



Att. Ældreministeriet

Ergoterapeutforeningen

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

Den 17. marts 2025

Side 1

Ref.: TSK

E-mail: tsk@etf.dk

Direkte tlf.: 53 36 49 79

Ergoterapeutforeningens høringssvar vedrørende:

Vejledning til Ældreloven.

Ergoterapeutforeningen takker for muligheden for at indgive høringssvar til vejledning til Ældreloven og finder, at vejledningen overordnet set er fyldestgørende og dækkende i forhold til at kunne udmønte ældreloven i praksis. Der er dog en række punkter, som Ergoterapeutforeningen enten finder er mangelfuldt beskrevet, eller hvor der foreslås ændringer i ordlyden:

- Vedr. §1 bemærkninger: Ergoterapeutforeningen foreslår, at bemærkningerne til § 1 også præciserer målgruppen, så det er tydeligt at Ældreloven gælder både for borgere, der bor i eget hjem og borgere der bor i et visiteret døgntilbud. Det er erfaringen, at kommunerne er i tvivl om, hvorvidt helhedspleje som sådan også omfatter borgere, der bor i plejebolig.
- Vedr. §2 punkt. 13, beskrives målgruppen i forhold til alder og behov. Her gives eksempel på en borger med demens i 50'erne som værende omfattet af målgruppen og en borger med demens i 30'erne som ikke værende omfattet. Det er stadig utydeligt, hvor skellet står, hvilket kan være anledning til uklarhed i praksis og en forskellig tolkning fra kommune til kommune.
- Vedr. §2, stk.3, punkt 15 beskrives det, at mennesker, der har været omfattet af specialområdet, fortsat skal have tilbud efter SEL, eller overgå til Ældreloven. Ergoterapeutforeningen finder, at kommunerne allerede i dag reviderer borgerne i en grad, så deres psykosociale tilbud falder væk og erstattes af tilbud, der udelukkende tilgodeser deres behov for pleje og omsorg. Dette medfører et forringet tilbud til mennesker med fx udviklingshandicap og demens, da deres behov stadig specialiseret. Vores oplevelse er, at mange kommuner på grund af en økonomisk vurdering er tilbøjelige til at underkende deres behov for psykosocial støtte.

- Vedr. §5 punkt 19: Man har taget udgangspunkt i de 3 funktionsevner beskrevet i ICF-rammen. Ergoterapeutforeningen anbefaler, at man inddrager funktionsevnebegrebet fra "Hvidbog for rehabilitering", da den også inddrager den kognitive funktionsevne. Mange borgere med nedsat kognitiv funktionsevne har vanskeligt ved at strukturere hverdagslivet i egen bolig. De er mere sårbare med Ældreloven, da det ikke er tydeligt, hvor eller hvordan den kognitive funktionsevne skal vurderes, beskrives eller rehabiliteres.
- Vedr. §7, punkt 22-25: Lokale fællesskaber er fint beskrevet, men der mangler en dækkende beskrivelse af civilsamfund, da det er langt mere end frivillige organisationer og foreninger. Ergoterapeutforeningen vil opfordre til, at man igangsætter initiativer til at udvikle et begrebsapparat for civilsamfundsarbejdet, så tilbud efter ældreloven kan blive en del af borgerens samlede hverdagsliv og tage afsæt i det lokalsamfund borgeren er en del af inden tab af funktionsevne. Tilbud efter Ældreloven bør tilstræbe en tilbagevenden til tidligere hverdagsliv, så borgerens samlede ressourceprofil danner grundlag for indsatser efter § 10.
- Vedr. §9, punkt 30-32: under stk. 1 beskrives pleje- og omsorgsforløb. Der mangler en præcisering af, at det også skal have et vedligeholdende, rehabiliterende og forebyggende afsæt. Vi vil foreslå, at man fremhæver de tre tilgange, da vi kan være bekymret for at hensigterne fra SEL §§ 83a og 86 forsvinder ud af helhedsplejen.
- Vedr. §9, stk2: punkt 38. Her beskrives genoptræning, som kun er en del af §86, nemlig stk. 1. En stor gruppe borgere, der er omfattet ældreloven, har behov for vedligeholdende træning, som også omfatter andet end fysisk træning, fx energiforvaltning og energibesparende aktivitet, struktur på hverdagen, forståelse af egen sygdom/lidelse, dysfagitræning, social træning etc. Det er for eksempel borger med KOL, osteoporose, hjertesygdom, omfattende gigtlidelser og lignende. Vi vil foreslå, at dette præciseres, og at man her indskrifter civilsamfundet og lokale fællesskaber, som ligeværdige aktører.
- Vedr. §10: samme indsigelse som i forhold til §9. Det mangles, at rehabiliteringsforpligtelsen fremgår eksplicit, da pleje- og omsorg ikke nødvendigvis vil blive tolket som rehabilitering.
- Vedr. §11: punkt 45. "*medarbejderne vil eksempelvis kunne henlede borgernes opmærksomhed på tilbud i civilsamfund:::*" Her bør medarbejdernes forpligtelse til at understøtte borgerne fremgå mere klart. Mens det for mange borgere vil være tilstrækkeligt at henlede opmærksomheden på tilbud, vil det være nødvendigt for fx sårbare borgere at støtte dem i at få kontakt til civilsamfundstilbud.

- Vedr. § 11. punkt 47: Her anerkendes behovet for flere fagligheder, og dermed flere medarbejdere i borgerens hjem med stigende kompleksitet i borgerens tilstand. Tak for det.
- Vedr. §11, punkt 48. Meget fint at understrege det faglige ansvar i samarbejdet om bistand, pleje og rehabilitering til borgeren. Det foreslås, at man uddyber lidt med eksempler på, hvornår medarbejdernes faglige ansvar vægter tungere end borgerens selvbestemmelse.
- Vedr. § 12. Punkt 54: Sætningen:
"Man kan desuden tilkendegive, at man i fremtiden ønsker at blive udstyret med f.eks. et pejlesystem, der kan lokalisere én, hvis man farer vild".

Bør omformuleres til:

".....ønsker kompenserende velfærdsteknologi til fx lokalisering, hvis man farer vild".

- Vedr. §13 punkt 59-60: Ergoterapeutforeningen er ærgerlig over, det ensidige fokus på madlevering. Madlevering af eet måltid udelukker ikke tilberedning af de øvrige måltider. Vi ser behov for præcisering af den graduering, der kan være i borgerens behov og de øvrige måltider, som skal tilberedes sammen med borgeren, gerne som en del af den rehabiliterende proces. Vores erfaring er, at kommunerne for hurtigt tilbyder madlevering, og dette finder vi ikke er i tråd med et "vedligeholdende, rehabiliterende og forebyggende" tilbud, ej heller at det understøtter borgernes selvbestemmelse.
- Punkt 66: Det beskrives at "Der kan endvidere være behov for at tage hensyn til flere typer af særlige diæter og til individuelle præferencer hos modtagerne samt særlig næringsrig mad til småtspisende".

Ergoterapeutforeningen bemærker, at borgere med dysfagi(fejlsynkning) kan også have behov for madlevering samt tilberedning af døgnets øvrige måltider. Type af dysfagikost beror på en faglig vurdering af type af dysfagi. Hver kommune bør have mindst en leverandør af dysfagikost.

- Vedr. §14, punkt 70. Vi finder at der er et ensidigt fokus på det ernæringsmæssige i forhold til madservice. Vi vil henlede opmærksomheden på, at "Måltidet handler om mere end bare at blive mæt" Ernæring er med til at understøtte ikke blot den fysiske funktionsevne, men også den fysiske og sociale. I forlængelse af den høring Ældreudvalget afholdt d. 6/11/25 vil vi opfordre til, at man også i §§ 13&14 inddrager tilgangen fra §11 "1) En helhedsorienteret indsats med hensyntagen til modtagerens samlede livssituation. 2) Tværfaglighed. 3) Kontinuitet, fleksibilitet og sammenhæng i hjælpen med færrest mulige forskellige udførende medarbejdere i hjemmet. 4) Modtagerens selvbestemmelse og løbende indflydelse på hjælpen." også bliver gældende her.



- Vedr. § 18, punkt 99-101: Ergoterapeutforeningen finder det fortsat vanskeligt at se, hvordan underleverandører kan være del af en velkoordineret helhedspleje, hvis de enkelte medarbejdere ikke indgår i et team omkring borgeren.
- Vedr. § 30, Punkt 192-193 vedr. klagemulighed til borgmester og kommunalbestyrelse: Disse bemærkninger kan med fordel koordineres med Ældretilsynslovens § 5 om Ældrelinjen, så det er mere tydeligt hvordan borgeren kan rette henvendelse i forbindelse med uklarhed/utilfredshed med faktisk forvaltningsafgørelse.

Ergoterapeutforeningen uddyber gerne.

Med venlig hilsen

Tina Nør Langager, formand for Ergoterapeutforeningen