den ældre selv har en del af ansvaret for at leve sundere, men også, at det er en samfundsmæssig udfordring.

Det forebyggende hjemmebesøg udgør en lille del af det forebyggende arbejde med ældre. Det er en ordning, der har været lovpligtig for kommunerne at tilbyde borgere over 75 år siden 1995 (L1117). Hjemmebesøgene er frivillige og indebærer, at den ældre får besøg fra det offentlige. Selve mødet mellem det offentlige og borgeren er blevet analyseret af Lise Lundings i en delrapport fra Center For Sund Aldring (CESA) fra 2011, hvor også besøget i et spændingsfelt mellem den naturfaglige og den humanistiske forståelse belyses[3].

I den forbindelse vil jeg *se nærmere på perioden op til loven i 1995 for at finde ud af, hvordan man argumenterede for forebyggende hjemmebesøg til ældre og forebyggelse generelt.* Herunder vil jeg undersøge samspillet mellem kommune, sygeplejersker og politikere. Mødet mellem offentlig og privat i det forebyggende hjemmebesøg, hvor den professionaliserede omsorg både er en form for kontrol med borgeren og en opmuntrende opmærksomhed, er desuden interessant at undersøge i et kulturhistorisk perspektiv.

1 https://www.mm.dk/forebyggelse-og-sundhedsfremme-ifoelge-danskerne
2 Deltagerobservation, "Forebyggelse ifølge danskerne, lancering af rapport, DGI byen, 19. april, 2012 Bilag 1
3 Forebyggende hjemmebesøg hos borgere på 75 år og ældre i Frederiksberg kommune, CESA prog.5, 2011

Kilder og teori

Sigtet med opgaven er:

- At tilføje et kulturhistorisk blik på forebyggelse, som langt hen ad vejen er noget der tages for givet i dag og er en meget udpræget del af sundhedsvæsenet, hverdagen og den politiske debat.
- At belyse, hvorfor forebyggelse i høj grad er naturligt i dag og hvordan man begyndte at diskutere de ældres forhold og helbred som offentligt ansvar.

Belysningen af disse aspekter kan give et mere nuanceret billede af, hvorfor diskursen ser ud som den gør og kan kaste nyt lys over nutiden og opfordre til refleksion[4].

Ældrekommissionens rapporter 1980-1982 fungerer som tidligste kilde, samt lovmateriale fra 1995/96 (bilag 2). Derefter ser jeg på den sundhedsfaglige debat gennem tidsskriftet Sygeplejersken (1983, 86 og 1988-1995) og på det praktiske arbejde med de tidligste besøg. Desuden analyserer jeg Rødovreprojektets afsluttende rapporter og videnskabeliggørelse af besøgene samt en håndbog om opsøgende hjemmebesøg. Disse udgør tilsammen nogle af de aktører der skaber diskussioner og diskurser op til loven i 1995. De har hver især forsøgt at påvirke magthaverne og det står klart, at ældreplejen og -politikken ændrer sig meget i årene 1980-1995, hvor den præges af tanker som "længst mulig i eget hjem".

Jeg betragter kilderne som *diskursive begivenheder* der etablerer bestemte måder at tale om ældrepleje og offentlig omsorg på. Ligeledes afspejler kilderne de måder ældreplejen praktiseres på og indlejres institutionelt som en del af diskursen [5]. I den optik er lovgivningsniveauet tæt kædet sammen med den praktiske udførelse og ikke bare en top-down proces. Diskursen skabes både gennem ord og handling og derfor er sygeplejerskernes debat om forebyggelse samt interviews med de involverede aktører relevante for mit fokus.

Jeg opfatter mine kilder ud fra det *funktionelle kildebegreb* – at kilden ikke er noget i sig selv, men skabes på ny i lyset af min problemstilling. og jeg må derfor reflektere over, hvorfor kilderne er interessante for mig netop nu[6]. Jeg vil ikke afdække tiden som den virkelig var, men lægge vægt på, hvordan man har talt om og praktiseret hjemmebesøgene.

Jeg har foretaget interviews med Carsten Hendriksen, overlæge på Bispebjerg og lektor på inst. for folkesundhedsvidenskab, samt to forebyggelseskonsulenter fra Københavns Kommune, Ingeborg Byskov og Kirsten Foss Andersen[7]. Jeg har fokuseret på, hvordan de oplevede opmærksomheden på forebyggende hjemmebesøg, herunder hvordan de argumenterede overfor modstanderne,

4 Nietzsche jf. Vallgårda, 2007: 179
5 Vallgårda, 2007: 116-117
6 Vallgårda, 2007: 184
7 I projektbeskrivelsen skrev jeg, at jeg ville interviewe flere læger og forskere, men det lod sig desværre ikke gøre.

politikerne og kommunerne. Det er et perspektiv med mere fokus på den enkeltes oplevelse og tolkning – set i bakspejlet og dermed præget af den situation de står i nu[8]. Af etiske årsager anonymiserer og udelader jeg personnavne på folk i kommunen og kolleger der diskuteres undervejs, på trods af, at disse har stor betydning for udviklingen.
Under min research til projektet stødte jeg hele tiden på Rødovreprojektet – et interventionsforsøg fra 1980 med forebyggende hjemmebesøg, hvor Carsten Hendriksen var projektleder, rapporterne fra forsøget analyseres derfor også[9].
De ældre optræder i denne sammenhæng kun på den måde, politikere og fagfolk ser dem, da jeg har lagt fokus på den interaktion og de diskurser der etableres her. Brugernes stemme har sandsynligvis ikke været specielt udtalt så tidligt i processen, og fremhæves netop som fraværende i kilderne, men kunne være undersøgt gennem eksempelvis læserbreve og Ældre Sagens historie. Mediernes rolle er ligeledes fravalgt – Jørn Petersen påpeger dog sammenhængen mellem mediebilledet og ældrepolitikken som en vigtig dynamik og en del af diskursen om ældrepleje[10]. Jeg har fravalgt dette perspektiv som fokus for at indkredse dynamikker mellem fagfolk, kommune og politikere.

Offentlig forebyggelse

Offentlig forebyggelse markerer ikke bare ændringer af forholdet mellem borger og stat, den moderne velfærdsstats fødsel, men også en helt ny måde at tænke krop, liv og død, sygdom og sundhed på. Det er en udvikling, der omformer vores kultur og måde at leve på, hvilket gør feltet etnologisk interessant.
Udviklingen indenfor medicin, bakteriologi og hygiejne i 1800-tallet, med større opmærksomhed på sammenhænge mellem sygdom og miljø, var med til at danne et nyt syn på livet og kroppen[11]. Epidemierne der hærgede Europa i midten 1800-tallet bekæmpelsen af disse er grundlæggende for det offentliges interesse i befolkningen[12]. Mange samfundsmæssige initiativer til understøttelse af ældre og syge blev til på lokalt eller privat initiativ i denne tid, og sidenhen blev flere af de forebyggende aktiviteter overtaget af staten[13]. De ældre måtte til dels klarer sig selv – her skulle man være "værdigt trængende", for at få hjælp fra filantroper og håndværkerlaug. Understøttelsen blev givet efter princippet "hjælp til selvhjælp"[14]. Det var ikke godt at ende på fattiggården og

8 Vallgårda, 2007: 186
9 Rødovreprojektet, 185 og 1989. afsluttende rapport. Carsten Hendriksen og Rødovre Kommune
10 Petersen, 2008 (1)
11 Porter, 1997:7
12 Porter, 1997:412
13 Rosen, 1958:358
14 Blaakilde, 2000:26

selvom det blev en anelse lettere, at komme på fattighjælp for de ældste, var der visse betingelser om, at fattigdommen skulle være uforskyldt[15]. Altså en tydelig moralsk tilgang til socialhjælpen.
I 1930erne og 40erne kom især børnene i søgelyset som genstand for en statslig forebyggelse[16]. Danmark haltede bagefter sine nabolande i nedbringelsen af spædbørnsdødeligheden, og man argumenterede for en sundhedsplejerskeordning, dels så man ikke stod tilbage for de andre og dels for at hindre en skævvridning i befolkningen på grund af en samtidigt faldende fertilitet[17]. Det betød, at alle danske mødre, fra 1937, modtog besøg af en sundhedsplejerske der skulle give råd og vejledning og se til at barnet trivedes normalt[18].
Brugen af statistik, og dermed viden, om befolkningens helbred medvirkede til, at man kunne begynde at bedømme individet ud fra en normaltilstand[19]. Det bliver med sundhedsplejerskeordningen et statsligt anliggende at sørge for at balancere befolkningsudviklingen og følge med den internationale forebyggelse. Hjemmet som ramme om mødet mellem borgeren og det offentlige introduceres, og efter 2. verdenskrig udbygges dette med forløberen for hjemmeplejen, husmoderafløsningsordningen fra 1949 og hjemmesygeplejeloven i 1957. Tiltag der i højere grad retter sig mod den ældre del af befolkningen, dog ikke som forebyggelse, men som pleje. Det var betegnende, at især husmoderafløsning kun blev givet i ganske særlige tilfælde, hvor familierne ikke var i stand til selv at passe de ældre. Det var en meget forsigtig indgriben i familielivet i forhold til sundhedsplejerskeordningen fra 30erne, og kun et lille skridt mod en ny ansvarsfordeling på ældreområdet[20] . Man diskuterede i 1950erne, om det skulle være fagligt uddannede personer der tog ud i hjemmene eller om omsorgsarbejde var en naturlig del af kvindens væsen[21]. Man begyndte desuden at snakke om den voksende ældregruppe som en byrde for samfundet på lang sigt. Problemet var ikke længere, at der døde for mange spædbørn.
Aldring er blevet opfattet meget forskelligt gennem tiden. Fra 1600 begyndte man at opfatte livet efter de 50 år som en nedadgående skæbnebestemt "afvikling" mod sygdom og død. I industrisamfundet blev arbejdet det centrale og her inddeltes livet i faser, hvor alderdommen blev en passiv tilbagetrækningsfase. Omkring 1970erne begyndte man at tale om livsløb og se aldring som en mere individuel, processuel bevægelse, hvilket Ældrekommissionen også afspejler. På trods af dette er det karakteristisk, at vi lever i et alderskonstrueret samfundet, hvor overgange, love, rettigheder defineres af kronologisk alder, der virker inkluderende og ekskluderende[22].

15 Petersen, 2008:42
16 Danielsen, 2009:38
17 Buus, 2001:28
18 Buus, 2001:14
19 Petersen, 1996:xxi
20 Ibid:162
21 Ibid:164
22 Petersen, 2008:35

I løbet af 1960erne og 70erne øges fokus på lige sundhed for alle samt på sociale reformer[23]. Der bliver bygget plejehjem og døgnplejen udvikles. Desuden bliver den nationale sundhed i højere grad bundet op på internationale standarter og organisationer som World Health Organisation og senere i 1973, for Danmarks vedkommende, EF. Risiko bliver en ny måde at tænke sundhed på, hvor dels en bevidsthed om livsstiles indvirkning på sundhed og den øgede globale bevidsthed om konsekvenserne af menneskelige aktiviteter former tilværelsen[24].
Udviklingen i medicinen og offentlig sundhedsfremme bliver af Petersen og Lupton betegnet som modernistiske institutioner, hvis troværdighed afhænger af videnskabelige fakta. Dette monopol på viden opløses senere med borgernes indflydelse, deling af information på nettet, selvhjælpsgrupper og alternativ medicin og behandlingsmåder[25]. Denne udvikling begynder med 70ernes neoliberalisme, som lægger vægten på individets rationelle valg og individualisme, hvor man "ledes til at forvalte" sin frihed[26]. Der kommer større fokus på det sundhedsskadelige i bestemte måder at leve på og dermed øget fokus på den enkeltes ansvar for forebyggelse og sundhed. New Public Health, som Lupton og Petersen betegner udviklingen fra 70erne til i dag, er ikke bare en udviklingshistorie mod et bedre samfund, med rod i hygiejnebevægelsen i 1800tallet, men også mod en problematisk og meget anderledes sammensat magtform[27].

Analyse

Del 1:

En ny ældrepolitik?

Ældrekommissionens rapporter (1980-1982) markerer en betydelig ændring i synet på alderdom og ældrepolitik – herunder forebyggende indsatser. Desuden fremhæves kommissionens rapporter som liggende til grund for den senere ældrepolitik.
Kommissionen er nedsat af socialminister Erling Jensen i 1979 med Bent Rold Andersen som formand[28]. Medlemmerne af kommissionen kommer primært fra ministerier, amter og kommuner samt foreninger og sammenslutninger for pensionister og invalide[29]. Kommissionen fremhæver, at der endnu ikke har været udarbejdet en sammenhængende ældrepolitik, og at man ved

23 Danielsen, 2009:38
24 Petersen, 1996:1
25 Ibid:7
26 Rose jf. Petersen, 1996:11
27 Ibid:3
28 Bent Rold Andersen blev senere i 1982 for en kort periode socialminister under Anker Jørgensens sidste regering.
29 Afdelingschef Ole Høeg, Borgmester Pelle Jarmer, Ingvar Jensen fra Pensionisternes Samvirke, Svend Jensen fra Folkepensionistforeningernes og Invalideorganisationernes Kontaktudvalg, Amtsrådsmedlem Ruth Toxværd Jeppesen, Vicestadslæge Inge Jespersen, rådmand Jens Arbjerg Pedersen fra Kommunernes Landsforening, pastor Carl Emil Wisbom fra Omsorgsorganisationernes Samråd.

kommissionens arbejde må udskille de ældre som en særlig gruppe med særlige behov idet "(...) *der er vilkår og behov som ændrer sig med alderen*" (1.rapport:10). Derfor undersøges dette især i første rapport fra 1980 "Aldersforandringer-ældrepolitikkens forudsætninger". Kommissionen italesætter ældre som en særlig gruppe i befolkningen, der har brug for en særlig politik. Regeringens sigte med kommissionen er, at den skal *"Foretage en bred gennemgang og vurdering af de ældres livsvilkår".* Man skal derunder komme med forslag til ændringer og harmonisering af de *"offentlige og private bestræbelser med henblik på at forbedre og lette ældres livsvilkår"* (Ibid:5). Regeringen har angivet nogle særlige fokuspunkter der knytter sig til bolig- og sundhedsforhold, kontakt og aktivitetstilbud og vurdering af Bistandslovens tilbud (Ibid:107). Hertil tilføjes det, at man må se nærmere på, og styrke, de ældres muligheder for at forme deres tilværelse, så *"de ældre, som ønsker det, kan blive længst muligt i eget hjem"* (Ibid:108). Det er rammerne om kommissoriets toårige arbejde, som afsluttes i 1982 med rapporten "Sammenhæng i ældrepolitikken", hvor anbefalinger og råd gives til politikerne. Jeg vil primært uddybe anden rapport fra 1981 "De ældres vilkår". Her problematiseres de eksisterende vilkår for ældre, og kommissionen udstikker de nye behov, som skal indgå i en ældrepolitik.

Forandringer i alderdommen - Normal aldring og livsløbstanken

Første rapport gennemgår de biologiske, sociale og psykologiske forandringer ved aldring. Her behandles aldring som en proces og ses i et livsløbsperspektiv. Ved at se nærmere på de forandringer, der opstår, når vi ældes, vil det ifølge kommissionen blive muligt at se, hvor og hvad man kan forebygge (1.rapport:11). "Normal aldring" er et tilbagevendende fænomen, når det handler om biologisk aldring. Kommissionen forsøger at skille normal og "sygelig" aldring, selvom de er opmærksomme på, at det er problematisk. Sammenhængen mellem de forskellige aspekter af aldringen, indbyder til et helhedsperspektiv og dermed en ældrepolitik (Ibid:19). De ældre kommer ofte ind i "onde cirkler", hvor eksempelvis hørenedsættelse fører til social isolation og dermed funktionsnedsættelse og lavt humør (Ibid:31). Der er flere kritiske punkter i aldringsprocessen, der knytter sig til noget samfundsmæssigt, som overgangen fra arbejde til pensionisttilværelse, og at omgivelserne holder op med at forvente noget af de ældre (Ibid:70). "Rolletab" og omgivelsernes syn på de ældre har en stor indflydelse på deres funktionsevne. Kommissionen konkluderer, at eksisterende tilbud til ældre er dårligt indrettet i forhold til, hvordan kroppen, psyken og de sociale roller ændre sig. Den daværende ældrepolitik har været rettet mod de negative sider af aldringen med en tendens til kompensation for "skader, der er sket". I den proces bliver den ældre en passiv modtager af det offentliges ydelser (Ibid:93). Det konkluderes at *"Ældrepolitikkens områder må være de samlede fysiske, sociale og økonomiske*

rammer om ældres tilværelse, herunder også de rammer, der skabes af holdninger til ældre, som de kommer til udtryk i omgivelsernes adfærd, og af de sociale relationer, som ældre indgår i."(Ibid:92,.). Kommissionen påpeger behovet for en samfundsmæssig holdningsændring til de ældre. Det positive i at sætte tidligt og forebyggende ind for på den måde at kunne undgå et behandlingsbehov senere hen understreges også (Ibid:94). Det at forebygge for at undgå store offentlige udgifter senere, er en stor del af argumentationen for en ny ældrepolitik. Kommissionen knytter desuden forebyggelse til det at undgå, at de ældre kommer på plejehjem, hvilket tydeliggør den underliggende tanke om, at det er bedst at bo så længe som muligt hjemme (2.rapport:30).

Ældres vilkår - på vej mod forebyggende besøg

I anden rapport uddybes de eksisterende vilkår for ældre og problematikkerne herved. De bestående aktivitetstilbud og social- og sundhedsmæssig bistand for ældre, er problematiske af flere årsager. Dels mangler der tilbud der er tilpasset ældre og så kender de ældre ikke de eksisterende tilbud i kommunen. Kommissionen problematiserer, at der ikke er én enkeltperson, den ældre kender, som kan koordinere de instanser den ældre er i berøring med*"Den formidlende, koordinerende og bistandsudløsende funktion, når det drejer sig om ældre, der i høj grad er bundet til deres hjem, er udækket i mange kommuner"*(2.rapport:27). I perioden 1976-1980 ses et stigende antal kommuner der tilbyder fodpleje og madudbringning, mens antallet af kommuner der tilbyder besøgstjeneste ikke er steget (Ibid:287). Der er altså et erklæret behov omkring 1981 for den ydelse, som de senere forebyggende hjemmebesøg udfylder. Kommissionens vurdering lyder: *"Rådgivnings- og vejledningstjenesten er et centralt punk, og hvor der er behov for en mere massiv indsats, er det væsentligt, at rammerne herfor giver mulighed for en helhedspræget bistand i et samarbejde med den ældre selv og de pårørende"* (Ibid:254). Der er lagt op til mere borgerinddragelse og selvbestemmelse, hvor især rådgivning og vejledning er centralt. Bistandsloven fra 1975, som Ældrekommissionen er pålagt at vurdere effekterne af, indeholder regler om en åben og gratis råd og vejledning: *"Formålet er at forebygge eller undgå, at disse problemer [sociale] fører til alvorligere vanskeligheder for den enkelte eller for familien eller medfører uønskede samfundsmæssige problemer"*(Ibid:255). Kommissionen vurderer, at råd og vejledning under bistandsloven bliver en "ydelse" men, at det skal ses langt bredere, da det foregår på mange niveauer i sagsbehandling og i sundhedssektoren. Den "opsøgende virksomhed", som er indskrevet i bistandsloven, alt for diffust et begreb. I rapporten fremgår det, at hjemmehjælpen yder praktisk bistand, men ligeledes "*"arbejde af opmuntrende og mentalhygiejnisk art"*(Ibid:258). Hjemmesygeplejersken "*yder efter lægehenvisning behandling, sygepleje, omsorg og almen sundhedsvejledning efter de enkelte patientes behov"* (Ibid:259). Visitation er et led i tildelingen af

forskellige ydelser og hjælp i hjemmet, som har et snævert fokus på det økonomiske og juridiske. Det kommenteres i rapporten, at den ældres mening ikke vægtes højt i visitationen og Ældrekommissionen appellerer igen til et bredere syn på den ældres tilværelse, mere medbestemmelse og nye løsninger.
Det er altså i det eksisterende system karakteristisk, at der fokuseres på pleje, omsorg og regler - ikke på selvhjulpenhed. "*Der er i det eksisterende hjælpesystem indbygget nogle mekanismer som bevirker, at man uundgåeligt kommer til at rette opmærksomheden mod den enkeltes svagheder frem for på ressourcerne"* (Ibid:265), konkluderer kommissionen og der lader til at være behov for en anden form for kommunikation og omsorg, som giver den ældre selvtillid og muligheder. Vigtigheden af at have en personlig kontakt der giver sig den fornødne tid til at snakke med den ældre understreges ligeledes (Ibid:269). Kommissionen vurderer også, at der må folk til, som har den rette uddannelse og som vil kunne fange tidlig funktionsnedsættelse. Konkluderende i rapporten berøres den svære balance mellem besparelser i en krisetid[30] og en forbedret ældrepolitik, der kræver ressourcer. Her må vægten lægges på øget sammenhæng og nye løsninger i organiseringen af sundhedssektoren og*"Man må tage de faktorer i betragtning, som er afgørende for, om ældre i større eller mindre omfang bliver afhængig af det offentliges tilbud og foranstaltninger"* (Ibid:29). Der lægges op til mere forebyggende arbejde som en stor del af den fremtidige ældrepolitik. I den afsluttende rapport skrives anbefalingerne og her fremgår det, at man må opprioritere det opsøgende arbejde*"Hvis en person må antages at trænge dertil, kan social og sundhedsforvaltningen efter loven ikke passivt vente på, at han eller hun selv henvender sig, men har en forpligtelse til at søge at komme i kontakt med vedkommende"* (Ibid:165). Det vurderes altså at man må pålægge kommunerne det opsøgende arbejde så de aktivt skal tage kontakt til de ældre. "Antages at trænge dertil" er et meget diffust begreb, men dog et forslag til en ændring af bistandslovens udefinerbare "opsøgende virksomhed".

Med kommissionens tre rapporter lægges der op til mere forebyggende, opsøgende, sammenhængende arbejde med rådgivning, vejledning og omsorg for ældre. Sammenhængen med de biologiske forandringer kædes sammen med måden at udføre omsorgsarbejdet på. Der ligges vægt på, at skabe tryghed, respekt og kommunikation samt selvbestemmelse og kontinuitet. Plejehjemforebyggende foranstaltninger, som også kan lede til besparelser i det lange løb, vægtes meget positivt. Det fremgår, at vilkårene for de ældre er dårlige, og at man ikke hidtil har taget nok hensyn til ældre som gruppe i samfundet med specielle behov.

30 Danmark har i firserne underskud på betalingsbalancen,"fattigfirserne" Petersen, 2008:101 (2)

Del 2:

Professionel omsorg i opbrud

- Sygeplejefaglig debat om ældreomsorg og forebyggelse

Tidsskriftet *Sygeplejersken* har eksisteret som sygeplejerskernes fagblad siden 1901. Jeg har gennemgået tidsskriftet systematisk for artikler om ældreomsorg, forebyggelse og forebyggende hjemmebesøg 1983, 1986, 1988 -1994.

Fra plejehjem til hjemmepleje

Sygeplejefaget er i en rivende udvikling gennem 1980erne og 90erne, hvor borgerens hjem som ramme for omsorg, døgnet rundt, især optager sygeplejefaget. Denne udvikling begyndte allerede i 1970erne med øget brug af hjemmehjælp[31]. I 1990 ses en kurve over udviklingen i hjemmesygeplejen der er stødt stigende gennem 80erne, desuden er et stigende antal af patienterne, i denne del af sygeplejen, over 67 år (bilag 3). Bagsiden af den rivende udvikling i hjemmesygeplejen er, at der bliver færre sygeplejersker på plejehjemmene. Der ses flere "nødråb" som vil appellere til at overveje plejehjemmenes fremtid (35/86). Plejehjemskonsulent Britta Thorning udtaler i 1991, at hun finder *længst-mulig-i-eget-hjem tanken* foruroligende. Der er ikke ressourcer nok til at udføre en ordentligt pleje i hjemmet, mener hun. Der er hverken tid til støtte eller hyggesnak. Thorning fremhæver de positive indvirkninger som livet på plejehjemmet har på de ældre, som kommer ud af ensomhed og får gang i aktiviteter. Desuden er der tryghed i at have plejere omkring sig hele tiden, mener hun (50/91). Der er altså opbrud, idet flere sygeplejersker fravælger at arbejde på institution samtidig med, at man vil have de ældre til at blive i hjemmet og modtage plejen der – en af-institutionalisering som medfører meget svære vilkår for plejehjemmene, som har fået et dårligt ry.

Hjemmet som ramme for omsorg og pleje diskuteres af sygeplejerskerne. Ifølge Dansk Sygeplejeråd er nedskæringer på sygeplejeområdet den største udfordring for ældre i eget hjem (28/86). I 1991 gengives en folketingsdebat under overskriften "Eget eller egnet hjem", hvor det problematiseres, at de ældres boliger er for dårligt indrettet og risikerer at være fanget i hjemmet uden den fornødne hjælp, da ressourcerne i kommunerne ikke slår til omkring firserne (21/91).

Interne og ydre spændinger

Dansk Sygeplejeråd og forkvinde Kirsten Stallknecht er gennemgående aktør i tidsskriftet. I blad nr. 35, 1986 gengives et brev som Stallknecht retter mod statsminister Poul Schlüter, der har udtalt, at "overordenligt reaktionære organisationer" ofte står i vejen for en bedre udvikling og

31 Ældrekommissionens anden rapport s.251

spænder ben for regeringens planer når det gælder sundhed. Hertil svares fornærmet, at Dansk Sygeplejeråd bestemt ikke har været egoistiske, men har samarbejdet med WHO og inddraget forskning, udarbejdet idékataloger og samarbejdet med politikere. Der er altså nogle spændinger mellem regeringens planer og de sundhedsprofessionelle fornemmer man. Til Ældrekommissionen kommenteres det i 1983, at Dansk Sygeplejeråd er uenige i, at ældreområdet skal styres gennem uddannelse af sundhedspersonalet. Manmener, at det må være politikerne der sætter målene og afsætter ressourcer, som sygeplejerskerne så kan arbejde indenfor(40/83).
Der er ikke kun spændinger mellem de professionelle og politikerne, men også interne spændinger om, hvad sygeplejerskernes rolle er. Omsorg som grundlag for sygeplejen diskuteres blandt andet. Sygeplejeforsker Kari Martinsen mener, at omsorg grunder i en gensidig afhængighed, og at omsorg ikke leder til *"passivitet, mangel på selvbestemmelse og ikke-selvhjulpenhed"* – tværtimod (28/89). For at udøve oprigtig omsorg, må man acceptere en svag paternalisme, idet sygeplejersken faktisk ved bedre end patienten. Under debatten, som artiklen gengiver, bliver der spurgt til egenomsorgsbegrebet, som lader til at være et meget anvendt begreb. Martinsen mener, at*"Egenomsorgsideologien sætter menneskets selvstyre eller autonomi som den højeste værdi"(28/89).* Med andre ord er det et problematisk begreb ifølge hende. Omsorg*"knytter sig til konkrete situationer"*fremhæver Martinsen, men det er tydeligt, at balancen mellem teori og praksis er et tilbagevendende tema i sygeplejen, og at sygeplejerskens rolle er under forandring og udfordring fra blandt andet et egenomsorgsbegreb.
I artiklen "Omsorg i stive strukturer" fra 1991, diskuteres hjemmesygeplejersken rolle i bureaukratiet. Hjemmesygeplejersken må holde fast i *"...de værdier, der ligger i at arbejde med mennesker. For sin egen og patientens skyld."*(7/91). Bureaukratiet ses som et form for monster, som hjemmesygeplejerne må søge at få en reel indflydelse på - oppefra ved at søge ind i politik og nedefra *"...gennem ændringer af hverdagspraksis"*(7/91). Det fremgår altså, at hjemmesygeplejersken position og faglighed er klemt af strukturerne, og at de ikke har søgt nok indflydelse på disse strukturer. Artiklens forfattere mener, at hjemmesygeplejersken kan medvirke til at ændre værdierne i samfundet mod større fællesskab og mindre individualisme via sit arbejde. Desuden har hjemmesygeplejen et stort forebyggende potentiale*"I hjemmesygeplejen er der af alle steder i sundhedssektoren forudsætningerne for at sygepleje kan blive forebyggende blive til sundhedsarbejde"* (7/91). Der er altså flere uudnyttede potentialer i hjemmeplejen, hvor en øget indflydelse på de strukturer de arbejder indenfor er tiltrængt.

Dannelsen af den forebyggende sundhedsrådgiver

Forebyggende hjemmebesøg opstår som en del af en generel ændring indenfor hele

ældreomsorgen, som artiklerne afspejler. Forsøg med hjemmebesøg i forskellige kommuner og de gode resultater mange af dem viser, formidles i tidsskriftet. I 1989, skriver sygeplejerske Eva Vestergaard og læge Mikkel Vass om et forestående projekt på Møn, som skal se på behovet for *samordning* mellem primær og sekundær sundhedstjeneste, samt om forebyggende besøg kan have *"samme gode virkning som i Rødovreprojektet"*. Baggrunden for projektet er, at der er en landskendt *"stigende interesse for socialmedicinske foranstaltninger i kommunerne"*(33/89). De ser altså en gunstig tid for forsøget med dels hjemmebesøg, men også med fokus på "samordning" -et ord, der gentages meget, og som dækker over de nye tværfaglige strukturer man vil opbygge, for at skabe mere helhed i systemet. *Den gode menneskelige kontakt*, *helbredvurdering* og *livsform* er de temaer, der fokuseres på i besøgsdelen. Artiklens forfattere kommenterer, at de kommer med forskellige syn på, hvad behov og problemer er, da de har forskellig fagligt baggrund.
Anne Vesterdahl fra "sygeplejersken" skriver året efter, at der er tale om en indgriben i borgerens liv i det uopfordrede hjemmebesøg. Det kan udvikle sig både positivt til gavn for borgeren eller negativt som et brud på borgerens *"personlige integritet og selvstændighed".* Udfaldet er afhængigt af fagpersonens forudsætninger og forståelse for, at der er *"tale om en dynamisk proces med nogle andre regler"* i det opsøgende hjemmebesøg (35/90). Det kræver altså en god potion faglighed og en omstilling til "andre regler" at tage ud i borgerens hjem. Opsøgeren må have kendskab til tilbud i kommunen, etiske overvejelser, kriseteori, samtaleteknik og geriatri. Det gennemgås også ud fra rapporten fra Mønprojektet, hvordan man kan træne i ligeværd og imødekommenhed ved at sidde i samme højde, når man taler og tage imod servering hos de ældre. Der er tydeligt en dannelse der skal til for at skabe en god "opsøger". Forsøgene viser også en anden side af opsøgeren nemlig, at i den gode atmosfære *"kan opsøgeren ikke undgå at være sig selv, og det skal man også være"*(35/90). Det er et både-og i rollen som opsøger, hvor man på én gang er dybt professionel og trænet og samtidig må være sig selv.

Tillægget *"Sundhedsvæsenets ansvar for sundhedstilstanden i lokalområdet"* fra 1989 af amtssundhedsplejerske Jytte Petersen er udmøntet i WHO's strategi om "Sundhed for alle år 2000", hvor sundhedsfremme og brugerindflydelse er i fokus. Petersen mener, at hjemmebesøget bør fungere som grundlag for andre sundhedsfremmende metoder, da de der færdes i hjemmene får *"...kendskab til sundhedsproblemer på en mere direkte måde end andre..."* (s.5). Spændingen mellem overvågning og sundhedsråd berøres også: *"Hvis borgerne ikke er enige i det brede sundhedsbegreb*[32]*, og de handlinger dette afføder, kan det opleves som social kontrol"*(s.6). Sygeplejerske Ulla Fastings mener i 1994, at *"forebyggelse, der virkelig batter, ligger uden for*

32 Omfatter ydre miljø, sociale og politiske forhold og deres påvirkning på sundhed, ses i WHOs "sundhed for alle" (4 tillæg)

sundhedsvæsenet"(24/94), og at sygeplejerskerne er så gode til så meget andet, at det er bedre de fokuserer på det. Hun sætter spørgsmål ved, om vi er blevet bedre til at forebygge *"eller blot mere opmærksomme på symptomerne"*(24/94). Kirsten Stallknecht problematiserer i samme artikel, at sundhedsvæsenet er blevet så målfikseret, at det forekommer uansvarligt at forebygge frem for at behandle, fordi forebyggelse ikke giver resultater her og nu. Der er altså også en skepsis omkring forebyggelse som metode.
Hjemmebesøget bliver gjort til et rum, hvor man kan se "sundhedsproblemerne" og gøre noget ved dem i situationen og hjemmet som ramme for mødet mellem borger og sundhedssektoren bliver vigtigt. Dog kræver det opmærksomhed på, at borgerens integritet og privatliv må håndteres med forsigtighed. Den paternalistiske omsorg og egenomsorgen diskuteres heftigt. Desuden diskuteres det om ressourcerne er nok til høj kvalitet i hjemmepleje og om forebyggelse er sygeplejernes område.

Del 3:
Forsøg før loven om forebyggende hjemmebesøg
- Rødovreprojektet, videnskabelige beviser og kommunale problemer

Rødovreprojektet blev tilrettelagt som et videnskabeligt forsøg og er et af de første forsøg før loven om forebyggende hjemmebesøg, hvor man via massiv dataindsamling og interviews kunne vise den positive effekt af besøgene.

Projektet blev gennemført over tre år fra 1980-1983 og bestod af flere elementer, dels selve de opsøgende hjemmebesøg, men også en plejehjemsundersøgelse, hvor ældre blev interviewet om deres helbred og en undersøgelse af hjemmehjælpen fra både modtager og hjælpers synspunkt. Formålet med projektet var især at vurdere effekterne af "opsøgende og opfølgende hjemmebesøg" med henblik på om man ville kunne reducere antallet af sygehusindlæggelser, plejehjemsindflytninger og dødsfald. Resultaterne blev formidlet i rapportform i 1985, men i 1989 skrives der i den afsluttende rapport mere bredt om delundersøgelserne og kommunens rolle i forsøget.
Besøgene blev tilbudt hver 3. måned i tre år til de 285 tilfældigt udtrukne ældre, over 75 år, der udgjorde interventionsgruppen. Projektleder og læge Carsten Hendriksen, med hvem jeg har foretaget et interview, samt hjemmesygeplejerskerne, Ellinor Lund og Edith Strømgård, fra Rødovre, stod for besøgene[33]. Der blev foretaget interviews med de ældre som en del af forsøget, hvorudfra man beskrev de ældres helbredstilstand og deres indtagelse af lægemidler blev

33 s.4, rapport 1985

analyseret[34].

Om selve besøget står der, at *"de ældre mennesker bør opleve besøgene som personlige kontakter, der ikke er forårsaget om et ønske om at lægge sin klamme hånd på deres livsudfoldelse"*[35]. Det er noget man må være opmærksom på i kontakten med den ældre og i den *strukturerede samtale,* som man gjorde brug af i projektet. Rammerne for besøgene er den *strukturerede samtale, opmærksomhed på risikosituationer, forslag til handlemuligheder og opfølgning af tidligere drøftelser og evt. iværksatte foranstaltninger*[36]. Selvom det er delene i de forebyggende besøg, betones det, at man altid må tilpasse besøget til den enkelte borger. Samtalen og besøget giver nogle andre muligheder end hos lægen og muligheder for at lade den ældre komme mere til orde. Besøgeren må besidde et "klinisk blik" som kan fange forandringer i holdning, håndtryk og vejrtrækning, så signaler om ændret funktionsevne opfanges. De gode resultater fra projektet skyldes mange faktorer, mener man, og alene det at blive taget alvorligt, føle sig forstået og få selvbestemmelse, havde effekt på de ældre. Med Rødovreprojektet viser man, at der er en psykosocial effekt af forebyggende hjemmebesøg, at der skal et trænet øje til at vurdere den ældres funktionsevnetab og lægemiddelindtag. På trods af de mange effekter som tryghed, øget selvtillid og livskvalitet fremstår de målbare beviser, som fald i plejehjemsindlæggelser, stærkere og den massive dataindsamling, som var en del af projektet, fremstår tydeligt i tabeller i den første rapport fra 1985[37]. På SUFOs hjemmeside, Landforeningen for ansatte i Sundhedsfremmende og Forebyggende hjemmebesøg, bruges resultaterne fra Rødovreprojektet stadig som et stærkt argument for besøgenes værdi[38]

Et fokuspunkt i rapporten fra 1989 er, hvordan Rødovreprojektet blev set fra kommunens side og hvilken effekt det har haft på ældrepolitikken i kommunen. Trods kommunens stolthed over at have været med i projektet beklages det, at der ikke er gennemført en besøgsordning ud fra Rødovreprojektets ellers "entydige konklusioner". "*Ofte har det været svært i praksis at gennemfører selv veldokumenterede foranstaltninger",* kommenteres det og det vurderes, at det især var en barriere, at forsøget ikke blev evalueret løbende. Forsøgets rammer har på den måde i sig selv virket bremsende for udviklingen af et reelt tilbud i kommunen. Den interne kommunikation i kommunen, fremstår ligeledes som et problem, da der har været meget

34 s.5, rapport 1989
35 s.7,Ibid
36 Ibid
37 s.18, rapport 1985. Det anslås i blandt andet, at der i forbindelse med Rødovreprojektet er mange penge at sparer på lang sigt, men at det til at begynde med vil være på amtskommunalt plan (7, 1985)
38 Www.sufo.dk

udskiftning i, hvem der sad som repræsentanter i styringsgruppen for forsøget. Det problematiseres, at der er uklarhed om, hvilke personalegrupper der skal involveres i besøgene. Rent økonomisk er der udfordringer i fordelingen mellem amtskommune og kommune – i første omgang vil det være kommunernes "byrde" at sætte forebyggende ind med øgede udgifter til hjælpemidler og hjemmehjælp, mener man. Besøgsforsøget har især sat gang i er en diskussion af trygheden for de ældre i at omgås få kontaktpersoner, deres ydre rammer -boligen og fordelingen af hjælpemidler[39]. Den afsluttende rapport er skrevet fire år efter det første forsøg i Rødovre. I mellemtiden har der været foretaget flere forsøg rundt om i andre kommuner og man kan forestille sig, at Ældreboligloven fra 1987 også har en indvirkning på kommunens ældrepolitik, siden det har fået relativt meget fokus. Det virker til, at kommunen ser Rødovreprojektet mere som en indgang til at lave en mere sammenhængende ældrepolitik end til at indføre hjemmebesøg, hvor der stadig er mange problematikker både administrativt og finansielt.

Håndbog om hjemmebesøg

I 1991 udgives håndbogen "Opsøgende og forebyggende arbejde med gamle – en introduktion til opsøgende hjemmebesøg og andre måder at arbejde forebyggende på" af blandt andre læge Carsten Hendriksen. Målet er at *"sætte gang i den udvikling der foregår rundt om i kommunerne"* skriver gruppen og understreger altså dermed, at der er gang i en masse tiltag og forsøg og at man ønsker at give nogle værktøjer til at sætte endnu mere gang i udviklingen. Bogen også skal gøre det mindre besværligt og mere attraktivt for kommunen at sætte gang i forsøg og ordninger. Hendriksen skriver: *"Forebyggende besøg er til gavn for gamle mennesker. Der er lovmæssige muligheder for at gennemføre dem, og de giver det involverede personale mulighed for en positiv udvikling af deres arbejdsindsats – så det er bare om at komme i gang"(s.20).* Her appelleres altså til kommunen, idet personalet vil få noget ud af at gå i gang med en besøgsordning. Håndbogen prøver at forberede kommunerne på de diskussioner der vil dukke op, eksempelvis når det handler om etikken i at indfører opsøgende hjemmebesøg. Her vil man skulle spørge sig selv om det er etisk forsvarligt at tilbyde besøgene og hvorvidt man *"går for tæt på den enkelte"* (s.27). Man forsøger at komme problematikker i forkøbet, som kan opstå undervejs, eksempelvis hvis projektets resultater ikke viser sig med det samme, og at æren for projektet ikke altid tilfalder dem der var med rent praktisk (s.45). I den forbindelse henvises der til Rødovreprojektet og det forhold, at projekter ikke indføres i praksis, hvilket i høj grad skyldes, at der indgår mange forskellige aktører, i et magthierarki, med forskelligt syn på og forskellige forventninger til projektet. Et helt kapitel i bogen omhandler forskellige måder at evaluere projekterne på. Det fremstår som en vigtig, men overset, dimension i det forebyggende arbejde (s.84). På den måde er

39 s.14, rapport 1989

der tale om en måde at motivere kommunen på, og samtidig en opfordring til bestemte måder at lede projektet på. Fremtiden for forebyggende arbejde spås i stigende grad at være en offentlig opgave, som dog kan ske i et samarbejde med frivillige organisationer. Det hedder sig, at *"Den offentlige indsats er uundværlig og besidder en professionalisme og en kvalitet, som udspringer af gode arbejdstraditioner og mange medarbejdere med relevante uddannelser (...) Imidlertid er der fortsat behov for at ændre det offentliges måde at fungere på".(s.108)*

Interview med Carsten Hendriksen - Rødovreprojektet og loven om forebyggende hjemmebesøg

Læge og socialmediciner, Carsten Hendriksen, som var projektleder på Rødovreprojektet, har altid talt for uddannelse af det personale der udfører forebyggende hjemmebesøg. Det kræver særlige kompetencer at vurdere den ældres funktionsevne og risikosituationer *"For mig har det i alle årene været sådan, at det skal være kvalificeret personale, man går ikke bare ud og snakker til højre og venstre"* (41:16, Bilag 4). Det er ifølge ham vigtigt, at det forebyggende besøg ikke bare udgør en samtale, men at den har et tydeligt fokus på helbred og en vis struktur[40].

Der var ikke tænkt meget på forebyggelse indenfor ældreområdet inden Rødovreprojektet, ifølge Hendriksen. Ældrekommissionens arbejde har haft stor betydning for det øgede fokus på hele ældreområdet og Rødovreprojektet, mener han. Hendriksen forklarer, hvordan han fik nedsat en styregruppe med folk fra Rødovre kommunen. Netop denne styregruppe blev et af de svage led i projektet, som det ses i den afsluttende rapport. Hendriksen havde en tæt kontakt til de praktiserende læger der deltog i projektet. Han har "cyklet rundt til dem" for dels, at argumentere for projektet og dels indsamle skemaer (23:04). Det var vigtigt at få dem med, da de skulle udfylde skemaer omkring de ældres brug af almen praksis. Det har i det tilfælde tydeligvis været vigtig for inddragelsen af lægerne, at motivere dem og møde dem personligt.

Hendriksen undrede sig over, at der var så stor tilslutning til projektet fra de ældre (04:35). En vigtig forudsætning for deres villighed til at være med har været det grundlag sundhedsplejerskeordningen lagde i trediverne, mener han *"...allerede unge mennesker de har været vandt til, at der kom én fra kommunen og snakkede med dem" (03:04).*

Det får stor betydning for kendskabet til forebyggende hjemmebesøg, at Hendriksen tager kontakt til TV avisen, fordi han mener, at de positive resultater fra forsøget skal bredere ud i offentligheden. Karen Jespersen var journalist på Danmarks Radio, og tog med ud til Rødovre og var hjemme hos de ældre. Jespersen blev nogle år efter socialminister og i en finanslovsdebat i

40 Hendriksen henviser til Vass og Avlunds 34 kommuners projekt fra 1999 der konkluderede, at bedre uddannet personale giver ældre der er funktionsdygtige i længere tid. Www.ifsv.ku.dk, gerontologi, forebyggende hjemmebesøg.

1995 bragte hun forebyggende hjemmebesøg på banen. På den måde kommer bevægelsen ovenfra, som Hendriksen forklarer, og det overraskede både ham selv og kollegaen Mikkel Vass, der havde beskæftiget sig med forebyggende besøg siden starten af firserne. Hendriksen var overrasket over at besøgende skulle påbydes oppefra:*"min holdning var – det er ikke sikkert...der er lavet nogle videnskabelige undersøgelser, men det er ikke nagelfast det her...så vi ville gerne have, at det blev bygget ligeså stille op nedefra".* Det skulle være noget kommunerne selv skulle bestemme (05:50). Dog virker det til, at Jespersen må være inspireret af Rødovreprojektet, så det er ikke udelukkende en bevægelse ovenfra i min optik. Desuden viser ændringerne af loven, og de efterfølgende debatter om indholdet i besøget på, at det er en dynamisk lov, hvis indhold ændres igennem praksis (se også bilag 2 om loven).
Hendriksen kunne se i loven, at retorikken fra Rødovre var blevet brugt, men at det fokus på helbred de havde med i forsøgene ikke var vægtet højt *"Man kan ikke gå ud og tale med ældre mennesker uden at inddrage deres helbred, for det er fundamentalt"(08:21),* kommenterer Hendriksen. Desuden havde man i den første lov kun to påbudte besøg om året, hvor man i Rødovreprojektet aflagde fire besøg. På mange måder havde loven ikke inkorporeret de resultater man kom frem til i forsøgene. I stedet for at "råbe op" blev Hendriksens strategi at vente og se problemerne i kommunerne an og specielt praksis omkring indholdet i hjemmebesøgene som loven ikke dikterede. En problematik var, at mange kommuner slet ikke var forberedt loven og attituden var ifølge Hendriksen *"Skal vi nu også til at besøge gamle mennesker som er raske?".*

Hendriksen mener, at mange af de forsøg, man lavede, og de problemområder man tog op i firserne, stadig er aktuelle i dag. Ankestyrelsens evalueringer af kommunernes besøgsordninger har haft stor betydning for overblikket over tilbudene og hvem der gør det godt og mindre godt, ifølge Hendriksen. Ældregruppen er helt anderledes i dag end i firserne, forklarer han og dette gør, at man må overveje om grænsen for de forebyggende hjemmebesøg skal forhøjes fra 75 til 80 år, da langt flere ældre er friske langt op i årene. Ligeledes må man overveje om besøg i eget hjem er det mest hensigtsmæssige eller om man med fordel kan indbyde til forebyggende møder, og på den måde også sparer penge og tid. Her mener Hendriksen, at det kunne være interessant at lave nye forsøg.

Del 4:

De tidligste besøg

- interview med forebyggelseskonsulenter fra Københavns Kommune

Det mere praktiske aspekt af forebyggende hjemmebesøg vil nu blive uddybet via et interview med forebyggerne Kirsten og Ingeborg fra Københavns Kommune. For en analyse af de tidligste journaler, der viser en let bedrevidende holdning til den ældre se bilag 5.

Kirsten og Ingeborg har været med "helt fra start". De er begge uddannet sygeplejersker og mange af deres kollegaer kunne ikke se perspektivet i de forebyggende hjemmebesøg" de synes det bare var en hvilepause og en kaffeslapperads"(17:53, bilag 6). De første besøg var lette at skippe og dermed vinde en halv time til sygepleje "Der kunne man lige nå skinnebenssår", siger Ingeborg. Fokus har stadig ligget primært på behandling og ikke på forebyggelse i sygeplejen.
"Sygeplejerskerne har nok generelt været meget handlingsorienterede. Det er ikke godt nok hvis vi ikke, konkret, udfører et stykke arbejde..det at sidde og snakke om motivation og italesætte tingene så de [ældre] bedre kunne mestre deres hverdag det var ikke anerkendt" (24:02) siger Ingeborg i refleksion over fagmiljøet. Lederne i kommunerne var heller begejstrede over forebyggelse (12:50).
Ingeborg havde hørt om Rødovreprojektet og var meget inspireret deraf. Hun genkalder sig nogle af de tidligste forsøg med forebyggende hjemmebesøg i Vanløse omkring 1988, hvor eneste regel var, at hjemmesygeplejerskerne skulle måle blodtryk og stikse[41] urin "jeg synes det blev lidt for laboratorieagtigt det der med urinen altså (…) jeg syntes personligt det var noget der hørte til hos lægen"(15:01), siger hun. Det bekræfter, at de tidligste besøg har været præget af behandlingsmentaliteten, hvor man finder et symptom og behandler det. Det at kunne måle noget har haft en vis værdi, mens mange anså samtalen for lidt for blød og typisk undervurderede den som en kaffeslapperads. "Det har været svært for os at dokumentere vores arbejde" siger Ingeborg, "Men jeg ved det rykker..." tilføjer Kirsten (1:26). Kirsten kom med på besøgsordning i 1991. Hun husker, at det føltes som at bevæge sig ind på uopdyrket jord. Man måtte ofte forklare borgerne, hvorfor man var kommet. Mange ældre vidste ikke noget om forebyggelse og attituden var, at man ville se om man kunne få nogle økonomiske fordele ud af det "(...) borgeren var sådan afventende..hvad er det nu du kommer for..og hvad kan du give mig?"(49:25). Én af mange udfordringer har altså været, at borgerne ikke har været informeret om formålet med de forebyggende hjemmebesøg. I dag er forebyggelse og sundhedsfremme alle steder og folk ved meget mere om det og om, at man skal leve sundt, påpeger Ingeborg og Kirsten (54:00).

41Urinen undersøges med LN-stiks (påviser leukocytesterase og nitrit), til at tjekke for diabetes.

Med hensyn til sygeplejerskernes egen funktion i de tidlige besøg siger Kirsten "Vi lærte jo også at sidde på hænderne ik', fra at være aktiv sygeplejerske, hvor man skulle handle og så til at sidde..øøjjjj, hvor jeg synes det var svært i starten (…) det var en decideret aflæring"(43:12) . Det forebyggende hjemmebesøg har skullet omdanne sygeplejerskerne og netop skabe et nyt ideal som "forstående og lyttende" og én der ikke handler hen over hovedet på borgeren. Det er nogle evner der også fremhæves i Rødovreprojektet. Det har været en svær omskoling og noget af det der har forekommet uforståeligt for flere kolleger. Ud over at lytte så begge hjemmesygeplejersker effekten af at snakke med de ældre om mestring og ressourcer, som er noget af det man begyndte at fokusere på med de forebyggende besøg. Kirsten mener ikke, at man talte meget om mestring til at begynde med, men at Ingeborg dengang, talte meget om "det sociale" og det at have et netværk omkring sig, som vigtige dele i at mestre sin sygdom og sit liv generelt (23:00).
I dag er meget fokus på at borgeren er gået fra passiv til aktiv, men Kirsten mener at hun og de andre på forebyggelsesområdet har haft fokus på den aktive borger meget længere end man har talt om det. Dog udvikles tilbud og aktiviteter i takt med, at sundhedsfremme og forebyggelse kommer mere på dagsorden, mener hun og på den måde har diskurserne også en indvirkning på, hvad der finansieres og laves af tilbud (23:18).

Loven i 1995 og politisk indflydelse

Flere ledere i kommunerne syntes, at det var noget pjat, da loven blev indført i 1996 – det offentlige skulle ikke blande sig i, hvordan borgerne levede (24:55). Der var ikke øje for funktionstab, og at man kunne gøre noget ved det. I dag er Kirsten og Ingeborg overvist om, at forebyggende hjemmebesøg ikke ville være der, hvis ikke loven påbød det. Deres afhængighed af loven har de ligget lidt under for i de lovændringer der er kommet undervejs og fornylig var de forebyggende hjemmebesøg lige ved at blive skåret helt væk, da de blev lagt ind under Serviceloven i 2010 (39:20). Kirsten og Ingeborg er tydeligt frustrerede over udviklingen og især det faktum, at de nu er blevet en del af sygeplejen. Ingeborg mener, at man med det har håbet, at forebyggerne kunne hjælpe hjemmesygeplejerskerne og hvis der var for lidt at lave kunne man så udfører forebyggende hjemmebesøg. På den måde føler Kirsten og Ingeborg, at man rent organisatorisk nedvurderer deres funktion (1:07). Begge mener, at de havde mere indflydelse på udformningen af besøgene førhen. SUFO er én vej til indflydelse, men har i højere grad funktion af en platform for videndeling forebyggerne imellem (05:55)[42].
Hjemmet er de rigtige rammer om en forebyggende samtale er Kirsten og Ingeborg enige om. Hjemmet siger meget om den ældre "for du kan se så meget af livshistorien og funktionsevnen i borgerens hjem"(1:07).

42 Www.sufo.dk

De mange nye forebyggende aktivitets- og netværkstilbud til ældre som er kommet bevirker, at forebyggelseskonsulenterne må kæmpe for deres identitet som specialgruppe med en bestemt faglighed og med at beholde deres niche (hjemmebesøg). Det at de i besøget optræder som mellemled mellem den ældre og kommunen, formidler tilbud og muligheder og "forventningsafstemmer"(57:05), tillægger de stor værdi. Som organiseringen er blevet, hvor forebyggerne sidder med hjemmesygeplejerskerne, føler de sig klemt inde i en behandlingsorienteret verden. Yderligere har de her svært ved at dokumentere arbejdet, men kan selv tydeligt mærke, hvordan det har effekt.

Konklusioner

De politiske budskaber i Ældrekommissionens rapporter markerer en ændring i opfattelsen af ældre og alderdom, som dog ikke ser ud til at få politisk effekt med det samme. Der argumenteres for en specialpolitik til de ældre, der skal være forebyggende til fordel for det offentlige på lang sigt. Forebyggende hjemmebesøg bliver ikke nævnt, men man udskiller selve funktionen som koordinerende, informerende, rådgivende og vejledende. Funktionsnedsættelse bliver set i et helhedsperspektiv der inkluderer den sociale/samfundsmæssige dimension af alderen. Jørn Petersen mener, at der ligefrem er tale om et paradigme skift med Ældrekommissionen[43], men jeg mener, at det er mindre brydninger, da synet på og praksis omkring ældre absolut ikke ændre sig over night, men er i en stadig proces.
Samtidig med Ældrekommissionens rapporter er Rødovreprojektet i gang, hvis konklusioner får stor opmærksomhed og bliver inspiration for loven langt senere i 1995. Projektet inspirerer til, at kommunerne starter flere forsøg, men loven opfattes af Hendriksen som en form for bremseklods til, at bevægelsen spirer nedefra. Kommunerne må tydeligvis bearbejdes og føle, at forebyggende hjemmebesøg og forebyggelse er en attraktiv ordning, da der er mange økonomiske og organisatoriske forhindringer. Her appelleres blandt andet ved at fremhæve de kompetencer personalet får med sig og forberede kommunerne på forhindringer og etiske diskussioner. Samtidig skabes der nogle tabeller og tal over effekten af besøgene som virker motiverende for kommunen og politikerne. *Sygeplejerskens* formidling af forebyggelse for ældre viser, at sygeplejerskerne føler, at de må kæmpe med kommunalt bureaukrati og regeringens strategier. Omsorgsbegrebet er desuden udfordret af forebyggelse og egenomsorg og sygeplejefaget må gentænkes. De forebyggende hjemmebesøg kræver *dannet* og *uddannet* personale, da det er et felt, hvor der ikke "bare skal handles". Der stilles spørgsmål ved om forebyggelse er sygeplejerskernes bord. Her fornemmes den kamp som forebyggelseskonsulenterne, tidligere hjemmesygeplejersker,

43 Petersen, 2008: 32(2)

Kirsten og Ingeborg understreger. De husker begge, at deres kolleger ikke anerkendte deres tilgang til sygeplejefaget. Det forebyggende hjemmebesøg blev anset som spildtid og hyggesnak. At adskille sig fra behandlingsverdenen har lige siden været et problem. Desuden var dokumentationen for effekten af besøgene svær, da det er svært at måle tryghed og trivsel. Den indflydelse de har på deres eget felt er begrænset, men der er generelt kommet langt mere fokus på forebyggelse og dermed flere tilbud. Kirsten understreger især, hvordan diskurserne har ændret sig, og at man i de tidlige besøg havde øje for meget af det man tror er nyopdagelser i dag – det var bare ikke anerkendt.

I forholdet mellem det offentlige og borgeren behandles etik på flere planer. Ældrekommissionen fremhæver, at den ældre skal have mere medbestemmelse og især organiseringen af ældreområdet problematiseres. Information, rådgivning og koordinering, hvor kommunen aktivt opsøger borgeren betones. Det offentlige skal tage en ny form ud fra et helhedssyn på den enkeltes liv. "Opsøgeren" må være dybt professionel og samtidig "sig selv". Den omsorg der gives ligner næsten den tidligere moralske hjælp til selvhjælp, idet man gerne vil motivere den ældre til selv at handle og tage en bestemt rolle på sig, men det kan diskuteres som Petersen og Lupton gør, om ikke det også er en kvalitativt anden magtform der er på spil i dag. De tidligste besøg bar præg af, at borgerens forhold til staten/kommunen var mere økonomisk og juridisk, derfor må der bruges tid på at forklare og argumentere overfor borgerne. At træde ind i et hjem er både ensbetydende med at være "sig selv", professionel og repræsentere det offentlige. Vejen ser ud til at være banet med udviklingen i hjemmeplejen og tidligere af sundhedsplejerskerne. Det bliver et argument, at det er positivt for ældre at blive hjemme og modtage plejen der, frem for på institution, hvilket får konsekvenser for plejehjemmene. Det medfører store udfordringer for organiseringen i kommuner og overgange mellem sygehuse og hjemmepleje, at det offentlige flytter ud i hjemmene. Nogle af disse problemer er stadig uløste ifølge Hendriksen, Kirsten og Ingeborg.

I debat om forebyggelse, under min deltagerobservation, var det meget aktuelt, hvor meget ansvar det offentlige har i forhold til befolkningens helbred og, hvornår man blander sig for meget. At det individuelle ansvar betones, i danskernes forhold til forebyggelse, blev sammenkædet med krisetider og med udviklingen i firserne. Mange mente desuden, at befolkningen var mere klar til forebyggelse end man gik og troede politisk, men at "sundhedsfremme" i højere grad bør anvendes frem for forebyggelse, for at understrege, at det er noget positivt. Sundhedsminister Astrid Krag betonede det vigtige samarbejde mellem borgerne, politikere, organisationer, private initiativer og kommunen.

Litteraturliste

Blaakilde, Anne Leonora (2000): *Den store fortælling om alderdommen*. Munksgaards Forlag.

Buus, Henriette (2001): *Sundhedsplejerskeinstitutionens dannelse -en kulturteoretisk og kulturhistorisk analyse af velfærdsstatens embedsværk.* Museum Tusculanum Forlag.

Danielsen, Marie (2009): *Sundhedsvæsenet på tværs- opgaver, organisation og regulering.* Gyldendal akademisk.

Petersen, Alan og Lupton, Deborah (1996): *New Public Health -Health and self in the age og risk.* SAGE publications.

Petersen, Jørn Henrik (2008): *Velfærd for ældre. Holdning og handling.* ÆldreForum, Servicestyrelsen &Velfærdsministeriet (1)

Petersen, Jørn Henrik (2008): *Hjemmehjælpens historie – Ideer. Holdninger og handlinger. Rapport.* ÆldreForum, Servicestyrelsen &Velfærdsministeriet (2)
- Downloaded d.6.marts, 2012 på http://www.aeldreforum.dk/udgivelser/pleje-og-omsorg/hjemmehjaelpens-historie.-ideer-holdninger-handlinger

Porter, Roy (1997): *The Greatest Benefit to Mankind – a medical history of humanity.* W.W. Norton & Company, NY, London

Rosen, George (1958): *A History of Public Health.* Expanded edition 1993, The John Hopkins University Press. Baltimore, Maryland.

Vallgårda, Signild og Koch, Lene (red.) (2007): *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. Munksgaard Danmark.

Kildeliste:

Ældrekommissionens rapporter:
1980 ”Aldersforandringer -ældrepolitikkens forudsætninger”, 1981 ”De ældres vilkår”, 1982 ”Sammenhæng i ældrepolitikken”.

Lovgivningen og loven om forebyggende hjemmebesøg, L1117 (http://webarkiv.ft.dk) (bilag)

Journaler fra forebyggende hjemmebesøg fra Frederiksberg Kommune 1995-1998, udlånt af CESA. (analyse som bilag)

Tidsskriftet ”Sygeplejersken” 1983, 1986, 1989-1995. Angives i analysen via nr. af tidsskriftet og årgang eks. 34/94. Her opstillet i den rækkefølge man læser:
(35/1986) ”Katastrofal udvikling for plejehjemmene” af Anders Severinsen
(50/1991) ”Lever ikke længe på plejehjem” af Lars Peter Bergqvist.
(28/1986)”Har de ældre valgmuligheder på boligområdet?” af Inger Rosenkvist (redaktør)
(21/1991) ”Eget eller egnet hjem” af Hans Geisler
(40/1983) ”Borgerne har krav på samme sygeplejekvalitet” af Birthe Wernberg Møller
(47/1983) ”Sundhedsfremme og egenomsorg de blandt ældre” af Agnes Bjørn
(28/1989) ”Omsorg som grundlag for sygeplejen” af Anne Vesterdal
(7/1991) ”Omsorg i stive strukturer” af Jette Joost Michaelsen og Maria Uldall Jepsen
(33/1989) ”Opsøgende hjemmepleje hos ældre” af Eva Vestergaard og Mikkel Vass
(35/1990) ”Opsøgende hjemmebesøg” af Anne Vesterdal
Tillæg i 35, 1986 *”Sundhedsvæsenets ansvar for sundhedstilstanden i lokalområdet – herunder forebyggelse, organisation og koordination”* af amtssundhedsplejerske Jytte Petersen i samarbejde med Dansk Sygeplejeråd.
(24/1994) ”Den forsømte forebyggelse”

Rødovreprojektet. En tre-årig ældreundersøgelse 1985. Rødovre kommune og Carsten Hendriksen.
Rødovreprojektet. Afsluttende rapport 1989. Rødovre Kommune og Carsten Hendriksen.

Interviews med involverede aktører:

- Læge og lektor på institut for folkesundhedsvidenskab Carsten Hendriksen d.18/4 kl. 10:00-11:00

- Forebyggelseskonsulenterne Kirsten Foss Andersen og Ingeborg Byskov fra Københavns Kommune 31/5 kl.15-16:30

Håndbogen *"Opsøgende og forebyggende arbejde med gamle – en introduktion til opsøgende hjemmebesøg og andre måder at arbejde forebyggende på"* af Samarbejdsorganisationen Allehånde, bestående af folk med erfaring i forebyggende arbejde, blandt andet lægerne Carsten Hendriksen fra Rødovreprojektet og Mikkel Vass, der har lavet forsøg på Møn. Bogen blev udgivet med støtte fra Socialministeriets Udviklingsmidler i 1991. Medfølgende video af 30minutter.

Deltagerobservation ved arrangementet "forebyggelse og sundhedsfremme – danskerens mening" Lancering af rapporten "Forebyggelse – ifølge danskerne" af Mandag Morgen og Trygfonden, 19.4 2012, DGI byen (som bilag).

Bilag 1

Deltagerobservation af lanceringen af rapporten "Forebyggelse – ifølge danskerne" (Mandag Morgen og Trygfonden) d.18/4, 14-18, DGI byen.

Astrid Læssøe og Anders Hede fra Mandag Morgen og Trygfonden præsenterer resultaterne af rapporten. Danskerne er generelt glade for offentlige tilbud indenfor forebyggelse og støtter op om, at sundhed til dels er det offentliges ansvar, men også at det er ens eget ansvar. Det er et både-og. Omkring rygning er størstedelen glade for forbud, men alkohol er tilgengæld et punkt, hvor danskerne ved, at de drikker for meget, men ikke så gerne vil reguleres af det offentlige. Undersøgelsen er lavet via spørgeskemaer på internettet og er en måde at få befolkningen i tale på og ikke bare politikerne, mener Anders Hede.
I krisetider stiller danskerne færre krav til det offentlige
Der er opbakning til at lægerne rådgiver om sundhed. Mange vil gerne leve sundere og også gerne hjælpe andre, men indrømmer at hverdagen udfordre dette.
Danskerne har en meget bred opfattelse af sundhed (undgå rygning, få søvn nok, spise sundt, bevægelse).
At nyde livet er en vigtig faktor. Man vil ikke straffe usund livsstil.
Omkring holdningen til billisme er der et tydeligt ideologisk skel → resultaterne her er præget af den offentlige debat.

Spørgsmål og refleksion fra salen: Stiles der mod de ældre eller børnehavebørnene i forebyggelse? Er der forskel på når der spørges konkret og når der spørges principielt? Hvorfor er der ikke fokus på medicin og vacciner? Er undersøgelsen repræsentativ? Kønsperspektiv – kvinderne er lidt mere positive overfor forebyggelse. De usunde er mere negative overfor forebyggelse.
Hvad med at snakke om KRAM S faktorer, som også inkludere den mentale side "selvværd". Selvdiciplinen er et ideal, men er svær i praksis.
Anders Hede: Hvis man gennemfører ting der virker i praksis vil der komme bred opbakning, nævner grænsehandel. Rygning er helt anderledes end fedmeproblemet, sværere at lovgive omkring. (der bliver gået ret kritisk til undersøgelsen)

Holdninger og handlinger:
Lene Silladsen fra Køvenhavns Kommune, Morten Grønbæk fra SIF, Anne Løkke fra Københavns Universitet og Jørgen Goul Andersen fra Aalborg Universitet diskuterer resultaterne af rapporten. Politiske tiltag følger ikke med vores holdning – vi er mere klar til ændringer end hvad politikerne tror (Morten). Undersøgelsen bekræfter hvad vi ved, opmærksomhedspunkter. Mindre opbakning af forebyggelse og mere til sundhedsfremme. Man må skabe muligheder og ikke forbyde (Lene). Tiltagende individualisering ligesom man så det i firserne – en reaktion på krisetider, ikke høje forventninger til det offentlige. Mediesignaler spiller en stor rolle (Jørgen). Spændende at danskerne "griber i egen krave" i dag, før ville man have gjort noget for børnene. Det vil man også i dag, skolen som et sted man kan forandre (Anne). Der er flere aktører der skal arbejde sammen for at forebyggelse kan lade sig gøre, at undgå indlæggelse osv. Man må indrette hverdagen anderledes og lægge vægt på dagligdagen. Hvilken indvirkning har markedskræfterne? (Lene). Snak om liste af billige løsninger for forebyggelse, som vidensråd for forebyggelse har uddelt til deltagerne. Vi begynder at holde af reglerne og accepterer dem indenfor få år. Mange forsøg lukker igen trods gode resultater (Anne). Når det handler om medicinske forsøg er der god respons fra politikerne, men ved forebyggelse kan de let sige "det tror jeg ikke på"- noget man skal tro på. Man er nødt til at beslutte noget på nationalt plan eks. røgfri skoler (Morten). Problematisk at de unge i Danmark drikker mere end i andre europæiske lande.

Kommentarer: Erhvervslivets deltagelse og at der (også) tænkes på profit. Hvor er grænserne for

velfærdsstaten og hvornår blander man sig for meget? Ideologisk tredelt svar i undersøgelsen. Præget af hjælp til selvhjælp.

Fremtidens forebyggelsespolitik
Astrid Krag, minister (S), Sofie Løhde (V), Sofie Hæsstrop Andersen (S) og Joakim B. Olsen (Liberal Alliance) i diskussion.

Astrid Krag indleder med at sige, at vi står i den værste krise siden 2. verdenskrig og at vi må tænke fremad, skabe fælles fokus og se på de største risici. KRAM faktorer og mentalt sundhed, forebyggelse er én af nøglerne. Det er svært at vælge sundheden og vi skal turde tage det første skridt og gøre det sunde valg lettere. Alle aktører må i spil og vi skal undersøge rammerne. Sammenlignet med andre lande ligger vi lavt i sundhed og har stor ulighed i sundheden. (Der bliver generelt sammenlignet meget med andre lande, desuden argumenteres der meget ved hjælp af tal og statistikker)

V: Vi har forskelligt ansvar og må differentiere. Pisk er ikke vejen frem.
S: Der er meget vi må have et kollektivt svar på
Liberal Alliance: Uhyggeligt når socialister vil hjælpe. Arbejdsløshed er pt. et større problem end sundhed. Markedet skal bestemme ikke staten. Civilsamfundet er stærkt og kan løse den sundhedsmæssige opgave.
Astrid Krag: De nære fællesskaber tæller, aktivere borgerne og få dem med – udvikle forebyggelse fællesskaber. Der er mange gode eksempler ude i kommuner osv. Gulerod frem for pisk.
Liberal Alliance: Det er danskerne selv der vil være sunde. Nævner DGI som eksempel på borgermagt til at gøre noget for sundheden. Jeg vil ikke definere hvad det gode liv er. Mediernes indflydelse og slankeprogrammer mm.
S: Danskerne vil guides. Industrien må gerne blande sig. Joakim B. Olsen kommenterer at flere sundhedsråd eks. madpyramiden fejlede.
Astrid Krag: Det er statens ansvar at udligne polariseringen i sundhed, skabe lighed.
V og S i diskussion om alkoholregler og hvorvidt der skal laves tiltag fra nationalt plan eller om unge selv skal tage ansvar.
Astrid Krag: Vi skal have medejerskab, borgerinddragelse som kodeord. Gå ind i hverdagen!
Liberal Alliance: Vi vil ikke blande os i motionsvaner. Ikke den rigtige vej med fedtafgifter. Vil ikke bestemme over de erhvervsdrivende. Det handler om kulturændringer. Løfte det lokale ansvar.
S: DGI blev til med støtte fra Københavns Kommune, ledelse er godt!(modsvar).

Spørgsmål og refleksion: Mennesker der trives er tilbøjelige til at leve sundere. Prisstigninger på cigaretter. Forældreansvar. Krag: politikernes opgave at udligne geografiske forskelle i sundhed. Sunde boliger – mange faktorer spiller ind på sundhed.
Anders Hede: Man bør lytte til befolkningen – de er kloge på sundhed.

Bilag 2

Lov om forebyggende hjemmebesøg.

Op til loven om forebyggende hjemmebesøg viser Jørn Petersens oversigt over lovgivningen på ældreområdet en udvikling mod mere lovgivning omkring ældres vilkår og medbestemmelse (se efterfølgende side). Vilkårene for de ældre vurderes specifikt i Ældrekommissionens undersøgelse, hvor ældres boligforhold kritiseres. Egnede boliger til ældre som et led i en plejehjemsforebyggende udvikling tages op og i 1987 indføres Ældreboligloven, der påbyder kommunerne, at bygge egnede ældreboliger. Udviklingen i hjemmehjælpen bliver mere brugerdefineret med større valgfrihed for den enkelte (Petersen, 2008:158 (2)). Brugerne, de ældre og deres individuelle krav er her i højsædet. Klageråd og ældreråd i kommunerne bliver oprettet samme år som de forebyggende hjemmebesøg og peger ligeledes i retning af mere medbestemmelse for de ældre og deres nye status af forbruger.

5. december 1995 fremsatte socialminister Karen Jespersen, under den nye socialdemokratiske regering ledet af Poul Nyrup Rasmussen, et lovforslag om at indfører forebyggende hjemmebesøg. I forslaget bemærkes det, at ”med lovforslaget opprioriteres den forebyggende og sundhedsfremmende indsats over for ældre”. Formålet er at skabe ”tryghed og trivsel, yde råd og vejledning om aktiviteter og støttemuligheder”. Desuden bemærkes det, at ordningen vil hjælpe de ældre til ”bedre at udnytte egne ressourcer samt bevare funktionsniveauet længst muligt” det kan ”afværge eller udskyde senere behov for offentlig hjælp”.
Rødovreprojektet nævnes som første systematiske studie af hjemmebesøgene og som et forbillede. Dog kan de gode resultater fra projektet ikke ventes at blive overført direkte ”Det er vurderingen, at udviklingen siden begyndelsen af firserne inden for såvel social- som sundhedsvæsen, indebærer at hjemmebesøg ikke vil medføre samme markante resultater med heraf følgende besparelser, som blev påvist i Rødovreprojektet” dog har senere projekter vist, at de ældre er glade for ordningen og får bedre humør og trivsel samt mere livskvalitet. ”Personale, der har medvirket i forsøg med opsøgende virksomhed har bl.a. peget på, at der er klare psykologiske effekter hos de ældre”. Meningen med loven er at ”trække” kommunen i retning af øget fokus på forebyggelse og aktivering af borgerne i omsorgstilbudene. (FolketingsTidende 1995/1996, Tillæg A side 2619, Lovforslag L 107)

Lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre m.v.

VI MARGRETHE DEN ANDEN, af Guds Nåde Danmarks Dronning, gør vitterligt: Folketinget har vedtaget og Vi ved Vort samtykke stadfæstet følgende lov:

§ 1. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde forebyggende hjemmebesøg til alle, der er fyldt 75 år, og som bor i kommunen. Kommunalbestyrelsen tilrettelægger besøgene efter behov, dog skal forebyggende hjemmebesøg tilbydes mindst 2 gange om året.

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

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

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

§ 4. Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland.

Givet på Christiansborg Slot, den 20. december 1995

Under Vor Kongelige Hånd og Segl

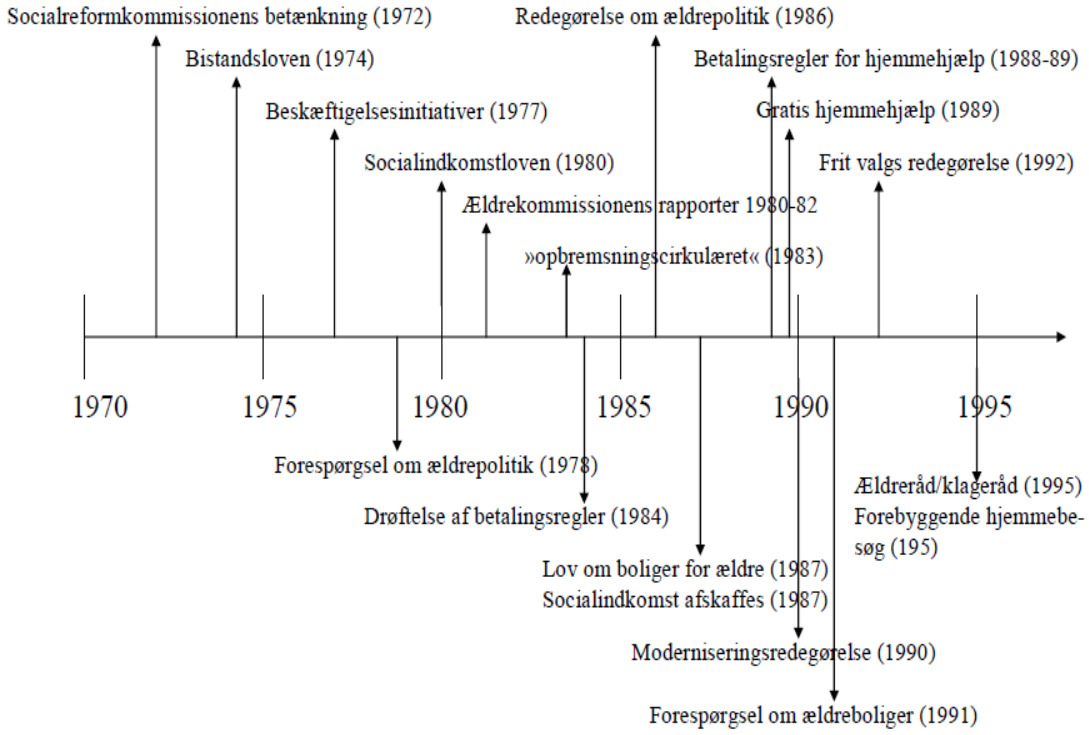
MARGRETHE R.

/Karen Jespersen

www.retsinformation.dk

Loven fra 1995 ophæves og de forebyggende besøg ligges i 2010 ind under Serviceloven §79a (L629), hvor ældre der modtager både personlig pleje og praktisk hjælp kan undtages fra besøgsordningen.

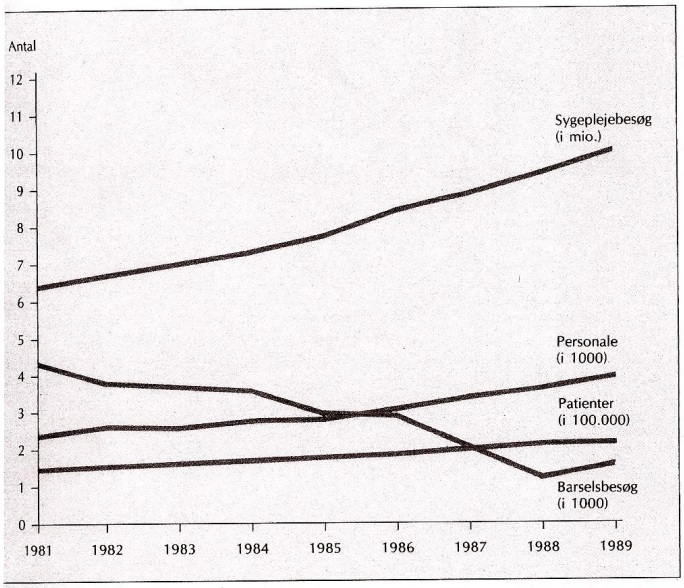
Figur 13. Udviklingen 1972-1995



Politisk udvikling ifølge Jørn Petersens undersøgelse af hjemmehjælpens historie (Petersen, 2008:130)

Bilag 3

/ÆKSTEN HJEMMEPLEJEN



/iklingen i hjemmesygeplejen: Besøg, patienter og personale 1981–1989.

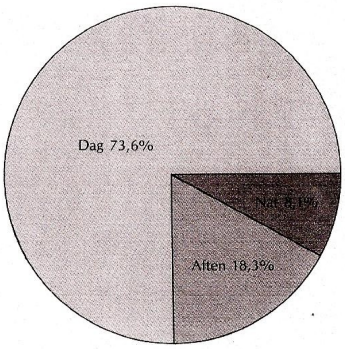
Væksten i hjemmesygeplejen synes at fortsætte. Besøgstal, patientantal og personaleantal viser en jævn årlig vækst. Den største relative vækst i besøgstallet sker uden for dagtimerne, hvilket er en følge af stigningen i antal kommuner med aften- og døgnpleje.
En stadig stigende del af patienterne er over 67 år, så patientskaren kan siges at ældes.

Kilde:

***Sundhedsstyrelsen:* Statistik om virksomheden i hjemmesygeplejen 1988 og skolesundhedstjenesten 1987/88. Primær sundhedstjenestestatistik III: 12:1990.**
Tallene i tabellerne, som er oplyste af Sundhedsstyrelsen, er foreløbige og har indtil nu ikke været offentliggjorte.

/iklingen inden for hjemmesygeplejen 1989 og 1988. Hele landet.

	1989	1988	Ændring i pct.
Besøg i alt:	10.124.004	9.433.733	+7,3
Heraf: dag	7.448.783	7.392.910	+0,8
aften	1.855.681	1.544.416	+20,2
nat	819.540	496.407	+65,1
Heraf: –66 år	2.103.418	2.133.807	–1,4
67–	8.020.586	7.299.926	+9,9
Patienter i alt:	223.195	216.582	+3,1
Heraf: –66 år	62.479	65.011	–3,9
67–	160.716	151.571	+6,0
Besøg til barselspatienter:	1.548	1.216	+27,3
Personale:	3.832	3.506	+9,3
Befolkning i alt:	5.133.197	5.129.516	+0,1
Heraf: –66 år	4.433.557	4.435.621	–0,1
67–	699.640	693.896	+0,8



Besøgenes fordeling på dag, aften og nat. Hele landet 1989.

ntal kommuner med døgnordning i hjemmesygeplejen.

År	1978	1985	1986	1987	1988	1989
Antal kommuner	1	37	68	83	98	136

nm. Tal for 1985 og 1986 er oplyst af Socialstyrelsen.

Bilag 4

Delvist transskriberet interview med læge og socialmediciner Carsten Hendriksen d.18 april, 2012 på Institut for Socialmedicin

(00:20) Der var ikke tænkt særligt meget på forebyggelse indenfor ældreområdet inden Rødovreprojektet, tankerne var der, men der lå ingen større undersøgelse. ”Det der hed forebyggelse var en by i Rusland [før 70erne] på ældreområdet altså..” Hendriksen er ikke den første til at lave forsøg, da der har været mindre forsøg eks. en stadslæge i København i 70erne der går ud til de ældre. Der bliver kun publiceret lidt.
Rødovreprojektet er samtidig med Ældrekommissionens arbejde, i England, Wales, kommer også en undersøgelse og det til sammen giver en stor opmærksomhed på feltet. ”På en eller anden måde vækker det altså noget opsigt” (02:25)
”Du kan slet ikke forestille dig hvordan det var, det der med, at vi i dag snakker om kost og motion..det gjorde man slet ikke. Fysisk aktivitet talte man stort set ikke om i 70erne”.

Hendriksen mener, at det er en vigtig forudsætning for forebyggende hjemmebesøg, at man i 30erne har sundhedsplejerskeordningen. (03:04)”Det er en vigtig forudsætning i forhold til forebyggende hjemmebesøg det er, at man i trediverne startede sundhedsplejeskeordningen..altså det, at der kommer en repræsentant fra sundhedsvæsenet, en fra kommunen, som rent faktisk går ud og besøger de her mennesker det vil sige allerede unge mennesker de har været vandt til, at der kom én fra kommunen og satte sig ned og snakkede med dem. Det har man accepteret”.
L: Det har banet vejen...
H: ”Vi undrede os over at folk, da vi lavede de kontrollerede undersøgelser..de sagde ja til hjemmebesøgene”(04:35) siger Hendriksen. Noget der får stor betydning er, at Hendriksen tager kontakt til TV avisen, fordi han mener, at resultaterne skal bredere ud i offentligheden. Karen Jespersen var journalist på Danmarks Radio og hun tog med ud til Rødovre og var med hjemme hos de ældre. Karen Jespersen blev nogle år efter socialminister. Det kom ovenfra hele bevægelsen ”min holdning var – det er ikke sikkert..der er lavet nogle videnskabelige undersøgelser, men det er ikke nagelfast det her..så vi ville gerne have, at det blev bygget ligeså stille op nedefra” Det skulle være noget kommunerne selv skulle bestemme (05:50).
I finanslovsdebat bringer Karen Jespersen forebyggende hjemmebesøg på banen, som finansieres gennem ”ørefonden”(Hendriksen forklarer, 06:44). Det kom bag på Hendriksen og Vass, at det blev vedtaget ved lov ”vi opdagede det i pressen”. De har lånt noget af retorikken fra Rødovreprojektet. Vass og Hendriksen synes slet ikke det lignede, ikke sundhed, men mere en samtale – ikke fire gange om året, men to. Vi var overbevist om, at man måtte have noget sundhed med ”Man kan ikke gå ud og tale med ældre mennesker uden at inddrage deres helbred for det er fundamentalt”(08:21) siger Hendriksen som kommentar til den lov der blev indført i 1995. Man har senere hen lagt meget mere vægt på sundhed, men loven var bare en rammelov uden defineret indhold (09:25).
”Kommunerne var ikke forberedt på det” ”Skal vi nu også til at besøge gamle mennesker som er raske?”(10:31), kommunerne var ikke begejstret. ”Mange kommuner føler, at tingene kommer ovenfra” og, at de pålægges mange ting (vi snakker om, at staten fører økonomi over til kommunerne, DUT midler). Man lagde penge ud til kommunerne i forbindelse med forebyggende hjemmebesøg. Kommunerne bliver ikke hængt op på det, hvis de ikke udfører besøgene, der har Ankestyrelsen været ude og evaluerer, hvordan og hvem der udfører forebyggende hjemmebesøg. 60% tager imod besøgene, hvilket Hendriksen er imponeret over.
(14:50)Samtidig med de forebyggende hjemmebesøg udvikles tingene i kommunerne eks. døgnplejesystemets udvikling har en indvirkning, genoptræningstilbud.
Liv: Har det også noget at gøre med Ældrekommissionens rapporter?
Hendriksen: ”Jeg tror faktisk Ældrekommissionens rapporter får stor betydning for tankegangen” (Vi snakker om hvornår rapporterne er fra).

”Vi planlægger samtidig med Ældrekommissionens arbejde”
(16:50)Gerontologiudvalget i lægeforeningen udvikler Rødovreprojektet, som udgår fra Herlev Hospital, da Carstens mentor er der. Pengene kommer fra Helsefonden.
Liv: Hvor var I inspireret fra? Hvorfra kom motivationen?
Alle de gamle mennesker der var syge og kom på Herlev Hospital, ”det var frygteligt med al det ”causa socialis” - det har ikke en skid med causa socialis at gøre – de fejler jo noget, mente Hendriksen. Jeg blev ansat sammen med Henning Kirk som også var læge på Herlev og vi lavede en undersøgelse sammen. (19:01)”Jeg blev interesseret i hele ældreområdet”. Jeg skulle have været mave-tarm læge, men tænkte der er ingen der gider beskæftige sig med gamle mennesker, så det vil jeg (19:25). Dengang var der meget få kolleger der forstod det at ”rode med ældre og ude i deres eget hjem”det her er jo et universitetshospital..og teknologi og alt muligt”, ingen prestige. (ca.19:50). ”Det var bunden af fjerde division at beskæftige sig med ældre som læge”. Det er i virkeligheden dog meget sværere at beskæftige sig med ældre – tage stilling til funktionsevnen og hvad man skal ligge vægt på i behandlingen og i udredningen så ikke man overbehandler. Holistiske tilgang, ”frygteligt udtryk”, men dog noget man må se mere på.

(22:10)De praktiserende læger der var med var fra Rødovre. Vi gik til borgmesteren og socialudvalgsformanden i Rødovre og så nedsatte vi en styregruppe med folk fra kommunen. ”jeg cyklede rundt til de praktiserende læger”. Det var vigtigt at få dem med da de skulle udfylde skemaer omkring brugen af almen praksis. ”Hver måned tog vi ud og spurgte hvad har du af skemaer i denne måned”(24:00).

(25:05) Der er mange af de ældre jeg kan huske den dag i dag. Optagelser af livshistorier. De gamles perspektiv, de skrev en masse ned om deres dagligdag – det konkrete (vi snakker om de optagelser Hendriksen lavede dengang og det pensionisterne skrev ned, at han fornylig har haft kontakt med én der gerne ville have optagelsen med sin mor fra dengang).
(28:18) Rødovre 2 projektet var en koordinerende sygeplejerske, Edith Strømgaard. Det er først nu det er indført i Københavns Kommune det hedder ”udskrivningskoordinatorer”. Hendriksen morer sig, hver gang kollegerne snakker om det og mener de var forud for deres tid med projektet. ”Jeg opfatter det som en kæmpe succes derude” – jeg snakkede med Københavns Kommune, men der sad en frygtelig chef (censureret navn) der mente, at det ikke var kommunens opgave at koordinere, men derimod sygehusets.

(30:12)Hvis man deler ældreområdet op så findes der forskellige stadier af funktionsevnetab og der, hvor forebyggende hjemmebesøg har effekt er ikke ved de meget plejekrævende, men det er ved de velfungerende og de der har små funktionsevnetab (snakker om hverdagsrehabilitering, hjemmehjælpens rolle i at vurdere ændringerne hos den ældre. At inddrage borgeren i rengøringen.) Sektorovergangen problematisk - At lære hinanden at kende er meget vigtigt. ”Vi bliver nødt til at bygge bro mellem vores systemer” (33:56).
Vi har været vandt til at behandle nu og her men ikke tænke fremad, eks. koordinerende sygepleje har der længe været snak om. ”Du vil garanteret..når du går tilbage i tid..og det er ikke bare mig men også andre...vil du kunne finde noget som vi snildt kunne have siddet og skrevet i dag”(34:20). (Jeg bekræfter og siger at nogle ting ikke kunne forudses) Hendriksen mener, at man ikke forudså medikamentiel behandling indenfor ældreområdet (Hendriksen forklarer ordination). Ordinationen af medicin bliver det sværere i fremtiden for vi kender ikke til krydsreaktionerne. Brugen af kolesterolsænkende medicin eksploderer i øjeblikket (39:10). Etikken omkring, hvordan vi gerne vil dø – diskussion om hjertestartere på plejehjem.
L: Kan det forebyggende hjemmebesøg også komme ind der?
H: ”Altså..ja, det kan de godt, men det kræver igen kvalificeret personale. For mig har det i alle årene været sådan at det skal være kvalificeret personale, man går ikke bare ud og snakker til højre

og venstre" (41:16).
H: Meget ofte vil det være rigtig godt med en god sygeplejerske, men jeg vil sige en dårlig sygeplejerske..."
(42:04) Vass og Avlund 34 kommuners projekt i 17 interventionskommuner, hvor man laver Best Practise. Der hvor man underviser personalet klarer de ældre sig bedre. "Det er en indirekte intervention, for du intervenere ikke direkte overfor den enkelte borger men du intervenere overfor personalet". Nogle steder siger man om det ikke bare kan være SoSu assistenter der laver besøgene, men hvis man skal sidde og kigge på de ældres medicin kræver det kendskab til hele det farmakologiske område. Hendriksen synes det hører med at se på medicinen.
I nogle kommuner ser man på de ældres medicin og så tager man kontakten videre til den praktiserende læge, dog ikke systematisk.

(44:14) Problematikkerne i dag i forhold til forebyggende besøg ligger især i, at loven er kommet under serviceloven, hvor man kan undtage ældre der modtager praktisk og personlig hjælp. I den forbindelse har Vass og Hendriksen rådgivet politikerne omkring, hvordan man kunne lave en lovændring og mange kommuner har taget lovændringen i brug.
På grund af besparelser er nogle kommuner ikke så grundige med at informere om besøgene. I starten satte nogle kommuner bare en annonce i avisen, men det er ulovligt. I loven tilbydes nu kun ét besøg om året. Ældregruppen er helt anderledes i dag end i firserne, hvorvidt man skal bevare grænsen på 75 år er til overvejelse.
En undersøgelse fra Tyskland viser, at det er fint at samle nogle ældre mennesker i stedet for at tage ud i hjemmet. Man inviterer dem til et forebyggende møde, hvor man så kan tilbyde dem et hjemmebesøg. Det er ikke så omkostningstungt, det er noget man skal lave undersøgelser om. Sammenligner situationen med debatten om, hvornår man skal have fornyet sit kørekort. Skal man overveje at sætte grænsen op fra 70 til 75 år fordi folk er så friske så længe i dag? Folk lever længere og er friske længere på grund af bedre og mere uddannelse, bedre arbejdsforhold osv. Den hjertemedicinske udvikling har betydet at vi lever længere. Før i tiden døde man bare. Sådan nogle ting gør man uden vaklen og det gjorde man ikke for bare tyve år siden.

Sluttelig anbefaler Hendriksen mig at tale med Mikkel Vass som er oplagt desuden Ankestyrelsen og SUFO.
(54:14) "Det er ikke en isoleret indsats de forebyggende hjemmebesøg...det kommer samtidig med noget viden om, at det og det er altså også godt når man kommer op i årene..det hænger jo sammen"

Bilag 5

Analyse af journaler fra forebyggende hjemmebesøg.

”En velplejet ældre herre”, de første journaler

Journalerne dækker tidsrummet 1995-1997 og er fra Frederiksberg Kommune. De er arkivalier og derfor er alle borgerne, journalerne omhandler, afdøde. De tidlige journaler er opbygget i et skema som omhandler 4 temaer: fysiske, psykiske, sociokulturelle og udviklingsmæssige forhold. Under disse er der to kolonner én der gengiver ”klientens egne udtalelser” og én der er ”hjemmesygeplejerskens vurderinger og observationer”. Der er desuden plads til, at hjemmesygeplejersken noterer stressfaktorer, mestring og prioiteret behov for intervention.
Som Lise Lunding skriver ændrer skemaerne layout fra ca. 1997, hvor den ældres ”mestring/ressourcer” og ”egenomsorg” kommer tydeligere ind som begreber. Motivation er desuden et nyt tema. Journaliseringen bliver mere sproglig orienteret, hvor det tidligere var mere symbolorienteret (Lunding, 2011, 18 rapport). I de nyere skemaer angives det, hvilke anbefalinger hjemmesygeplejersken har givet og hvilke handlinger der er sat i værk. Journalerne giver et godt indblik i relationen mellem det offentlige plejesystem og borgeren og udviklingen i denne.

I 1995 står der om Knud på 76 år, at han efter sit eget udsagn er ”selvhjulpen med alt”, han har ”aldrig beklaget sig” over livet og han flytter ikke fra sit hjem ”før han skal bæres ud”. I journalen får man altså et glimt af borgerens stemme og hans egen opfattelse af sit helbred. Det er naturligvis hjemmesygeplejerskens gengivelse og det hun har bidt mærke i der skrives ned. Det noteres, at Knud og hans kone er ”indstillet på en aktiv alderdom og på at klare sig selv længst muligt”, hvilket virker som noget hjemmesygeplejersken lægger vægt på eller måske noget hun vurderer sig frem til ud fra det de har sagt.
I hjemmesygeplejerskens vurdering står, at Knud er en ”høj, let overvægtig” herre med et ”velplejet ydre”. Der er noteret, at det er et meget velfungerende hjem og at ”parret har en god livvstil” og ”stiller ingen store krav ud over et godt helbred”. Det er en anelse utydeligt, hvad der egentlig kigges efter og det virker meget præget af hjemmesygeplejerskens subjektive vurdering som tenderer til at være let moraliserende. Hun vurderer, hvordan hjemmet og den ældre ser ud med stor vægt på hygiejne.
Onse, som er en ældre dame på 84 år, siger i 1995 om sit helbred, at hun synes ”det er svært at blive gammel” fordi man ”taber ting og er længe om alt”. Her virker det til, at hjemmesygeplejersken har

gengivet noget Onse har sagt. Onse rejser meget og mener selv, at hun har haft en svær barndom. Man får fornemmelse af at hun har fortalt en del om sit liv under besøget. Hjemmesygeplejerskens vurderinger ”sniger sig” muligvis ind når der står i journalen, at Onse ”ønsker at klare sig selv”, men det kan også være noget Onse har haft brug for at understrege i mødet med ”det offentlige”, som hjemmesygeplejersken repræsenterer. Hjemmesygeplejerskens vurdering er, at Onse ser yngre ud end sin faktiske alder og, at hun er ”let overvægtig” og ”nusset i tøjet”. Selvom Onse selv har vurderet, at hun har tendens til at være depressiv står der i hjemmesygeplejerskens kommentar, at hun ”langt fra er depressiv”. Det kan eventuelt læses som en form for bedrevidenhed i mødet med borgeren. I de tidligste journaler optræder borgeren, som Lunding skriver, som et tydeligt objekt for sundhedsvejledning idet hjemmesygeplejersken forekommer let paternalistisk (Lunding, 2011:23). Det at journalerne ændre layout viser, at der har været forvirring omkring dokumentation af besøgene og muligvis også selve indholdet i dem. Mange af de tidlige skemaer er ikke fyldt ud, da det kan have virket ulogisk i sin opbygning med symboler. Journalerne viser altså et besøg som præges af, at sygeplejersken vurdere personlig hygiejne og hjemmet som sådan. Desuden vægtes det positivt at kunne klare sig selv.

Bilag 6

Interview med forebyggerne Kirsten og Ingeborg fra Københavns Kommunes hjemmepleje (ca.1 time og 30 min)
Gengivet og citeret angivet ved tidspunkt og anførselstegn.

Kirsten: Ingeborg var en ildsjæl som arbejdede med forebyggende hjemmebesøg. Karin Norbøhe var tidlig initiativtager til forebyggende hjemmebesøg, socialfaglig leder.
Kirsten: Sundhedspleje og forebyggelse (2:29)"passede som fod i hose på den måde jeg anskuede sygepleje på og det jeg gerne ville med det ik'..". Rødovreprojektet skabte evidens, Skævingeprojektet havde også effekt. (02:56) "det har en lang historie forebyggelse, det er ikke noget nyt der er opfundet det har bare haft forskellige konstitutioner undervejs ik'..". I 1991 i Vanløse hjemmepleje var der forsøg med forebyggende hjemmebesøg som Ingeborg kan fortælle mere om, da hun var leder. (03:29) "Jeg ville være sundhedsplejerske og så blev jeg sundhedsplejerske for de gamle kan man sige ik'..".
I dag er Kirsten forebyggelseskonsulent og varertager forebyggende hjemmebesøg efter Serviceloven paragraf 79a som trådte i kraft fra 1/7, 2010 med et årligt besøg til borgerne. Formålet er at skabe tryghed og trivsel og medvirke til at borgerne kan finde og bruge deres ressourcer bedst muligt. (4:08)"Min funktion er rådgivende funktion og vejledende i forhold til de tilbud der er og til at coache borgeren til at bruge sig selv bedst muligt. Jeg har et årligt besøg – ikke mulighed for opfølgning. Jeg tilskriver borgeren et brev med tid og så er det borgerens pligt til at melde tilbage hvis de ikke vil have besøget, det er frivilligt for borgeren at modtage det og jeg har notatpligt."
(min kommentar: Siger denne sætning som en remse der sidder på rygraden).
4 personer og et borgergrundlag på 3200 i Nørrebro/Bispebjerg området. (04:50)"Der er den patos i loven at besøgende skal medvirke til at skabe synergi mellem øvrige sundhedsfremmende, forebyggende indsatser i kommunen.."
Københavns Kommune er meget håndfaste omkring loven på den måde, at man ikke ser at loven ikke bliver overholdt, siger Kirsten. *(her virker Kirsten næsten ærgerlig over de strenge rammer).* Der bliver desuden opsøgt socialt udsatte borgere for at udligne den sociale ulighed der er i sundhed.
(Pause hvor vi venter på Ingeborg, ny optagelse)
Kirsten: Det, at man ikke kan måle trivsel og tryghed. (00:30) "Der er jo meget fokus på evidens må man sige i hele sundhedsvæsenet ik'(...) selvfølgelig skal man kunne måle og veje nogle ting men konnotationer kan man ikke måle og veje vel..og sundhed er en konnotation tænker jeg om det"
Hverdagslivsperspektivet som grundlag for besøg. (01:16) "Det der giver tryghed for den ene behøver ikke give tryghed for den anden" Det er det der gør det så spændende at arbejde med. (02:15)"Man ser mere på at det lovgivningsmæssige, årlige besøg skal overholdes..det vægter højere end relationen til borgeren ik'..."
(03:03)"Det kan godt være det virker hyggeligt og det er rart og der bliver drukket kaffe og det gør det -i spandevis..og det er rigtig rigtig hyggeligt, men man skal ikke tage fejl af at der sidder dybt faglige kompetente personer bag kaffen og faktisk styrer samtalen". Der er en tjekliste inde bar. Nogen forveksler det fordi det ser hyggeligt ud. Det kan ende op med at man giver hinanden et knus når man går, men tag ikke fejl..det er en dybt professionel relation.
Liv: Om SUFO – hvilken rolle spiller landsforeningen der?
Kirsten: SUFO er dannet i 2002, omkring 300 medlemmer. Kirsten har været med i 2 år og har haft bestyrelsesarbejde og har kommet til årsmøderne. For Kirsten har foreningen stor betydning. Hvis vi skal vise vores faglige kunnen vil vi gerne høres via foreningen. SIF har givet foreningen spørgsmål om, hvad SUFOs medlemmer ser som forebyggelse, desuden er man i foreningen i gang med at finde ud af et nordisk samarbejde omkring vidensdeling. (06:03) Det er dog problematisk for foreningen, at de ikke har uddannelser ud over sygeplejeske når de skal udforme projektbeskrivelser for eksempel. Det kræver akademiske kompetencer og SUFO er også noget man gør i sin fritid – det

sætter alt sammen nogle begrænsninger. (06:35)"Jeg synes det er vældigt givende at mødes landsdelene imellem" Nyhedsbreve om hvad der sker rundt omkring. Årskursus samles de temaer der ligger i tiden. Tilslutningen har været tynd sidste gang og det er ærligt, mener Kirsten, det betyder noget med tilslutning og også at arbejdsgiverne bakker op om det og sender medarbejderne afsted.
Meget af det netværksdannende der har været i Kbh. kommune er der ikke mere, siger Kirsten. Kirsten fortæller om gode initiativer indenfor uddannelse og vidensdeling. 2006, servicestyrelsen uddannelse omkring demens. 2003 samlet uddannelse. Der var tale om yderligere uddannelse nu her men der er "gået drift i den" så det bliver ikke til noget nu skal vi bare kører besøg siger Kirsten.
(10:55) Ingeborg kommer ind og tilslutter sig interviewet.
Liv: Jeg fortæller, hvad Kirsten og jeg har snakket om og Kirsten siger, at Ingeborg ved mere om hende om de tidligste besøgsordninger, da hun introducerede Kirsten til dem i sin tid.
Ingeborg: fortæller, at hun har forsøgt at huske tilbage, men at det jo er mange år siden efterhånden. (12:16)"Det jeg husker var blandt andet, at vi hørte om det der gode Rødovreprojekt, det var noget vi læste om ik'..og jeg tænkte sådan noget må vi da også lave" Hun var i Vanløse omkring 1987 og (12:50)"Der havde vi en leder som gik meget op i forebyggelse og det var der ikke så mange der gjorde dengang det var sådan noget..ahhrr behøver vi det" i 1988 begyndte man, at organisere besøgene, der kom forebyggende hjemmebesøg til dem over 80 og 70års.besøg til dem der blev udskrevet fra hospitalet og som fik tilbudt et besøg fra sygeplejen. (13:37)"Vi fik af vide at vi skulle måle blodtryk og vi skulle stikse(?) Urin". Så gik man ud med (13:59)"et blankt stykke papir" "Jammen..der var ikke noget...der var ikke nogen regler ud over at vi skulle tilbyde de her besøg som var forebyggelse". Det med at måle var det eneste der var af regler og Ingeborg siger (15:01)"jeg synes det blev lidt for laboratorieagtigt det der med urinen altså (…) jeg syntes personligt det var noget der hørte til hos lægen" Det var for at fokusere på at spore diabetes og hjertesygdomme. Vi oplevede på hospitalet, at der kom mange dårligt fungerende ældre ind – der var et ønske fra hospitalet om, at der skulle ske noget mere ude i primærsektoren. Se på, hvad der kunne gøres i hverdagen.
De første besøg. Dem vi kom ud til var motiverede siger Ingeborg. Desværre var der mangel på afløsere og man måtte se på hvad man kunne aflyse og dengang var der mange sygeplejerske der mente at de forebyggende besøg sagtens kunne aflyses (Kirsten bekræfter). "De blev overhovedet ikke prioriteret", (17:53)"de synes det var bare en hvilepause og en kaffeslapperads..det var der mange af vores kollegaer..(der mente red.)" Kirsten siger "de kunne ikke se perspektivet vel". Dengang gav man en halv time til besøget og det var let at sige at man lige kunne vinde en halv time så "der kunne man lige nå skinnebenssår" "eller en medicindosering" som hhv. Ingeborg og Kirsten kommenterer.
Kirsten: (18:50) Hele det der med med drift af afdelingen og forebyggelse det hænger bare ikke sammen og det tog Københavns Kommune konsekvensen af i 1999 med særskilt organisering". Ingeborg og Kirsten siger at omkring 1992-1993 fadede besøgene ud og så kom loven i 1995/1996. De snakker om hvordan organiseringen var. Ingeborg siger om loven (20:09): "vi var mange der kæmpede for at den skulle komme" Vi gik til mange foredrag, nævner Carsten Hendriksen. Sundhedsplejersken til børnene, samme koncept, bare til de ældre.
Liv: Hvad var jeres motivation? Hvad sagde i til de andre der synes forebyggelse var noget pjat?
Ingeborg: "Det kommer an på, hvor grove vi var..ha ha..altså jeg sagde til én det er fordi du ikke har forstået en skid..ha ha ha" man skal se ideen i at fortælle om forebygge frem for at behandle. Dengang tænkte vi ikke så meget i motivation. Kirsten siger: "Det gjorde vi Ingeborg, vi tænkte det bare ikke på den måde". Hun siger, at hun tydeligt husker, hvordan Ingeborg dengang snakkede om "det sociale" og havde øje for det sociale. Du havde det intuitivt det der med social kapital, og nærmiljøet, siger Kirsten. I forhold til at "mestre sin sygdom" så skal du også vide, hvor du kan få hjælp og hvem du skal gå til på det nære plan og kontakten med lægen. Ingeborg siger, at det ikke blev i talesat som at mestre sit eget liv (23:18)"Der var ikke ret mange tilbud dengang, hverken

med træning eller noget som helst vel, og den udvikling der er kommet i primærsektor er med de tanker der har været om sundhedsfremme og forebyggelse". Ingeborg: "Der synes jeg let vi blev opslugt i behandlerverdenen" (24:02)"Sygeplejerskerne har nok generelt været meget handlingsorienteret og udfører et stykke arbejde..det at sidde og snakke om motivation og i talesætte tingene så de bedre kunne mestre deres hverdag det var ikke...det var ikke anerkendt"*(siges med aha agtig fornemmelse)*. Kirsten griner og bekræfter "det er helt rigtigt", "der var vi lidt anderledes Ingeborg". Lederne synes ofte det samme.
Loven i 1995/1996.
Ingeborg siger, at hendes daværende leder synes det var noget pladder. "Det må borgerene altså selv finde ud af.." Der var ikke øje for funktionstab og at man kunne gøre noget ved det.
Liv: Infrastrukturen på området, organiseringen som problem.
Ingeborg: det manglede dengang og det gør det desværre stadig.
Kirsten: Vi har fået mange flere tilbud at henvise til, men der er stadig mange borgere der ikke får den støtte de har behov for.
Ingeborg: Da loven kom tog mange opgaven på sig og gik væk fra den udekørende funktion. Lederne var også med selvom de var skeptiske nogle gange. Kirsten: Vi blev også hørt omkring udviklingen af uddannelsen kan jeg huske. Omkring 2000 skete der en opblomstring og en fokuseret indstats omkring forebyggende hjemmebesøg. (28:27) "Vi fik et spillerum" til at udvikle konceptet. Kirsten: "Hvis vi ser på, hvad vi kan i dag kan man sige vi ku' meget mere dengang ik'" Ingeborg nævner en særlig leder som rykkede rundt i forskellige kommuner omkring 2000 og fik højnet fokus på forebyggelse. Da hun rejste fra Vanløse kommune i 2007 smuldrede det igen, med de visioner hun havde.
Ingeborg: I 2009, 2010 besluttede man at vi skulle over i sygeplejen, de kræfter der måske ikke vægter os så høj har trukket i den retning. Kirsten: (30:36) "Jeg kan ikke se det tydelige sammenspil vi har med hjemmeplejen og hjemmesygeplejen..jeg kan ikke få øje på det". Ingeborg fortæller at man nok havde håbet, at hvis der var for lidt at lave i sygeplejen så kunne man lave forebyggende besøg, men ellers kunne man "sylte de her besøg". Det var der så en kamp om, fortæller Ingeborg, hvor vi fik lov stadig at være en selvstændig afdeling. Vi er blevet skåret i personale også.
Vi taler om udskifting af personale *(her omkring nævner de flere gange, at informationen ikke er til referat, altså mere fortroligt materiale derfor udelader jeg navne detaljer mm., men det er tydeligt at de er meget engagerede i organisationen og at de føler sig klemt)*
Ingeborg: (37:50)"Jeg kunne godt tænke mig, at vi kom væk fra den sygepleje igen, jeg synes det er for behandlingsorienteret...når vi er sammen med dem". Kirsten fortæller, at de i hendes område skal overtage sygeplejefunktioner og (34:09)"jeg er sygeplejerske, ja, helt klart, men jeg ER også i et andet felt og har et andet fokus ik' altså". *(tydeligt frustreret)*
Ingeborg nævner, at diskussionerne i hendes område har gået på, at ledelsen vil have at forebyggerne skal "løfte sygeplejen" op, men at det er en problematisk retorik da det ikke bliver et ligeværdigt kollegaforhold. Ingeborg og Kirsten snakker om den nuværende udvikling og sympatiserer med hinanden. Snak om en yngre sygeplejerske der eventuelt kan komme og overtage deres job, selvom de har været i "branchen" længst.
Liv: Føler i at i bliver rykket rundt med?
Ingeborg: Ja! Siden 2010 har vi ingen indflydelse haft. Vi har prøvet at påvirke vores ledelse, men det var svært at få nogen indflydelse det var som om linjen var lagt.
Kirsten: (39:00)"Hvis der ikke var en lov så var vi der ikke" Ingeborg: "Hvis loven ikke var der og det ikke var en skal-ting, så var vi der ikke". Ingeborg: (39:20)"Det har vi jo også levet lidt med siden den er kommet..ændring og ændring..og den var alligevel et smut helt ude, kommunernes landsforening ville jo gerne have den helt ud der i 2009", "og det var en tilfældighed at vi kom ind igen"Kirsten: Dansk Folkeparti redde os der *(lidt flov)*. Ingeborg fortæller historien om, hvordan én der var optaget af de forebyggende besøg og Kristian Thulesen-Dahl mødtes i et tog og snakkede om besøgene. Kirsten og Ingeborg forklarer, hvordan de har forsøgt at få politisk indflydelse via

opfordringer og skrivelser til politiske partier, gennem Dansk Sygeplejeråd osv.
Det er svært fordi sygeplejerskerne er begyndt at få forebyggelse og sundhedsfremme ind i deres uddannelse, mener de. Kirsten: Det er blevet meget mere italesat i dag med forebyggelse og sundhedsfremme og borgeren fra passiv til aktiv, som et paradigmeskift.
Om de tidlige besøg. Kirsten: (43:12) ”Vi lærte jo også at sidde på hænderne ik', fra at være aktiv sygeplejerske, hvor man skulle handle ik og så til at sidde..øøjjjj, hvor jeg synes det var svært i starten ik'” ”det var en decideret aflæring” Ingeborg siger, at hun fik lov til at komme på kursus af sin chef.
Når man var ude og besøge, så opdagede man hvor stor effekt det at snakke om mestring og ressourcer havde. At vende situationen. 2003 fik vi en regulær uddannelse der var ret god, spørgeguide med temaer. Kirsten siger at under de tidligste forsøg besøg havde man nogle meget simplificerede skemaer som både var til pensionsmedarbejde og forebyggende hjemmebesøg (særligt for Bispebjerg), det var et ark. I 2000 fik vi rigtige spørgeskemaer, der har forskningen spillet ind, vi synes vi har udfyldt enormt mange skemaer men ingen har kigget på dem igen.
Liv: etikken, spørge om personlige ting osv.?
Ingeborg: Vi havde jo kørt som hjemmesygeplejerske og var vandt til at komme ind i folks hjem (49:25)”det der var anderledes ved de (forebyggende) besøg var at borgeren var sådan afventende..hvad er det nu du kommer for..og hvad kan du give mig?” Kirsten: I starten vidste borgerne ikke hvorfor vi kom jeg kan huske at det handlede meget om ”at opdyrke ny jord”. Arbejde med at informere og ”træde en sti” og vise troværdighed, at man kom igen når man havde lovet det. ”At når vi lovede vi kom igen om et halvt år, så kom vi også igen”. Der var en forventning om, at man måske kunne få penge ud af det. Diskursen i samfundet har ændret sig mener Kirsten, folks opfattelse til det offentlige har ændret sig.
Ingeborg: Nogle mener man skulle bruge forebyggerne i en hjemmehjælperfunktion når der nu blev skåret i hjemmehjælpen. Kirsten: 2007 med kommunalreformen har samfundet ændret sig markant, behandlingsgaranti er blevet fokus for borgeren og en folkesundhedsdiskurs omkring, at man kan gøre noget selv med sund kost.
Ingeborg: Mediernes rolle, sundhedsfremme og sundhed i tv programmer er med til at give folk mere fornemmelse omkring forebyggelse og hvad det kan være.
Hverdagslivet er omdrejning for forebyggende hjemmebesøg, Kirsten: (54:00)”Vores besøg afspejler også meget en samfundsstruktur ik'..så har folk hørt noget om d-vitamin og så skal vi kunne fortælle om det”
Vi snakker om egenomsorgsbegrebet. Kirsten fortæller at det teoretisk kommer fra 70'erne, Orems sygeplejeteori. I dag er der meget skarpere fokus på, at man skal være med og klare nogle ting selv. Der er ikke noget nyt under solen omkring aktive borgere.
Liv: Var det kontroversielt?
Kirsten: Jo for det er vel også egenomsorg at passe sig selv. Ingeborg mener, at nogle dækker sig ind under egenomsorgsbegrebet og lader folk bruge alle kræfter på eksempelvis at knappe en skjorte. Undrer sig over, hvorfor man ikke før har haft fokus på mestringsevner. Vi snakker om, at det også er vigtigt, at de der bevilliger pengene har fokus på dette, politikere mm.
Kirsten: (57:05)”Afstemningen af forventningerne mellem borgeren og de ydelser kommunen kan give det er den fornemste opgave for en visitator”. Ingeborg mener, at man ved besøgene har udskudt mange klager til det offentlige fordi man får folk til at se lidt anderledes positivt på tingene. Mange er glade for, at de kan klare sig selv.
Liv: Er der et spændingsfelt mellem besparelser og medmenneskelighed i besøget?
Ingeborg: ”Jeg tænker ikke besparelser når jeg er ude”. Kirsten forklarer om tiden omkring 1999, hvor valgfrihed i hjemmeplejen blev et stort fokus med privat hjemmehjælp. Visitationen blev skabt så man kunne styre, hvem der fik penge om hvem der ikke gjorde. Alt blev gjort op lige ned til de mindste detaljer om hvor lang tid man fik redt hår og der er det heldigvis blødt op igen, hvor man nu mere har nogle rammer at arbejde indenfor. (1:05)”Man kan jo ikke se folks behov sådan!” der er

mestringsbegrebet anderledes. Man har introduceret ICF[44] systemet, hvor man ser på hvad det er mennesket kan og gerne vil opnå. Det hedder COS2, hvor man tager WHOs tanker ind. Så der sker rigtig meget på feltet lige nu, mener Kirsten. Vi vil gerne være en del af udviklingen (1:07)"men vi vil ikke assimileres vi vil integreres".
Liv: Hvad er jeres forhold til hjemmehjælperne?
Ingeborg: Man kan fritage personer med personlig og praktisk hjælp fra besøg så mange af dem der får hjemmesygeplejerske kommer besøgerne ikke hos. Hos de der får hjemmehjælp kommer vi ofte også, de der ikke har så mange helbredsproblemer. Kirsten fortæller, at man andre steder har ordningen at når folk søger om hjælp til rengøring bliver de også tilbudt forebyggende besøg. Det giver mening ifølge Kirsten. Forebyggernes fokus er på dem med begyndende funktionstab siger begge, det er der man kan rykke. Kirsten: Og det er ikke bare noget vi siger det siger forskningen også og det er dokumenteret i 34 kommunerprojektet (Vass, Avlund)[45].
Liv: Er hjemmet de rigtige rammer for det forebyggende besøg?
Kirsten: Det giver ikke mening ikke at komme hjem til folk (1:07)"for du kan se så meget af livshistorien og funktionsevnen i borgerens hjem" hvis det bare er en forebyggende samtale taber man mange facetter. Ingeborg mener det fortæller, hvad vedkommende prioriterer.
Ingeborg fortæller om et sted hun har besøgt, hvor der var mus og at hun altså "ikke kunne klare det", "det så egentlig rent nok ud" siger hun, men damen havde en hund som Ingeborg var lidt nervøs for og pludselig kom der mus løbende over gulvet.
Liv: Det lyder til at i også er lidt på udebane.
Kirsten: (1:10)"Det er klart at når vi kommer i folks hjem så er der..altså man skal tage gæsterollen på sig ik' og når jeg ringer på et nyt sted siger jeg altid "ja jeg har jo inviteret mig selv", det starter jeg altid med.."jammen det var da dejligt og kom du indenfor".." Det er en ydmyghed. Man får så mange historier og man kan lige få trykket og så fortæller folk. Kirsten siger hun er glad for sit job og at det virkelig giver mening.
Liv: Jeg har hørt om forsøg med forebyggende samtaler i stedet for at besøge folk hjemme..
Ingeborg: det startede vi på og der er mange gode tiltag i det her, i 2011 lavede vi nogle temamøder som folk kunne deltage i og der fik vi faktisk fat i nogle nej-sigere. Vi synes faktisk at det var en succes. Vi snakker om at flere mænd end kvinder tendere til at sige nej til besøg, Kirsten fortæller om et eksperiment hvor man henvendte sig meget direkte og skrevet præcis hvornår man kom og der var flere mænd med. Begge mener at temamøder osv. kunne være et supplement til de forebyggende besøg. Sundhedshusenes funktion diskuteres.
Kirsten reflektere over at hende og Ingeborg har været frontløbere for forebyggende hjemmebesøg og meget aktive indenfor feltet.
Liv: Hvad er det mest problematiske for jer pt?
Ingeborg: Vi vil gerne have lov at lave opfølgende besøg, som tingene er nu kan vi kun tilbyde ét besøg om året- det er blevet skærpet siden 2011. Vi kan få lov at snakke i telefon med borgerne, men ikke tage på besøg. Vi har fået drejet armen om siger Kirsten. Ingeborg: (1:23)"Det vores modstandere jo siger er "jammen der er kommet så mange andre tilbud" og det er der også så vi skal også lærer at bruge de andre tilbud." Tilbudene er meget mere organiseret end de var før og vi skal lærer at "sende borgerne videre" i forebyggelsessystemet. Der hvor vi skal have lov til at lave opfølge besøg er der hvor de (ældre red.) ikke vil gå til nogen, nogle ældre der har det lidt svært omkring nogle ting og lige skal have et lille skub. Kirsten: Rødovreprojektet der trådte man nogle barnesko og der var ikke nær så mange tilbud.
Vi afrunder og jeg fortæller igen om den opgave jeg skal skrive og hvad mit fokus er.
Ingeborg tilføjer: (1:26)"Det har været svært for os at dokumentere vores arbejde" Kirsten siger: "Men jeg ved det rykker..."
Ingeborg: "Det at vi forstår dem og forstyrre dem, dét er guld værd".

44 International Classification of Functioning, disability and health
45 http://www.ifsv.ku.dk/ominstituttet/afdelinger/socialmedicin/forskning/gerontologi/forebyggende_hjbe/

Bilag 7

Forebyggelse for ældre - politik og professionel omsorg 1980-1995

- en analyse af lovgivningen på ældreområdet, den sygeplejefaglige debat og interviews vedrørende ældrepleje og forebyggende hjemmebesøg i perioden 1980-1995

Baggrund for projektet

Forebyggelse er på dagsorden. Oprettelsen af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses i 2007 kan ses som et led heri. Til april 2012 offentliggør Mandag Morgen i samarbejde med Trygfonden deres nye store undersøgelse af danskernes holdning til forebyggelse og sundhedsfremme med et stort opbud af politikere, borgmestre, sundhedsprofessionelle og forskere[46]. Forebyggelse kobles i høj grad til aldring og den ældre del af befolkningen som en voksende gruppe der kræver opmærksomhed og innovative løsninger i fremtiden og fremtidens ældrepleje. 2012 er på EU plan året for aktiv aldring og solidaritet mellem generationerne[47], og dermed en anerkendelse af, at der er brug for nytænkning og projekter der vil sætte særlig fokus på disse aspekter af aldring. EU's fokus i år understreger desuden, at der er brug for, at både de ældre selv, og samfundet omkring, ændre synet på aldringsprocesser og alderdom. Inden for forskningen er der med eksempelvis Center for Sund Aldring, som tværfagligt center med støtte fra Nordea, også et tydeligt fokus på feltet[48]. Det ser i den grad ud til, at fremtiden byder på mere forebyggelse, som en ”naturlig udvikling” og et stigende fokus på ældres behov og funktionsbevarelse på politisk, fagligt og forskningsmæssigt plan.

”Vi kan leve længere og sundere”[49] Siges det i forebyggelseskommissionens rapport fra 2009. Vi er mere syge end vi burde være og i det hele taget er der et uudnyttet potentiale i os, som det forebyggende arbejde kan udfolde. Hvis man ser på ordet *forebyggelse* har det den græske betydning ”at bevogte på forhånd” og knyttes i øvrigt til det lægevidenskabelige ord profylakse (wikipedia). På ordnet.dk knytter ordet betydning sig til at forsøge at *hindre noget uønsket, fx sygdom, i at opstå eller brede sig ved at træffe bestemte forholdsregler*[50]. På hjemmesiden ældreviden.dk går *forebyggelse, kost og motion* ind under samme emne og er altså begreber der ligeledes kædes sammen. Forebyggelse har altså tydeligvis flere betydninger og knytter sig både til

46 https://www.mm.dk/forebyggelse-og-sundhedsfremme-ifoelge-danskerne
47 http://europa.eu
48 http://sundaldring.ku.dk/om-os/
49 Forebyggelseskommisionens rapport fra april, 2009 ”vi kan leve længere og sundere”.
50 www.ordnet.dk

sygdom, forholdsregler, kost og motion. På denne måde er forebyggelse også knyttet tæt til risiko og farer men også til potentiale og egen vilje.
"Forebyggelse er mere end tobak" mener overlæge Carsten Hendriksen da også[51]. Han arbejder blandt andet med forebyggelse og ældre og er én af kræfterne bag de første undersøgelser og håndbøger i forebyggende hjemmebesøg til ældre. Han understreger de mange aspekter af forebyggelse til ældre som knytter sig både til livsstil, levevilkår og rehabilitering. *Hjemmebesøget* er her et tiltag der har til hensigt at mindske funktionsevnetab hos de ældre, ifølge Hendriksen.

Der kan ses forskellige nuancer i og opfattelser af forebyggelse og specifikt forebyggelse for ældre, som kommer til udtryk til forskellige tider og hos forskellige aktører. Det er noget af det jeg gerne vil undersøge nærmere i mit projekt.

Indkredsning af problemfelt

Jeg selv har været involveret i forskningen i forebyggelse for ældre via mit studiearbejde på Center for Sund Aldring, program 5 (CESA). I den forbindelse har jeg læst rapporter og evalueringer, samt journaler fra forebyggende hjemmebesøg og det vil derfor være den del af forebyggende arbejde med ældre jeg fokuserer på.
I CESAs delrapport "Forebyggende hjemmebesøg hos borgere på 75 år og ældre i Frederiksberg kommune" fra 2011, undersøges via observationer og interviews, hvordan det konkrete forebyggende hjemmebesøg i Frederiksberg kommune *gøres*. I den forbindelse, hvordan udviklingen i offentlig sundhedsfremme kan ses som en subjektivering af den ældre borger og ligeledes kan problematiseres i et styringsperspektiv. Det berøres her kort, hvordan den offentlige sundhedsfremme for ældre hænger sammen med den bredere samfundsudvikling der først efter 2.verdenskrig har rettet fokus mod ældre, som et led i velfærdsstatens opbygning[52]. Først i 1995 indføres loven om forebyggende hjemmebesøg som et led i et fokus på ældres sundhed på institutionelt niveau. De enkelte kommuner blev med en øget decentralisering, og kommunalreformen i højere grad ansvarlige for ældrepleje. Forebyggelse i forhold til sundhedsfremme blev en måde at rette fokus på den aktive ældre borger og samtidig spare på pleje- og hospitalsomkostninger, hedder det i rapporten[53].
På den baggrund vil jeg lave et nedslag i perioden op til loven i 1995 og se på bestemte interventioner i den periode, for at udfolde en lille del af udviklingen i ældreplejen fra pleje mod

51 Interview 1/3 2012 med Carsten Hendriksen på institut for folkesundhedsvidenskab ved Liv Grønnow
52 Forebyggende hjemmebesøg hos borgere på 75 år og ældre i Frederiksberg kommune, CESA prog.5, 2011: s.35
53 Ibid: s.36

forebyggelse på institutionelt niveau. CESA rapporten har lagt fokus på en analyse af det nutidige hjemmebesøg, men i knap så høj grad, hvad det er for et kulturelt og politisk klima loven om forebyggende hjemmebesøg kommer af.

> *Jeg vil derfor med fokus på de dynamikker der ligger som grundlag for loven om hjemmebesøg i 1995 undersøge de forskellige aktører og diskurser som er medskabende i en ældrepolitik præget af bevægelser som "længst mulig i eget hjem" og "forebyggelse frem for pleje". Hvordan argumenteres der for at forebyggende arbejde med ældre er vejen frem? Herunder vil jeg se på forholdet mellem politik og praktik i skabelsen af det forebyggende arbejde med ældre gennem lovgivning og den samtidige sygeplejefaglige debat, samt indblik i den konkrete praksis omkring de forebyggende besøg lige efter lovens indførelse og via forsøg ude i kommuner.*

Som det påpeges den føromtalte rapport ses der en hårfin balance i mødet mellem det *offentlige og private* gennem det forebyggende hjemmebesøg[54]. Det forebyggende arbejde og dermed den professionaliserede omsorg er på én og samme tid en form for kontrol over borgeren/overvågning og en omsorg eller opmuntrende opmærksomhed, som er interessant at undersøge i et historisk diskursivt perspektiv. Samtidig afspejler forholdet også statens relation til borgeren i velfærdsstatens udvikling.

I rapporten "Hjemmehjælpens historie – ideer, holdninger og handlinger 1949-2007" gøres der brug af et perspektiv omkring *ideers* indflydelse på politikken. Her fremhæves, at ideer samvirker med materielle, interesse- og strukturelle forhold på forskellige måder. Forfatter Jørn Petersen arbejder med Campbells idébegreb[55] omkring ideer der tages for givet, *baggrundsidé*, og de der løbende diskuteres, *forgrundsidé*. På den måde inddeles hver tidsperiode i ældrepolitikken i skemaer, der kan illustrere, hvilke paradigme der er herskende på pågældende tidspunkt. Paradigmet karakterisere et kognitivt niveau mens det normative niveau dækker den offentlige mening og det der kaldes "frames" som er et redskab til at legitimere politiske beslutninger over for befolkningen[56]. Jeg vil lade mig inspirere af det overordnet blik på diskursernes udvikling inden for ældreplejen som Jørn Petersen tegner, men vil gerne zoome ind og se på de processer og det spil der foregår mellem aktørerne. For at få belyst debatten i det faglige miljø og den individuelle aktørs handlinger og holdninger – det mere praktiske og strategiske niveau, vil jeg se nærmere på de diskussioner der har været omkring de forebyggende hjemmebesøg og hvordan de første besøg konkret blev udført. Jeg vil udføre interviews med aktører involveret i arbejdet med at få sat

54 Forebyggende hjemmebesøg hos borgere på 75 år og ældre i Frederiksberg kommune, CESA prog.5, 2011: s.41
55 Jørn Henrik Petersen 2008: Hjemmehjælpens historie – ideer, holdninger og handlinger: 38
56 Jørn Henrik Petersen, 2008:Velfærd for ældre – holdning og handling: s. 160

forebyggende hjemmebesøg på dagsorden, som kan give et mere mikrosociologisk perspektiv på de overordnede diskurser og den enkeltes motivationer og handlinger, som medskabere af diskurserne. Diskurs ses hos Petersen som noget der kobler det kognitive og normative niveau, men bruges ellers ikke som en diskursteori som sådan – en brug jeg har ladet mig inspirere af for ikke at lægge fokus på det teoretiske aspekt i projektet[57].

Metode og teori

De forskellige kilder jeg vil se på, afspejler alle forskellige aktørers diskussioner og holdninger til forebyggende arbejde med ældre og specifikt de forebyggende hjemmebesøg som et nyt felt inden for ældreplejen. De forskellige aktører har hver især forsøgt at påvirke magthaverne gennem diverse argumenter og det står klart at ældrepolitikken og ældreplejen ændre sig meget i årene 1980-1995. Dette er selvfølge ikke noget der sker pludseligt, men gennem små brydninger der leder til kulturændringer og ændringer i diskursen omkring ældre og det offentliges ansvar overfor dem. Jeg betragter kilderne som *diskursive begivenheder* der er med til at etablere bestemte måder at tale om ældrepleje og offentlig omsorg på. Ligeledes afspejler kilderne også de måder ældreplejen praktiseres på og indlejres institutionelt som en del af diskursen [58]. Lovgivningsniveauet er tæt kædet sammen med den praktiske udførelse, selvom det ikke altid stemmer overens. Diskursen skabes på mange niveauer og er som jeg ser det altså både det der rent faktisk siges om ældrepleje men også de handlinger der udføres og det der sker i det forebyggende besøg - netop derfor er sygeplejerskernes diskussioner og journalerne omkring de første hjemmebesøg samt interviews med involverede aktører relevante for mit fokus. Det, at der i 1995 indføres en lov om forebyggende hjemmebesøg, kan betragtes som et resultat af, at "tidens måde" at tale om og praktisere ældrepleje på, har været gunstig for en lovændring – på hvilken måde er det jeg vil se nærmere på.

Loven i 1995 fungere som en form for slutpunkt for mit nedslag i ældreplejens udvikling, mens ældrekommissionens tre rapporter fra 1980-83 er mit startpunkt. Jeg lægger vægten på denne periode, men perspektiverer resultaterne til de forebyggende hjemmebesøg i dag. I min brug af kilder opfatter jeg kilden ud fra det *funktionelle kildebegreb* – at kilden ikke er noget i sig selv, men skabes på ny i lyset af min problemstilling. Idet kilderne tillægges en betydning i kraft af nutiden må jeg reflektere over mit eget ståsted og hvorfor kilderne er interessante for mig netop nu[59]. I den forbindelse vil det også være interessant af kigge på, hvordan tiden dengang opleves i dag – det vil

57 Jørn Henrik Petersen, 2008:Hjemmehjælpens historie – ideer, holdninger og handlinger: s. 38
58 Vallgårda og Koch, 2007: Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab: kapitel 5 s.116
59 Vallgårda og Koch, 2007: Forskningsmetoder i folkesundhedsvideskaben: s.184

jeg kunne gøre gennem interviews (vidneinterview)[60] med involverede aktører der var med til at vende fokus på forebyggende hjemmebesøg i 80'erne. Jeg vil foretage interviews med:
Carsten Hendriksen: overlæge på Bispebjerg og lektor på inst. for folkesundhedsvidenskab med fokus på forebyggelse (aftale om interview flyttet til 18.april, spørge om relevante kontakter)
(Kirsten Avlund: Professor på inst. For folkesundhedsvidenskab. Fokus på tidlig aldring.)
Mikkel Vass: Seniorforsker ved inst. For folkesundhedsvidenskab og praktiserende læge. Arbejde med forebyggende hjemmebesøg.

Jeg vil spørge dem, hvordan de oplevede udviklingen omkring 80'ernes ældrepleje, hvordan arbejdet startede og hvordan opmærksomheden kom på feltet forebyggende hjemmebesøg. Jeg vil desuden hører dem om de forskellige aktørers rolle: politikere, kommuner, sygeplejere der skulle udføre hjemmebesøgene. Jeg vil spørge til forsøg i midtfirserne med hjemmebesøgsordninger og hvordan de opfatter loven fra 1995 og dens virkning – kom den efter deres mening sent i forhold til resten af udviklingen? Det er et perspektiv med mere fokus på den enkeltes oplevelse og tolkning af tiden – set i bakspejlet og på den måde selvfølgelig præget af den situation man står i nu.

De kilder jeg analyserer, afspejler primært lovgivningen og fagmiljøet omkring de der skulle udføre besøgene. I håndbogen: ”Opsøgende og forebyggende arbejde med gamle” udgivet med penge fra Socialministeriets Udviklingsmilder af arbejdsgruppen Allehånde hedder det i 1991:
”til trods for øgede offentlige ressourcer til ældreområdet er det en ***udbredt opfattelse at social- og sundhedsvæsenets samlede indsats ikke er god nok.*** *Det har især været fremhævet, at ældre* ***ikke i tilstrækkelig omfang er blevet inddraget****, enkelt- og gruppevis -i beslutninger af betydning for deres liv, ligesom der ikke er lagt vægt på at støtte* ***den enkeltes egen handlekraft.*** *En forebyggende indsats- herunder opsøgende besøg – synes at være* ***en oplagt mulighed*** *for at forbedre disse forhold.”*[61]
Det er en af de kilder, et partsindlæg, som jeg vil benytte mig af fra perioden 1980-1995 og som siger noget om hvilket behov der synes at være for de forebyggende hjemmebesøg. Derudover vil jeg se på fagdiskussioner i tidsskriftet ”Sygeplejersken” fra samme periode og de temaer der behandles omkring forebyggende hjemmebesøg. De vil kunne give et indblik i, hvad de der skulle udføre arbejdet i fremtiden diskuterede og hvilke problematikker de så, samt hvilken relation man sporer mellem visioner og handling. Til dette vil jeg inddrage tidlige journaler (1995-1998) fra forebyggende hjemmebesøg i Frederiksberg kommune og se på, hvordan sundhedsrådgiveren

60 Vallgårda og Koch, 2007: Forskningsmetoder i folkesundhedsvideskaben: s.186
61 Allehånde, 1991: Opsøgende og forebyggende arbejde med ældre: s.11

forholder sig til den ældre og hvad der især lægges vægt på i de tidlige hjemmebesøg. På politisk plan vil jeg se på lovgivningen omkring ældrepleje og især på Ældrekommissionens rapporter fra 1980-1983 som er udpeget som programmatiske tekster for den senere lovgivning [62] Desuden vil jeg via interviews med Carsten Hendriksen, Mikkel Vass og eventuelt hjemmesygeplejersker der var med ved de føsrte besøg, spørge ind til kommunens engagement i de forebyggende hjemmebesøg og se på tidlige forsøgskommuner som Rødovreprojektet[63].

Kildeliste:

Ældrekommissionens rapporter 1980-1983
Lovgivningen og loven om forebyggende hjemmebesøg (http://webarkiv.ft.dk)
Opsøgende og forebyggende arbejde med gamle, håndbog fra 1991
Journaler fra Frederiksberg kommune 1995-1998
Sygeplejersken 1980-1995 (herunder udvælges få)
Rødovreprojektet, afsluttende rapport 1989. Carsten Hendriksen som projektleder.
Interviews med involverede aktører
Deltagerobservation ved arrangementet ”forebyggelse og sundhedsfremme – danskerens mening” 19.4, Mandag Morgen

Brugerne, de ældre, optræder i denne sammenhæng kun på den måde politikere og fagfolk ser dem, da jeg har lagt fokus på det faglige og politiske niveau og den interageren der foregår samt de diskurser der etableres her. Brugernes stemme har sandsynligvis ikke været specielt udtalt så tidligt i processen, og fremhæves netop som fraværende i kilderne, men kunne være et spændende fokus, som man kunne have undersøgt gennem læserbreve i aviserne, evalueringer fra forsøg med forebyggende hjemmebesøg, dokumentarer mm. Desuden vil jeg heller ikke beskæftige mig så meget med mediernes rolle eller mediebilledet generelt – Jørn Petersen påpeger dog sammenhængen mellem mediebilledet og ældrepolitikken som en vigtig dynamik og en del af diskursen om ældrepleje. Jeg har fravalgt dette perspektiv som fokus for at indkredse dynamikker mellem fagfolk og politiske tiltag.

Litteratur:

Velfærd for ældre – holdning og handling. 2008 Syddansk Universitet.

62 Velfærd for ældre – holdning og handling, Jørn Henrik Petersen, 2008: s.174
63 Rødovreprojektet, 1989. afsluttende rapport. Carsten Hendriksen mfl.

Hjemmehjælpens historie – ideer, holdninger og handlinger. 2008 Syddansk Universitet.
(Downloaded fra aeldreviden.dk)
af Jørn Henrik Petersen.

Folkesundhed som politik. 2003, Aarhus Universitets Forlag.
Af Signild Vallgårda

Forebyggende hjemmebesøg hos borgere på 75 år og ældre i Frederiksberg kommune. 2011, CEHA

Den store fortælling om alderdommen. 2000. og *"Bedstemorsnak - Et kulturanalytisk studie af ældre kvinders liv i dansk familiekultur i det 20. århundrede"*, 2010. ph.d.
af Anne Leonora Blaakilde.

Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskaben. 2007
Af Signild Vallgårda og Lene Koch (red.)

Hjemmesider:

www.forebyggelseskommissionen.dk

www. aeldreviden.dk

(meget) Foreløbig disposition
(20 normalsider)Indledning (1/2)

Kort gennemgang af ældrepleje udvikling fra 1945-1980 (1) (få citater omkring plejehjem)

Loven om forebyggende hjemmebesøg 1995
Forsøg med forebyggende hjemmebesøg (4)
Politisk og kulturelt klima 1980-1995 (ældrekommision, lovforslag, ændret syn på ældre -avisartikler?)

Fagmiljø: Debatten i sygeplejersken tidskrift (1980-1995) Temaer (2)

Mellem det offentlige og privatliv? Sundhedsrådgiveres syn på de ældre. Journalerne 1995-1998 (2)

Aktørinterviews (tiden og forebyggelsen, visioner) (3)

Forebyggelsens versioner... (2) ?

Opsummering (1)

Projektbeskrivelse, etnologisk projekt, sommersemester 2012. Liv Grønnow.

Hvor er vi i dag – forebyggelse og forebyggende hjemmebesøg -lovændringer. Systematik og udfordringer, samarbejde mellem privat og offentlig sektor. Før og nu – hvad kan jeg sige?Evidens som en problematik? Forholdet mellem privatliv og offentlighed. Fagmiljø og politiske beslutninger.
(3)

Konklusion (1)

Godkendt, april 2012

Anne Otto